ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 7.2013

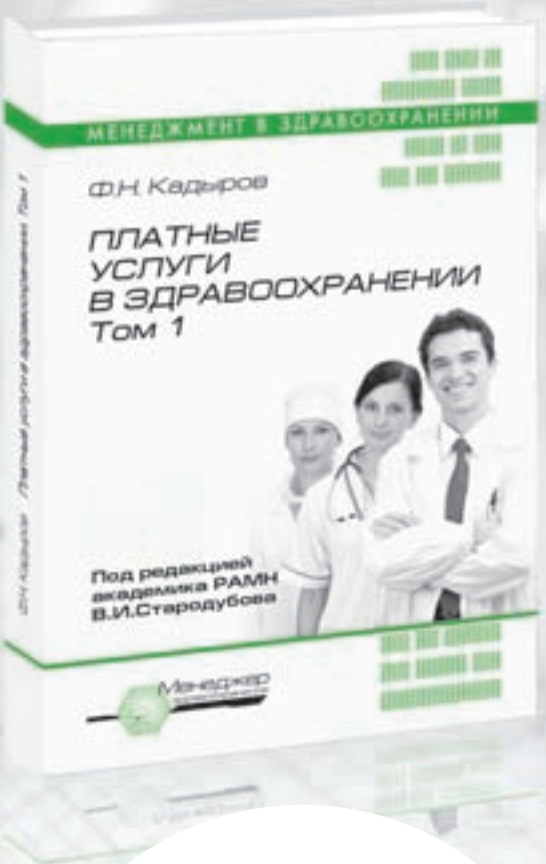
Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.
Том 1



Автор: **Ф.Н. Кадыров**
Под ред. академика РАМН В.И. Стародубова.
ISBN 978-5-903834-24-2
Количество страниц: 220
Год издания: 2013
Издательство: ИД «Менеджер здравоохранения»
Тематика: Правовые аспекты оказания платных услуг в здравоохранении

О книге

Данная книга — отклик на новую нормативную базу оказания платных медицинских услуг. В книге анализируется нормативная база оказания платных медицинских услуг, рассматриваются сложные и неоднозначные вопросы: оказание за плату медицинских услуг, входящих в программу госгарантий; при предоставлении медицинской помощи в экстренной форме и т.п. Большое внимание уделено правовым аспектам оказания платных услуг: порядок заключения и содержание договоров; права учреждений на самостоятельное распоряжение доходами и т.д.

Для кого эта книга

Книга предназначена для руководителей и специалистов органов управления здравоохранением, учреждений здравоохранения, экономистов, бухгалтеров медицинских организаций, специалистов системы обязательного медицинского страхования, организаторов здравоохранения и врачей.

Об авторе

Доктор экономических наук, автор более 20 монографий и более 200 высокоцитируемых статей по вопросам экономики здравоохранения, а также методических материалов по различным экономическим проблемам здравоохранения. Является крупнейшим отечественным исследователем вопросов оказания платных услуг, оплаты труда, эффективности деятельности медицинских учреждений и целого ряда других. Заместитель директора ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, заместитель главного редактора журнала «Менеджер здравоохранения».

Как приобрести?

Приобрести книгу можно в издательстве
Телефон/факс **(495) 618-07-92**
idmz@mednet.ru,
idmz@yandex.ru,
www.idmz.ru

Издательский дом
Менеджер здравоохранения

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности в Российской Федерации в 2007–2011 годах
- ☑ Межрегиональные различия в использовании рентгеновской компьютерной томографии в системе государственного здравоохранения России
- ☑ Особенности национальной оплаты донорства крови
- ☑ Методика определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации
- ☑ Показатели деятельности учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста в Российской Федерации
- ☑ Анализ целевой аудитории медицинской организации
- ☑ Оценка показателей здоровья и условий труда медицинских работников
- ☑ Экономические потери от преждевременной смертности сельского населения

WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 7
2013

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации Минрегионразвития России

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Пролетят ли грабли мимо? Всеобщая диспансеризация: декларации и реальность
И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева 6–14

О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации
Д.В. Пивень, И.С. Кицул 15–20

МЕДИЦИНСКОЕ ПРАВО

Правовые основы медицинской помощи гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями
Г.Б. Романовский 21–27

СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Группы специальных интересов в российской системе здравоохранения
Т.М. Скляр 28–34

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Динамика числа врачебных кадров в Российской Федерации в 2005–2011 годах
М.П. Артамошина, О.В. Ципириг, В.П. Кузнецова, Ю.А. Коротков 35–40

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Проблемы оптимизации сети диссертационных советов по медицинским специальностям
Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, С.К. Колин 41–48

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы
по реформированию здравоохранения Центра стратегичекских разработок

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики
здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования
Института развития дополнительного профессионального образования
Министерства образования Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения
В.И. Перхов, Р.В. Стебунова, Д.С. Янкевич, Ю.Ю. Юркин 49–56

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Экстренная (неотложная) дезинфекция воздуха и поверхностей помещений в комплексной системе инфекционной безопасности медицинских организаций
А.А. Голубцов 57–63

С МЕСТА СОБЫТИЙ

Быть просто хорошим врачом уже мало — врачи должны учиться управлять 65–69

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Порядок определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги
Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров 70–74

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 75–77

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ 78–80

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 81–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения» и направить актуальные вопросы на «горячую линию» редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.
Материалы рецензируются редакционной коллегией.
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.
За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

Главный редактор:
академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано ГУП МО «Коломенская типография»: 140400, г. Коломна,
ул. III Интернационала, д. 2а
Тел./факс 8 (496) 618-62-87

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№ 7
2013

Все публикации журнала индексируются в информационно-аналитической системе Российского индекса научного цитирования

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Will the rakers fly aside? Across-the-board standard medical examination: eclaration process and reality
I.A. Geht, G.B. Artemieva 6–14

Regarding the problem of defeating the right of a patient to choose the physician and ways of solving this problem in a medical organization
D.V. Piven, I.S. Kitzul 15–20

MEDICAL LAW

Legal bases of medical aid provided to citizens, suffering from rare (orphanny) diseases
G.B. Romanovskiy 21–27

SOCIOLOGY OF HEALTH CARE

Special interest groups in Russian system of health care
T.M. Sklyar 28–34

HUMAN RESOURCES MANAGEMENT

Dynamics on physician's personnel quantity in Russian Federation in the period of 2005–2011years
M.P. Artamoshina, O.V. Xipiring, V.P. Kuznetsova, U.A. Korotkov 35–40

MEDICAL SCIENCE

Problems related to optimization of the dissertation committees on medical professions
N.G. Kurakova , L.A. Xvetkova, S.K. Kolin 41–48

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

INTERNATIONAL EXPERIENCE

Analysis of international experience on funding and managing research and development in healthcare
V.I. Perkhov, R.V. Stebunova, D.S. Yankevich, Y.Y. Yurkin 49–56

TECHNOLOGICAL MANAGEMENT

Emergency disinfection of air and living surfaces in a complex system of infection security of medical organizations
A.A. Golubtsov 57–63

FROM THE SCENE OF EVENTS

It is not enough to be just a good doctor — it is essential to be a good manager as well 65–69

CONSULTS MANAGER OF HEALTH CARE

Procedure of defining prices (tarifs) for paid medical services
Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov 70–74

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 75–77

INNOVATIONS AND MEDICINE 78–80

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 81–96

И.А. Гехт,
д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, начальник Аналитического управления Территориального фонда ОМС Самарской области, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru
Г.Б. Артемьева,
к.м.н., директор Территориального фонда ОМС Рязанской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, г.Рязань, Россия, agb@rofoms.ryazan.ru

ПРОЛЕТЯТ ЛИ ГРАБЛИ МИМО? ВСЕОБЩАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ: ДЕКЛАРАЦИИ И РЕАЛЬНОСТЬ

«Студент Сидоров был такой худой, что когда он наступал на грабли, они пролетали мимо»
(Из студенческого КВН)

УДК 614.2
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. ***Пролетят ли грабли мимо? Всеобщая диспансеризация: декларации и реальность*** *(Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия; ТФОМС Рязанской области, г. Рязань, Россия).*

Аннотация. В 2013 году началась всеобщая диспансеризация населения РФ, которая сопровождается необходимостью решения многих проблем, часть из которых существовала и в предыдущие аналогичные кампании, поэтому важно учесть их опыт и результаты. В первую очередь необходимо уйти от количественных оценок диспансеризации, уделив внимание долгосрочному изучению влияния диспансеризации на состояние здоровья населения. В то же время диспансеризация не должна ухудшить доступность медицинской помощи больным людям, обращающимся в медицинские организации.

Ключевые слова. *Всеобщая диспансеризация населения, ложноположительные, ложноотрицательные результаты.*

Баннеры на улицах, объявления с детскими фотографиями на автобусных остановках, «бегущие строки», сопровождающие телепрограммы, — все об одном и том же: «Пожалуйста, помогите моей Оленьке (Дашеньке, Олежке...), требуется пересадка костного мозга (операции) в Германии (Израиле, Австрии...)». Этих призывов о помощи становится все больше и больше. Возникает мысль: «Неужели мы действительно бессильны помочь своим детям, у которых уже точно установлен тяжелый диагноз?» А ведь приступая к всеобщей диспансеризации, планируем, что и дальше будем выявлять новую патологию у детей и взрослых. Ну, выявим. А готовы ли мы помочь всем, кто будет нуждаться в медицинской помощи?

© И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2013 г.

Не опрометчиво ли мы поступаем, когда в деле улучшения состояния здоровья населения основной упор делаем только на профилактические мероприятия, сведя их к санитарно-просветительской работе, прививкам и профилактическим осмотрам? При этом недостаточно обращаем внимание на тех, кому уже плохо сегодня, кто обращается к нам за помощью. Ректор Казахского института усовершенствования врачей, профессор А.А. Абсатаров в 1976 году, читая лекцию на кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения, дал такое определение всеобщей диспансеризации: «Это передовой метод советского здравоохранения, когда врач ищет больного, тогда как в то же время больной ищет врача» А ведь он оказался прав. Один из нас, проработал в сельском здравоохранении 30 лет и не понаслышке знает, как проводится на селе профилактическая работа. В лучшем случае центральные районные больницы имели (сейчас это уже не везде) по одному врачу-специалисту: офтальмологу, оториноларингологу, неврологу, которые не менее 4–5 месяцев в году работали в призывной и приписной комиссиях военкоматов, проводили диспансеризацию юношей, пользовались полуторамесячным отпуском, а почти все остальное время занимались профилактическими осмотрами в школах, училищах, техникумах, в совхозах и колхозах, на промышленных предприятиях. Кого выявлял невролог? В основном больных остеохондрозом и радикулитами, а в это время на санях из леса привозили лесоруба с обострением радикулита, и ему помощь, как умели, оказывали рентгенолог, стоматолог и другие врачи, не задействованные в профилактических осмотрах. А сколько тонзиллитов выявлял за год врач-оториноларинголог, которые так и оставались неизлеченными! Но из-за постоянных отвлечений он не консультировал больных с ангинами, ларингитами, фарингитами, справлялись без него терапевты и педиатры.

А разве своевременное радикальное лечение обратившихся за медицинской помощью больных не важный элемент профилактики? Именно это направление помогло западным странам достигнуть хороших показателей здоровья населения.

Диспансеризация, помимо диагностики, включает в себя учет больных, наблюдение за ними в соответствии с выделенными группами по признаку их нуждаемости в дообследовании, наблюдении и лечении.

Диспансеризация не может ограничиваться только медицинскими мероприятиями, часто ее успех зависит от социальных, экологических, санитарно-гигиенических программ. Поэтому диспансеризация всегда выступает как более дорогое, нежели скрининговые исследования, мероприятие.

Высокая эффективность диспансеризации в Советском Союзе отмечалась там, где были соблюдены все ее классические признаки: при медицинском обслуживании высокопоставленных государственных чиновников и партийных руководителей. Известно, что показатели здоровья этой группы населения были значительно выше, чем у остальных.

Неплохие результаты были достигнуты и на некоторых крупных промышленных предприятиях, имевших современные медико-санитарные части, цеховые участки с организацией мониторинга условий труда, экологической обстановки, там эффективно использовались профилактории, собственные санаторные комплексы, спортивные комплексы, организовывалось диетическое питание и т.д.

Распространение принципов диспансеризации на все население в 80-е годы проявилось как демонстрация власти заботы о людях, но мало, что дало им практически: низкий уровень подготовки, отсутствие дополнительных мощностей для лечения выявленных заболеваний, при этом врачи для проведения диспансерных осмотров отрывались от своей повседневной деятельности, что снижало доступность помощи и диагностических исследований для больных, обращающихся за медицинской помощью.

Приказ МЗ РФ от 15.03.2002 № 81 «О проведении всероссийской диспансеризации

детей в 2002 году» практически предписал некую «инвентаризацию детей» без закладки в программу дополнительных расходов на дообследование и лечение выявленных заболеваний, на реабилитацию. Все должно было быть выполнено имеющимися силами и средствами в нереальные сроки.

Запомнился телевизионный сюжет о встрече Президента страны В.В. Путина с министром здравоохранения РФ Ю.Л. Шевченко, когда руководитель Минздрава доложил о том, что планируется всеобщая диспансеризация детей. На вопрос Президента о том, сколько для этого потребуется дополнительно финансовых средств, министр заявил, что диспансеризация тем и хороша, что на нее не надо дополнительно ни кадров, ни средств.

Результаты такой диспансеризации были вполне предсказуемы. Врачи-педиатры, снятые со своих участков, осматривали в школах и дошкольных учреждениях детей по 100 человек в день, которых они не знали, имея с собой лишь фонендоскопы и шпатели, в то время заболевших детей с их участков принимали врачи, не знающие своих новых пациентов. Осмотры подтвердили в основном патологию, которая уже была зафиксирована в медицинской документации ранее, впервые выявлялись в основном нарушение осанки и плоскостопие. Но и эти дети в большинстве своем не получили консультаций врачей-ортопедов и соответствующих лечебных манипуляций, обуви и т.д.

Академик А.А. Баранов считает цифры диспансеризации детей недостоверными, он утверждает, что здоровых детей в России не 40% , а только 10%, при этом четверть детей — с пониженной массой тела, у 7% — пониженный рост, а это признаки физической деградации нации. По его словам, гораздо больший эффект, нежели диспансеризация, может дать ряд ежегодных мероприятий: профилактика дефицита йода среди беременных, что очень важно для умственного развития ребенка (стоимость программы 325 млн. рублей в год), профилактика остеопороза (у 47% детей отмечается дефицит кальция — стоимость программы 261 млн. рублей), профилактика вирусных инфекций (стоимость программы — 123 млн. рублей). При этом снижения заболеваемости по перечисленным патологиям в 3–4 раза можно достигнуть за весьма короткий срок.

Результаты дополнительной диспансеризации работающих граждан, подведенные в 2009 году, показали, что в группу здоровых отнесены только 22,6% обследованных, в группу, страдающих нехроническими заболеваниями, — 16,6%, в третью группу (хронические, но не запущенные формы) — 58,9%, в четвертую (тяжело больные) — 1,8%, в пятую (инвалиды) — 0,1%.

Среди детей-сирот на одного ребенка приходится около 3 заболеваний, потребность в стационарном лечении — 21,7%, получили в 2008 году помощь 92% нуждающихся, а санаторное лечение — только 47% от нуждающихся в нем.

Кстати, так и оказался невыясненным вопрос: почему возраст работников бюджетной сферы, подлежащих диспансеризации, был ограничен 55 годами. Что они дольше не живут? Или это связано с дефицитом денег, отпущенных на диспансеризацию?

Приказ МЗ СССР от 1986 г. № 770 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения» очень важен. В нем говорилось не только об осмотре, но и предполагалось дообследование нуждающихся, выявление лиц, имеющих факторы риска, проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий, осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Но следует признать, что еще задолго до этого приказа врачи в нашей стране занимались диспансеризаций больных, страдающих различными заболеваниями, выявленными как при обращениях за медицинской помощью, так и при профилактических осмотрах. При этом большое внимание уделялось разработке стандартов наблюдения за этими

больными. Составлялись индивидуальные планы наблюдения, которые включали в себя не только медицинские мероприятия и противорецидивное лечение, но и вопросы правильного трудоустройства, диетического питания, санаторно-курортного лечения, регулирования физической нагрузки и активности и т.д.. В конце года по каждому пациенту заполнялся эпикриз, в котором отмечалось, как был выполнен план по каждому из разделов и результаты диспансерного наблюдения с характеристикой изменения состояния здоровья. Для этого широко применялись формализованные бланки. При вызове пациента на осмотр ему в конверте отправлялись направления на необходимые исследовании, то есть к врачу он прибывал уже обследованным в соответствии с планом, который в свою очередь соответствовал стандарту обследования. К сожалению, мало, где так активно работали, поэтому и показатели здоровья населения не имели положительной тенденции.

Но вернемся к особенностям всеобщей диспансеризации. Как считает О.П. Щепин с соавторами, при формировании бригад для диспансеризации детей были сокращены объемы плановой и консультативной помощи врачей-специалистов в поликлиниках, что объективно привело к росту заболеваемости и ухудшению общих показателей здоровья детей.

Рутинный способ привлечения бригад врачей для диспансеризации может и в будущем обернуться ростом заболеваемости и инвалидности взрослого населения, так как от приема заболевших и плановой текущей работы будут отвлечены врачи-специалисты.

Следует шире применять автоматизированные комплексы массовых медицинских (диспансерных) осмотров — АКДО. Иначе мы опять наступим на те же грабли, о чем в свое время (1925) писал Н.А. Семашко: «Важно отметить два существенных недостатка практики массовой диспансеризации: массовые осмотры всего населения ухудшили амбулаторно-поликлиническое обслуживание, увеличили посещаемость и создали перегрузку врачей на приемах; синтеза лечебной и профилактической медицины не получилось, так как была допущена «величайшая ошибка»: организаторы массовой диспансеризации «забыли» о лечебной стороне планового оздоровления населения с помощью диспансерного метода».

Датскими учеными был опубликован обзор, в котором сравнивались показатели смертности в двух группах населения с общим числом участников 182 880 человек, из которых в одной проводились периодические профилактические осмотры, а в другой — нет. Результаты анализа показали, что регулярное прохождение периодических профилактических осмотров не снижало ни общую смертность, ни смертность от каких-то отдельных заболеваний. Такие результаты не рассматриваются как неожиданные, ведь еще в 1979 году Канадская рабочая группа профилактических программ предложила отказаться от периодических осмотров. Вместо них в Канаде, США, Австралии, многих европейских странах перешли к использованию прицельного профилактического скрининга на конкретные заболевания с учетом пола, возраста и факторов риска.

Кстати, о качестве профилактических осмотров. По данным Минздравсоцразвития РФ, при обследовании 3,6 млн. человек, работающих во вредных и опасных условиях труда, в рамках НП «Здоровье» не было выявлено ни одного случая профессионального заболевания.

Проведение всеобщей диспансеризации характеризуется появлением большого числа ложноположительных и ложноотрицательных результатов.

Ложноположительные результаты часто являются следствием прохождения без жалоб ультразвукового исследования, биохимического исследования крови, применения различных тестов и т.д. Положительные заключения врачей искусственно перемещают здоровых людей в группу больных, это не

только ведет к применению ненужных медикаментов, но и ограничивает физическую активность, ухудшает качество жизни, приводит часто к возникновению психических отклонений. Если к этому добавить, что лекарственное обеспечение в России не входит в систему ОМС и достаточно дорого для населения, то становятся еще более очевидными отрицательные стороны ложной диагностики. Доказано учеными и врачами-специалистами, что часты случаи неверных диагнозов сахарного диабета, опухолей предстательной железы, грудной железы, преувеличены кардиоваскулярные риски. По данным диспансеризации работающих в Рязанской области, 14% диагнозов не подтвердились при дополнительном обследовании, то есть оказались ложноположительными.

Труднее с ложноотрицательными заключениями. Здесь надо быть очень внимательными к тем, кто прошли диспансеризацию и признаны здоровыми, но через некоторое время вдруг стали отмечать у себя отклонения в состоянии здоровья, боли, недомогание, потерю в весе и т.д. Таким пациентам при обращениях их в поликлиники необходимо оказать предельное внимание, тщательно обследовать, при необходимости госпитализировать. К сожалению, иногда граждане не очень обращают внимание на появившиеся у себя начальные симптомы болезни, всецело доверяя результатам диспансеризации, и попадают в лечебные учреждения с запущенными заболеваниями или осложнениями.

Необходимо обратить внимание и на такой факт: 15% граждан, прошедших диспансеризацию и нуждающихся в дообследовании, пренебрегли направлениями на консультации и исследования. Это говорит и о низком авторитете медицинских работников, и о неудовлетворительной системе организации медицинской помощи, когда результаты диспансеризации не доходят до поликлиник, где прикреплены граждане, когда там практически невозможно пройти бесплатно обследование, так как отсутствуют нужные врачи-специалисты и методы исследования, а при системе фондодержания трудно получить направления в другие медицинские организации.

Еще одна проблема. Большая роль при диспансеризации отводится использованию современной инструментальной и лабораторной диагностики, и это правильно. Но насколько исправны приборы и инструменты, можно ли им доверять? В.И. Пахарин приводит данные по Ростовской области (2009): специалистами «РОСТЕСТ-Москва» было выявлено, что 21% приборов оказались неисправными, неаттестованными, непроверенными, то есть негодными к применению, 15% использовались с превышением установленных допусков, 56% приборов импортного производства не прошли сертификационных испытаний и не внесены в Госреестр. Остается надеяться, что за прошедшие с того времени годы ситуация изменилась в лучшую сторону.

И все же мы должны признать, что одной из важных особенностей современного здравоохранения Российской Федерации является перенос акцентов на профилактику заболеваний. Этой цели призвана служить и диспансеризация. Например, проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в рамках Национального проекта «Здоровье», начатое в 2006 году, являлось одним из ведущих направлений в деятельности медицинских организаций Рязанской области в течение последних 7 лет.

Представляет интерес распределение прошедших дополнительную диспансеризацию граждан по группам состояния здоровья.

В 1 группу здоровья (практически здоровые) вошли 25,3% осмотренных граждан. 2 группу здоровья (риск развития заболеваний) в структуре осмотренных составили 6,6%. Нуждались в дополнительном обследовании и лечении в амбулаторно-поликлинических условиях (3 группа здоровья) 66,3% лиц, прошедших диспансеризацию. В 4 группу здоровья (нуждавшиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарах

субъекта РФ) вошли 1,7% подвергнутых диспансеризации граждан, 0,04% по итогам диспансеризации нуждались в высокотехнологичной медицинской помощи (5 группа здоровья). В течение всего периода проведения дополнительной диспансеризации наблюдается тенденция снижения числа лиц, нуждающихся в дополнительном обследовании в стационарных условиях, с 5,1% в 2006 году до 0,5% в 2011 году. Это связано с укреплением материально-технической базы амбулаторного звена, в частности, с укомплектованием медицинских организаций необходимой диагностической аппаратурой.

При анализе заболеваемости, выявленной во время прохождения дополнительной диспансеризации, было установлено, что первое ранговое место занимают болезни системы кровообращения, причем с годами уровень выявленной заболеваемости растет: 2009 год — 39 на 100 осмотренных, 2010 год — 40,1, 2011 год — 41,5 (рост по сравнению с 2009 годом на 6,4%)

Нами была разработана соответствующая схема проведения анализа диспансеризации в рамках Национального проекта «Здоровье», которая применяется в медицинских организациях *(рис. 1).*

В соответствии с ней в 2012 году в 7 медицинских организациях города Рязани были изучены отдаленные результаты дополнительной диспансеризации работающих граждан, которая была проведена в рамках Национального проекта «Здоровье» в 2008 году. Репрезентативная выборка составила 215 амбулаторных карт работающих жителей города Рязани, прошедших диспансеризацию, у которых была выявлена та или иная патология. Из амбулаторных карт этих пациентов были выкопированы данные о всех проведенных медицинских мероприятиях.

Анализ показал, что в исследуемой группе в соответствии с результатами диспансеризации 13,7% нуждались в помещении в стационары для лечения и уточнения диагноза, 39,6% должны были получить дополнительное обследование или лечение в амбулаторных условиях, еще 46,7% были направлены в диагностические подразделения медицинских организаций для уточнения диагноза.

Данные медицинских документов свидетельствуют о том, что только 68% из направленных в стационары были госпитализированы, амбулаторное лечение прошли больше — 91%, лишь 73,8% воспользовались направлениями в лаборатории и в другие диагностические подразделения. Всего были обследованы и получили лечение 85% из лиц, прошедших диспансеризацию с обнаруженной патологией. Среди выявленных больных на диспансерный учет в поликлиниках были взяты 31,6% пациентов, большинство из них регулярно наблюдалось и получало соответствующее заболеванию лечение.

Следует отметить, что среди тех, кто по направлению врачей прошел амбулаторное и стационарное обследования и лечение, у 14,2% не был подтвержден первоначальный диагноз, и адекватное лечение было назначено лишь некоторым только после его уточнения.

К сожалению, у 2% выявленных больных в медицинских документах не оказалось никаких сведений о медицинских мероприятиях и состоянии здоровья, то есть не удалось проследить их судьбу. Что же касается остальных, то оказалось, что полностью признаны выздоровевшими после соответствующего лечения 12,4% работающих жителей города с выявленной при диспансеризации патологией. Улучшение состояния здоровья отмечено у 20% из изучаемого контингента. У 9,7% пациентов состояние ухудшилось, среди них каждый третий был признан инвалидом. У остальных 57,9% не отмечено каких-либо изменений в состоянии здоровья.

Таким образом, для адекватной оценки результатов диспансеризации граждан, которая ежегодно проводится на территориях всех регионов России, необходимо проводить анализ ее результатов не только в год ее прове-

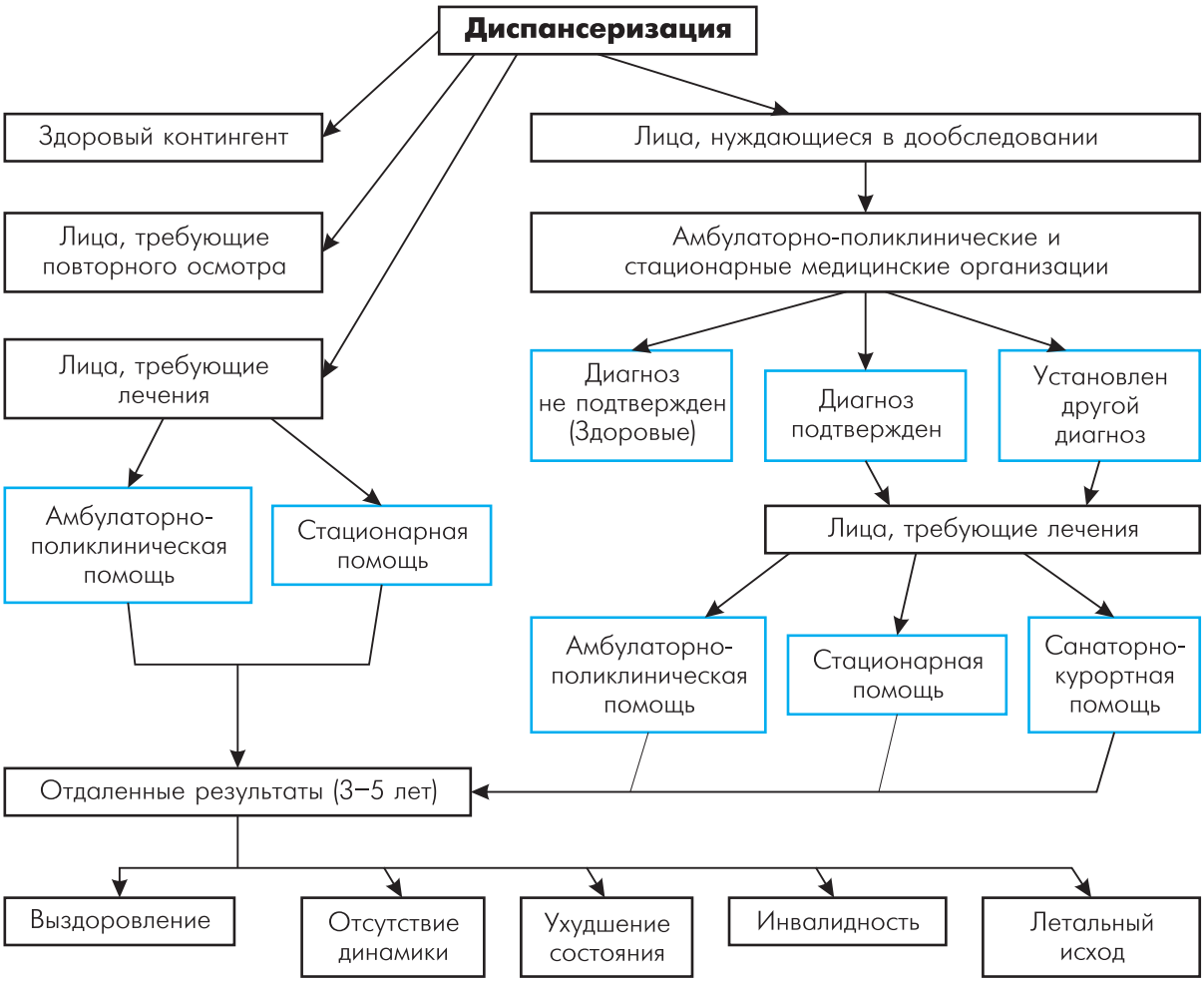


Рис. 1. **Схема проведения анализа диспансеризации в рамках НП «Здоровье»**

дения, когда актуальными выступают лишь показатели, характеризующие охват этим мероприятием, но и по результатам динамики состояния здоровья лиц, прошедших диспансеризацию, в течение нескольких лет.

Мы со всей ответственностью должны признать, что диспансеризация, в каком бы виде она не проводилась, не может дать немедленный результат, увлечение количественными показателями лишь запутывает и сглаживает проблемы, ее сопровождающие. Еще свежи в памяти недавние бодрые отчеты о повышении рождаемости через несколько месяцев после внедрения родовых сертификатов. Например, выявление в ходе диспансеризации пациентов, требующих длительного применения недешевых лекарственных препаратов, подталкивает к принятию решения о лекарственном страховании или расширении льготного контингента.

Повышение доступности медицинской помощи для пожилых и старых людей, обусловленной диспансеризацией, заставит пристальнее взглянуть на их социальные проблемы и развивать более качественную и эффективную медико-социальную помощь. И все это потребует значительных дополнительных финансовых вливаний со стороны государства.

Постарение населения вместе с проведением диспансеризации обнажит еще больше

проблему нехватки кадров врачей-специалистов, особенно в сельской местности. Формирование бригад врачей из специалистов областных учреждений — путь не очень удачный, так он приведет к уменьшению доступности специализированной помощи для тех, кто уже болен и нуждается в ней. Значит, снова встает вопрос о пересмотре методики подготовки специалистов, возвращении к системе овладения врачами смежными специальностями в течение 4–5 месяцев на базах кафедр университетов и академий.

Необходимо обратить внимание на Программу государственных гарантий, в которой взят курс на снижение объемов самого дорогого вида медицинской помощи — стационарной. Мы должны учесть то, что при правильной проведенной диспансеризации потребность в стационарном лечении выявленных больных увеличится, причем им необходимо будет запланировать более радикальное лечение. Значит, необходимо будет снова несколько увеличить плановые объемы госпитализаций, проводя одновременно очень серьезную работу по анализу госпитализаций с выявлением пациентов, помощь которым могла бы быть оказана амбулаторно или в дневных стационарах. Речь должна идти и о более широком развитии сети дневных стационаров, особенно полноценных стационаров на дому.

По различным литературным источникам, доля больных, требующих стационарного лечения после прохождения диспансерного осмотра, колеблется от 1 до 6%, при этом, как правило, учитывается потребность в госпитализации непосредственно после осмотра, но к ним необходимо добавить тех, кого следует госпитализировать после дополнительного обследования в амбулаторных условиях. Для Самарской области число дополнительных госпитализаций может увеличиться в год на 30 тысяч, для Рязанской — на 12 тысяч, что потребует, соответственно, дополнительно 500 и 200 миллионов рублей.

Таким образом, можно сколько угодно справедливо критиковать систему всеобщей диспансеризации, но продуктивно ли это, когда уже существуют соответствующие документы по ее внедрению? Это могут себе позволить ученые-теоретики. А что это даст рядовым врачам, с которых строго требуют выполнение приказа? Другое дело, выполняя приказы МЗ России, попытаться сделать эту работу максимально полезной для населения и медицинских работников. А для этого нужно отойти от оценки диспансеризации только по объемным показателям и взглянуть на ее качественные показатели, отражающие состояние здоровье населения, просчитать реальные возможности на каждой территории, заинтересовать в ее проведении не только медицинских работников, но и население, не дать превратить ее в очередную никому не нужную кампанию, избавить от политической трескотни... Необходимо четко себе представлять, что основным действующим лицом диспансеризации является участковый врач, который не должен нести непомерную нагрузку и постоянно отчитываться за объемы работы. Возможно, следует перенять методы оплаты некоторых стран, где посещение прикрепленного к врачу общей практики жителя с профилактической целью стоит намного дороже, чем по поводу заболевания. Надо, чтобы подушевое финансирование с элементами фондодержания применялось с большой осторожностью, так как оно не вызывает экономической мотивации к обнаружению патологии, дообследованию и лечению, ведь за все будет расплачиваться поликлиника, а точнее, медицинские работники, так как в структуре амбулаторных затрат именно оплата труда является определяющей.

Одновременно необходимо совершенствовать саму систему диспансеризации, переходить на автоматизированные методы, шире применять скрининг-тесты с разработкой адекватной системы оценки ее эффективности.

Литература

1. *Аксенов В., Власов В.* Новое — это не совсем забытое старое//mgzt.ru/article/3174/.

2. *Виноградов К.А.* Итоги реализации ПНП «Здоровье» в 2006 году//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 3. — С. 4–11.

3. *Власов В.В.* Диспансеризация//Главный врач. — 2003. — № 4.

4. *Дягтерева М.И., Шаталова Г.В.* Отчетность в рамках реализации Национального проекта «Здоровье»//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 12. — С. 31–39.

5. *Доронин А.С., Куриленкова Е.А., Кирпенко А.А.* Информационное обеспечение дополнительной диспансеризации населения в рамках приоритетного Национального проекта «Здоровье» на территориальном уровне//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 10. — С. 42–46.

6. *Косарев В.В., Лотков В.С., Бабанов С.А.* Периодические медицинские осмотры и их роль в сохранении трудового потенциала работающего населения в рамках Национального проекта «Здоровье»//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 5. — С. 40–49.

7. *Марданов Р.* Всех не перелечишь//Российская газета. — 2009. — 03.07.

8. *Паперная Г.* Минздравсоцразвития подвело итоги диспансеризации//Демоскоп. — 2009. — № 383–384.

9. *Пахарин В.И.* Сердитые заметки по поводу и ...без//Медицинская правда. — 2009. — ноябрь.

10. *Серенко А.Ф., Ермаков В.В., Петраков Б.Д.* Основы организации поликлинической помощи населению. — М.: Медицина, 1976. — С. 16.

11. *Стародубов В.И., Пивень Д.В.* О роли организаторов здравоохранения в развитии регионального и муниципального компонента Национального проекта «Здоровье»//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 2. — С. 7–21.

12. *Фуфаев Е.Н.* Национальный проект «Здоровье» и обеспечение первичной медицинской помощью населения мегаполиса//Менеджер здравоохранения. — 2008. — № 3. — С. 21–25.

13. *Щепин О.П., Петручук О.Е., Коротких Р.В., Давлетишин Ф.А.* Диспансеризация и современное здравоохранение России. Диспансерный метод как инструмент профилактического подхода в здравоохранении//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2011. — № 3. — С. 4–7.

UDC 614.2

Geht I.A., Artemieva G.B. ***Will the raker fly past? Across-the-board standard medical examination: declaration and reality*** *(Samara State Medical University, Samara, Russia; TFOMS Ryazan region, Ryazan, Russia).*

Abstract: In 2013 there has been started a across-the-board standard medical examination of population of Russian Federation which forced to solve a number of problems, part of which existed in other previous campaigns, therefore, it is important to consider their experience and results.

First of all, it is necessary to avoid quantitate evaluation of the standard medical examination, and pay more attention towards long-term research on impact of standard medical examination on the health state of population. At the same time, the standard medical examination shouldn't affect the affordability of medical aid for ill people, applying to medical organizations.

Keywords: *Across-the-board standard medical examination of population, false-positive, false-negative results.*

Д.В. Пивень,
д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, piven_dv@mail.ru
И.С. Кицул,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru

О ПРОБЛЕМЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА ПАЦИЕНТА НА ВЫБОР ВРАЧА И О ПУТЯХ ЕЕ РЕШЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2
Пивень Д.В., Кицул И.С. ***О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации*** *(г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, Россия)*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы, связанные с реализацией права пациента на выбор врача. Авторы обращают внимание, что необходимость соблюдения данного права в медицинской организации требует обязательной разработки и принятия соответствующего внутреннего документа, регламентирующего порядок выбора врача именно в этой медицинской организации. В статье даются конкретные рекомендации в отношении того, что должно быть отражено в порядке выбора врача в медицинской организации.

Ключевые слова: *выбор врача, замена врача, права пациента, медицинская организация.*

В данной статье мы продолжаем начатое в предыдущих номерах «Менеджера здравоохранения» рассмотрение вопросов реализации прав граждан в сфере охраны здоровья. Очевидно, что вопросы соблюдения прав пациента, которые сегодня достаточно четко прописаны в законодательстве, являются наиболее проблемными вопросами в деятельности каждой медицинской организации. Подчеркнем, что эти проблемные вопросы сегодня существуют в деятельности ***каждой медицинской организации***, даже тогда, когда ее руководство убеждено, что у него с вопросами обеспечения прав пациента все в полном порядке.

В этой публикации мы рассмотрим ситуацию, связанную с одним из прав, давно декларируемым в нашем законодательстве, но при этом, как правило, трудно реализуемым или, что гораздо чаще, вообще нереализуемым на уровне медицинской организации, с правом гражданина на выбор врача.

Следует отметить, что, несмотря на то, что в Законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы), помимо констатации самого права пациента на выбор врача, предпринята попытка и обозначения механизмов реализации данного права, вопрос о том, как все-таки должно быть организовано четкое соблюдение права пациента на выбор врача в медицинской организации, увы, не прояснился.

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2013 г.

В соответствии с частью 1 ст. 21 Основ пациент имеет право на выбор врача в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, то есть в порядке, утвержденном нашим отраслевым министерством. К сожалению, до настоящего времени такой порядок не появился. Правда в прошлом году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации издан Приказ от 26 апреля 2012 г. № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача». Данный порядок предусмотрен частью 1 ст. 70 Основ, но направлен он на решение несколько иных задач, нежели тех, которые вытекают из упомянутой выше части 1 ст. 21 Основ. В общем отсутствие единого федерального порядка также усложняет реализацию права граждан Российской Федерации на выбор врача.

Что же можно предложить руководителям медицинских организаций в части организации соблюдения данного права?

Именно на этот вопрос мы и постараемся ответить в нашей статье.

В начале обратимся к первоисточнику, то есть к Основам. В части 1 статьи 21 закона сказано: «При оказании гражданину медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на выбор врача с учетом согласия врача».

Из приведенного положения закона можно сделать несколько важных *однозначных* выводов.

• Первый вывод. Гражданин имеет право на выбор врача с учетом его согласия при получении медицинской помощи любого вида, то есть при оказании:

— первичной медико-санитарной помощи;

— специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

— паллиативной медицинской помощи.

Здесь сразу оговоримся, что в данной публикации мы не будем останавливаться на вопросах выбора врача при необходимости оказания экстренной и неотложной помощи, где фактор времени играет важнейшую роль для спасения жизни пациента или предотвращения серьезных осложнений. Предметом рассмотрения будет только плановая помощь, ведь именно в этой форме медицинскую помощь как раз и получает абсолютное большинство наших сограждан.

• Второй вывод. Право пациента на выбор врача в равной степени относится как к амбулаторно-поликлиническим, так и к стационарным условиям оказания медицинской помощи.

• Третий вывод. В указанном выше положении закона речь идет о праве пациента на ***выбор*** врача с учетом согласия врача, но не о праве на ***замену*** врача. В соответствии с Основами пациент имеет право выбора врача изначально, то есть при обращении за медицинской помощью, а также и далее, то есть в случае инициированной им замены.

Теперь с учетом приведенных выше выводов посмотрим, что происходит и что должно происходить на уровне медицинских организаций в части соблюдения права пациента на выбор врача с учетом согласия врача.

Следует отметить, что в части 2 статьи 21 Основ определен механизм выбора пациентом врача при получении первичной медико-санитарной помощи, а именно: «В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации), врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через

своего представителя на имя руководителя медицинской организации».

Из приведенных выше положений закона вытекает, что после вступления в действие Основ ***каждому*** гражданину Российской Федерации при получении плановой первичной медико-санитарной помощи необходимо предоставить право на выбор врача. Следовательно, в каждой медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, должен быть определен четкий механизм реализации данного права.

Указанный механизм как минимум должен включать в себя:

1) информирование пациента о ***возможности реализации данного права*** (это предусмотрено пунктом 5 части 5 ст. 19 Основ);

2) информирование пациента о врачах, среди которых пациент может осуществить свой выбор.

О последнем четко говорит часть 7 статьи 21 Основ, которая гласит: «При выборе врача и медицинской организации гражданин имеет право на получение информации в доступной для него форме, в том числе размещенной в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о медицинской организации, об осуществляемой ею медицинской деятельности и о врачах, об уровне их образования и квалификации».

Здесь необходимо отметить, что в статье 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 373-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» даны следующие определения уровня образования и квалификации, на которые и надо ориентироваться:

— уровень образования — завершенный цикл образования, характеризующийся определенной единой совокупностью требований;

— квалификация — уровень знаний, умений, навыков и компетенции, характеризующий подготовленность к выполнению определенного вида профессиональной деятельности.

Из этих определений следует, что если, например, на сайте медицинской организации в представленной информации о врачах указано, что врач такой-то окончил медицинский ВУЗ тогда-то и имеет высшую квалификационную категорию, то это совсем не означает, что медицинская организация выполнила установленные законодательством требования в предоставлении пациентам необходимого объема информации о врачах. Очевидно. Что указанные выше определения уровня образования и квалификации предполагают существенно больший объем публичной информации о врачах медицинской организации, чем в приведенном примере. Сегодня, к сожалению, как показал наш анализ сайтов медицинских организаций, в большинстве медицинских организаций в публичном доступе вообще какая-либо информация об уровне образования и квалификации врачей отсутствует. А ведь в соответствии с Основами все это уже должно работать ***в каждой медицинской организации***, не дожидаясь случая, когда пациент посчитает необходимым заменить врача.

В этой связи обращаем внимание руководителей медицинских организаций на то, что Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача» в соответствии с требованиями части 1 ст. 70 Основ достаточно подробно прописывает именно порядок замены врача по инициативе пациента.

Порядок же выбора пациентом врача, когда медицинская организация активно, то есть не дожидаясь инициативы пациента, должна предоставлять пациенту всю необходимую информацию и возможность выбора, вероятно, рано или поздно все-таки будет определен федеральным министерством в отдельном документе. Ну, а пока такого документа нет, а требования закона о соблюде-

нии права пациента на выбор врача есть, медицинским организациям следует самим предпринимать соответствующие шаги.

Так, уже при первом обращении в поликлинику необходимо активное информирование граждан об их праве на выбор врача. При этом надо учесть, что сегодня подавляющее большинство населения Российской Федерации, прикрепленного к тем или иным поликлиникам, врачей себе не выбирало.

Не менее важно и четкое понимание того, как пациент должен реализовывать свое право на выбор врача при плановой госпитализации. Такое право должно быть ему предоставлено либо еще до госпитализации, либо не позднее момента поступления в стационар.

Таким образом, на основании изложенного выше можно сделать вывод, что для реализации права пациента на выбор врача необходимо в каждой медицинской организации разработать и утвердить соответствующий внутренний порядок.

Указанный порядок должен содержать следующие обязательные разделы.

Раздел: Информирование пациента о его праве на выбор врача

В этом разделе внутреннего порядка, регламентирующего выбор пациентом врача, необходимо отразить, что для реализации указанного права на информационных стендах медицинской организации, на официальном сайте медицинской организации, а также на иных информационных ресурсах размещается в доступной для пациента форме информация о праве пациента на выбор врача, о врачах медицинской организации, об уровне их образования и квалификации. Еще раз подчеркнем, что законом объем сведений об уровне образования и квалификации врача не ограничен, соответственно чем подробнее будет данная информация, тем более обоснованным будет выбор пациента.

Кроме того, информация о врачах медицинской организации, об уровне их образования и квалификации должна быть в наличии в регистратуре и в приемном отделении медицинской организации и доводиться до пациента в доступной для него форме по его первому требованию. У каждого руководителя структурного подразделения медицинской организации также должна быть в наличии письменная информация о врачах соответствующего подразделения, которая при необходимости доводится до пациента в доступной для него форме.

Раздел: Реализация права пациента на выбор врача при получении первичной медико-санитарной и/или специализированной помощи

В данном разделе необходимо отразить, что ***каждому*** пациенту при получении первичной медико-санитарной помощи предлагается написать заявление на имя руководителя медицинской организации с указанием должности и Ф.И.О. выбранного им врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера. В дальнейшем, как и указано в законе, это уже будет делать сам пациент по собственной инициативе, но не чаще одного раза в год.

В этом разделе внутреннего документа важно отметить и роль регистратуры, работники которой в обязательном порядке должны интересоваться у каждого пациента, ознакомился ли он с информацией о врачах медицинской организации, и при необходимости предоставлять пациенту предусмотренную законом информацию для реализации его права выбора врача.

В медицинских организациях, оказывающих специализированную помощь, во внутреннем документе, регламентирующем порядок выбора врача, необходимо прописать возможность выбора пациентом врача до получения специализированной помощи, а не только тогда, когда пациент уже получает эту помощь и по каким-либо причинам

решает заменить лечащего врача. В этой связи целесообразно сразу при направлении на госпитализацию (или при госпитализации, или при согласовании ее сроков) предложить пациенту оформить заявление на имя руководителя структурного подразделения с указанием врача, выбор которого осуществил пациент. Время оказания плановой специализированной помощи руководитель структурного подразделения назначает с учетом выбора пациентом врача.

Что еще необходимо учесть при разработке внутреннего порядка медицинской организации, определяющего выбор пациентом врача.

А как действовать, если пациент по какой-либо причине откажется выбирать врача?

В этом случае целесообразно сделать соответствующую отметку в медицинской документации и предложить пациенту заверить ее своей подписью. Лечащий врач же назначается руководителем медицинской организации.

Есть еще один важный аспект реализации права пациента на выбор врача, на котором считаем необходимым остановиться, и который также должен найти свое отражение во внутреннем порядке медицинской организации, регламентирующем выбор пациентом врача. Так, в части 1 ст. 21 Основ сказано, что пациент имеет право на выбор врача с учетом согласия врача. ***Соответственно возникает вопрос: «Что делать, если врач не согласен работать с пациентом?»***

Подчеркнем, что необходимые действия по максимально возможному сокращению таких ситуаций администрация медицинской организации должна предпринять до того, когда такие отказы могут появиться. Для этого все врачи медицинской организации должны быть проинформированы о том, как звучит их право на отказ в части 3 ст. 70 Основ.

Во-первых, Основы четко указывают, что лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения только по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации).

Во-вторых, не менее ясно Основы говорят и о том, что отказ возможен только тогда, когда он (отказ) непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. На практике это означает, что если при отказе, например, от лечения больного с гипертонической болезнью через неделю у пациента случится острое нарушение мозгового или коронарного кровообращения, что, как известно, вполне возможно на любых стадиях гипертонии, только суд будет решать, есть ли в этом вина отказавшегося врача или нет.

Иными словами, право врача отказаться от наблюдения и лечения пациента на практике имеет очень жесткие ограничения. И врачи обязаны об этом знать.

Если же врач, выбор которого осуществил пациент, все-таки отказался от наблюдения за данным пациентом и от его лечения, и при этом отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, то в этом случае, как указывает ч. 3 ст. 70 Основ, руководитель медицинской организации организует замену лечащего врача. Следует обратить внимание на то, что указанная замена, исходя из требований Основ, также должна осуществляться с учетом соблюдения права пациента на выбор врача.

И еще одна ситуация, которая вполне возможна в наших медицинских организациях. ***Как быть в том случае, когда пациент не желает лечиться у врача, а этот врач — единственный специалист данного профиля в медицинской организации?***

Очевидно, что в соответствии с Основами руководителю медицинской организации необходимо исходить из требований соблюдения прав пациента. Следовательно, при отсутствии врача(ей) необходимой специальности в медицинской организации и при желании пациента заменить врача руководитель медицинской организации обязан ока-

зать пациенту содействие в выборе другой медицинской организации, в которой имеются врачи соответствующей специальности, и где пациент может реализовать свое право на выбор врача.

Рассмотренные выше случаи и возможные при этом действия администрации медицинской организации целесообразно отразить во внутреннем порядке выбора пациентом врача.

Кроме того, в указанном порядке надо прописать и следующие немаловажные вопросы.

• Назначение в медицинской организации ответственного лица за реализацию права выбора пациентом врача в данной медицинской организации и определение его функций. Таким лицом может быть как руководитель медицинской организации, так и иное уполномоченное им соответствующим приказом лицо (заместитель по медицинской части или иное лицо).

• Организация не реже одного раза в год обучения всех руководителей структурных подразделений медицинской организации и врачей по вопросам реализации права пациента на выбор врача.

• Организация внутреннего контроля в медицинской организации по соблюдению права пациента на выбор врача.

В заключение еще раз подчеркнем, что соблюдение в медицинской организации так, как это предписывает закон, права пациента на выбор врача просто невозможно при отсутствии четкого регламента реализации данного права внутренними документами медицинской организации. Следовательно, перед руководителями всех медицинских организаций стоит задача по разработке и утверждению таких документов. Наиболее сложные и важные вопросы, связанные с их разработкой, мы и постарались рассмотреть в данной публикации.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. The problems of realization of the patient rights for the choice of doctor and the ways of its solution in the medical organization (Saint-Petersburg, Irkutsk, Russia)

Abstract. The article considers the issues related to the implementation of the rights of the patient to choose a doctor. The authors emphasize that the need for compliance with the law in the medical organization requires the development and adoption of the relevant internal document regulating the procedure of choice of doctor it is in this medical organization. The article provides specific recommendations as to what should be reflected in the procedure of choice of doctor in the medical organization.

Keywords: *choice of doctor, replacement of a doctor, patient rights, medical organization.*

Здравоохранение-2013

МИНЗДРАВУ ПОРУЧЕНО ПРЕДСТАВИТЬ НОВЫЙ СЦЕНАРИЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2013–2016 ГГ.

Заместитель Председателя Правительства Ольга Голодец дала указание Минздраву России представить по поручению Председателя Правительства Дмитрия Медведева новый сценарий программы развития здравоохранения на 2013–2016 годы в пределах запланированных ассигнований, сообщается на сайте Кабинета министров.

В сценарии необходимо показать качественные изменения программы в 2013 году к 2012 году, в 2014 году — к 2013 году, в 2015 году — к 2014 году; представить показатели численности, коечного фонда, расходов, в том числе по федеральным учреждениям.

Источник: Медвестник

Г.Б. Романовский,
д.ю.н., зав. кафедрой «Уголовное право» Пензенского государственного университета, Россия, vlad93@sura.ru

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ, СТРАДАЮЩИМ РЕДКИМИ (ОРФАННЫМИ) ЗАБОЛЕВАНИЯМИ[1]

УДК 342.951
Романовский Г.Б. ***Правовые основы медицинской помощи гражданам, страдающим редкими (орфанными) заболеваниями*** *(Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия)*

Аннотация: В статье анализируется понятие редкого (орфанного) заболевания, используемое в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отмечены недостатки правового регулирования. Показано, что больные редкими заболеваниями — наиболее социально незащищенные граждане, нуждающиеся в дополнительных социальных гарантиях своего лечения и реабилитации.

Ключевые слова: *редкие (орфанные) заболевания, пациент, биотехнологии, пренатальная диагностика.*

Впервые в российском законодательстве появилось понятие редких (орфанных)[2] заболеваний, которые затрагивают небольшую часть населения — это статья 44 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан) [1]. Название происходит от английской терминологии — rare disease, orphan disease — от названия закона США «Акт о редких заболеваниях» (Rare Disease Act), определяющего орфанные болезни как «болезни или состояния, затрагивающие менее 200 тыс. людей в США». В Японии они определяются как болезни, затрагивающие менее 50 тыс. пациентов. Евросоюз же принял следующее определение: «Орфанное заболевание — это угрожающее жизни и здоровью хроническое заболевание, которое имеет настолько низкую встречаемость, что необходимо применение специальных усилий для предотвращения заболеваемости, ранней смертности и повышения качества жизни больных» [2]. В странах Европейского Союза (ЕС) любая болезнь, поражающая менее 5 из 10 000 человек, считается редкой. 29 февраля во всем мире отмечается Международный день редких заболеваний.

В России редким признано заболевание, которое имеет распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения. С учетом статистики данный подход соответствует международным крите-

[1] Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 13-03-00132.
[2] Их еще в СМИ называют «сиротскими».

© Г.Б. Романовский, 2013 г.

риям. В то же время это не единственный критерий определения орфанного заболевания. Во-первых, редкие заболевания в России могут иметь широкое распространение в другой части мира. Правда, в силу открытости государства и возможности посещения нашими гражданами других стран ранее не характерные заболевания все чаще стали появляться в клинической практике. Во-вторых, благодаря усилиям общественного здравоохранения многие болезни, являвшиеся бичом человечества еще 50–100 лет назад, перешли в разряд редких. Например, оспа (считается, что данное заболевание побеждено, а детям уже давно не делают прививки), чума. Более значимый критерий для орфанных заболеваний, наряду с редкостью, это — технология лечения. Заболевание может быть редким, но не затратным для медицины, а также хорошо изученным и с отработанными стандартом и порядком оказания медицинской помощи. В определении же орфанного заболевания существенным является то, что в нем сходятся не только его редкость, но и высокая стоимость лечения, сложность выявления, длительность и ряд других факторов, которые отрывают значительные силы общественного здравоохранения. К сожалению, все данные критерии российским законом не учтены, есть только указание на статистическую составляющую. Добавим: подавляющее число орфанных заболеваний связано с генетикой человека.

Понятно, что редкость — ключевой критерий, но он влечет за собой иные, не менее важные, определенные трудности:

— с диагностикой, так как из-за их редкости врачи практически не сталкиваются с ними и не могут изначально правильно диагностировать заболевание, которое к тому же часто является врожденным;

— с финансированием лечения, так как большинство заболеваний являются генетическими и требуют постоянного приема препаратов всю жизнь, как правило, дорогостоящих, что в свою очередь вызывает дискуссии о необходимости перераспределения финансовых средств в пользу других больных пациентов;

— с финансированием исследований, так как в силу малой распространенности не создает прибыли фармацевтическим компаниям, что требует дополнительных мер стимулирования и субсидирования;

— с организацией повседневной жизни как больных, так и их близких родственников, вынужденных осуществлять повседневный уход. Потребность в установлении контактов с гражданами, имеющими точно такие же проблемы, обусловливает государственную поддержку общественным организациям, объединяющим больных редкими заболеваниями.

У модели специального выделения в Законе об основах охраны здоровья граждан орфанных заболеваний имеются и оппоненты, считающие, что не стоит выделять отдельные заболевания, необходимо создать универсальную схему обеспечения всех больных лекарствами [3]. Высказывается и другая точка зрения. Современная медицина скорректировала естественный отбор, когда граждане с отягощенной наследственностью увеличивают свой возраст дожития, при этом оттягивая на себя значительные финансовые средства общественного здравоохранения. В данном случае развитие медицины порождает «обратный эффект», на который указывают сторонники новой евгеники: «Успехи медицины обеспечивают выживание людей с генетическими аномалиями, которые передаются потомкам с определенной частотой и тем самым загрязняют популяцию разными аномалиями. Вследствие этого, общество отягчается индивидуумами, которые не могут полноценно обслужить себя и тем более внести лепту в развитие общества» [4]. Некоторые ученые, политики, экономисты сетуют, что на такие исследования тратятся огромные финансовые ресурсы, которые могли бы быть распределены более равномерно. Максим Мищенко, член Обществен-

ной палаты России (ранее возглавлял движение «Россия молодая»), заявил: «Есть десять человек, которым можно помочь, они лежат и ждут скорую помощь. А есть один человек, больной раком. И мы расходуем деньги на продление его жизни, при этом обделяя людей, которых можно быстро вернуть в строй. В этом парадокс ситуации: гуманизм является мнимым. Конечно, мы не можем пройти мимо умирающего человека с раковой болезнью, но мы его все равно потеряем, он умрет, а мы не поможем десяти здоровым» [5]. После бурного протеста М. Мищенко принес извинения, правда, носившие двусмысленный характер: «Видимо, я не до конца четко сформулировал свою позицию о необходимости повысить прозрачность системы финансирования здравоохранения» [6]. «Рецепты» повышения эффективности системы здравоохранения видятся в сбросе дополнительной нагрузки. Продолжением такой логики будет установление способов избавления от «лишних элементов»: от эвтаназии до принудительной стерилизации. Человечество это уже все проходило. Нельзя забывать, что Конституция России закрепляет право каждого на жизнь, которое принадлежит и тем гражданам, которые страдают орфанными заболеваниями. Закрепление субъективных конституционных прав предопределяет их гарантированность со стороны государства.

Проект перечня редких (орфанных) для России заболеваний размещен на сайте Минздрава России [7], включает в себя 230 наименований. В Евросоюзе насчитывают от 5 до 7 тысяч редких заболеваний. Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, утвержден Постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 (включает в себя 24 наименования) [8]. На уровне Европейского Союза с 2009 г. действуют Рекомендации Европейского совета в отношении редких болезней, которые поддерживают разработку реестров и баз данных, так как это необходимо для проведения эпидемиологических и клинических исследований на основе широкого ряда участников [9].

Общепризнано, что борьба с орфанными заболеваниями должна приобретать международный характер. Например, такое заболевание, как синдром тригоноцефалии Опитца, встречается в 1 случае на миллион человек. Во всей Франции есть только три пациента с прогерией. Столь незначительное количество больных не позволит ни проводить клинические испытания новых препаратов, ни изыскивать ресурсы на национальном уровне для эффективного лечения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает: «Национальная направленность, не представляющая особых проблем в отношении многих вопросов здравоохранения, имеет катастрофические последствия в отношении редких болезней, так как ни одно из 27 государств-членов ЕС, каким бы большим оно не было, не может предложить лечения от всего спектра редких болезней» [9]. Данное утверждение, безусловно, справедливо и для ситуации в здравоохранении нашего государства. Например, в Самарской области имеется единственная пациентка с болезнью Помпе, имеющей нарушение обмена гликогена второго типа, благодаря которой в России появился первый опыт лечения взрослого человека с таким заболеванием. В России патогенетические ферментозамещающие препараты для лечения болезни Помпе не зарегистрированы, врачи признают, что лечение таких больных без участия зарубежных благотворительных фондов в настоящее время невозможно [10].

В апреле 2011 г. был создан Международный научно-исследовательский консорциум в области редких болезней (IRDiRC), прилагающий значительные усилия на международном уровне для объединения ресурсов и согласования политики в целях содействия проведению научных исследований. Это

совместный проект Европейской комиссии и Национальных институтов здоровья Соединенных Штатов Америки, сейчас к нему примкнули Канада и Япония. Консорциум стремится объединить контрольно-надзорные учреждения, научных исследователей, представителей групп пациентов, членов биофармацевтической промышленности и специалистов здравоохранения, а одной из его публично заявленных целей является создание к 2020 году 200 новых видов терапии редких болезней, а также диагностических методик для большинства редких болезней [9]. Данный опыт необходимо учитывать Минздраву России, российским научным организациям, медицинским учреждениям. Необходимо формирование федеральных центров, аккумулирующих исследования в сфере борьбы с орфанными заболеваниями. Большое значение также приобретает деятельность неправительственных организаций. В 1997 г. создана Европейская организация больных редкими заболеваниями (EURORDIS), объединяющая более 300 организаций пациентов из 19 европейских стран, и представляет интересы 29 млн. больных в Европейском Союзе. В ноябре 2011 г. было создано Всероссийское общество орфанных заболеваний [11].

В отличие от российского закона, упомянутый выше закон США «Акт о редких заболеваниях» содержит целую программу действий: от диагностирования, разработки лекарственных средств до эффективного лечения; от предоставления налоговых льгот фармацевтическим кампаниям до выделения государственных грантов [12]. В 2002 г. Акт был дополнен нормами, в соответствии с которыми было создано Управление орфанных заболеваний в Национальном институте здоровья. Необходимо отметить, что директор Управления раз в два года готовит специальный доклад, в котором описываются результаты проведенных исследований, а также направления будущей деятельности, которые будут получать государственную поддержку [13].

Закон об основах охраны здоровья граждан устанавливает, что в целях обеспечения граждан, страдающих орфанными заболеваниями, лекарственными препаратами осуществляется ведение Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности. В нем содержатся ключевые данные о пациенте. Правила ведения федерального регистра утверждены упомянутым выше Постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403. Минздрав России является оператором указанной системы и обеспечивает ее бесперебойное функционирование. При этом органы управления здравоохранением в субъектах РФ осуществляют ведение регионального сегмента Федерального регистра, предоставляя сведения в Минздрав России.

К сожалению, содержание статьи 44 Закона об основах охраны здоровья граждан ограничивается фиксацией орфанного заболевания и ведением регистра. Главное же заключается в создании условий для выявления и эффективного лечения «сиротских» болезней. Указанные больные — наиболее социально незащищенные граждане, практически предоставленные сами себе. Обеспечение лекарствами происходит по программе «7 нозологий», в рамках которой выделяется финансирование из федерального бюджета, но это связно с лечением только семи заболеваний. Даже в данном случае происходят задержки с лекарственным обеспечением, благодаря которым граждане вынуждены обращаться в судебные органы (вместо того, чтобы заниматься своим лечением). Следует учитывать, что по большинству орфанных заболеваний задержки в приеме лекарств влекут осложнение ситуации и раннюю смерть. Передача лекарственного обеспечения на региональные бюджеты обусловливает их зависимость от финансового состояния субъекта Российской Федера-

ции (большинство из которых являются дотационными) [14].

Ряд заболеваний в большей мере нуждается в корректировке социального поведения, в специальном питании, лечебной физкультуре, поддерживающей терапии, санаторно-курортном лечении. На бесплатное обеспечение такими видами услуг могут претендовать только дети-инвалиды. А.А. Лебедев приводит следующие обстоятельства: «Однако из более чем 47 тыс. юных россиян с ревматическими заболеваниями статус инвалидов имеют лишь 9% (чуть больше 4 тыс. человек). При этом национальной особенностью отечественной медико-социальной политики является то, что инвалидность дают не сразу при постановке диагноза, а в течение полугода, а затем в стадии ремиссии ее «снимают». Лишившись бесплатных лекарств и льгот на проезд к месту лечения, дети, как правило, переживают рецидив заболевания — тогда им снова присваивают группу инвалидности. Остается только гадать, когда же власти дозреют до решения начать обеспечение больных редкими заболеваниями лекарственными средствами вне зависимости от наличия у них статуса инвалидов» [15]. Многие дети на стадии выявления заболевания выглядят вполне здоровыми, негативные проявления будут в более позднем возрасте. В этом случае они не могут претендовать на какие-либо льготы со стороны государства.

Есть еще одна практическая проблема. Многие лекарства для орфанных заболеваний не прошли регистрацию в нашем государстве, а значит, не могут быть ввезены на территорию Российской Федерации. По-видимому, ввоз таких препаратов по экстренным показаниям должен решаться в упрощенном порядке.

Одним из эффективных направлений в борьбе с орфанными заболеваниями считается ранняя диагностика. Особое место отдается пренатальной диагностике, которая все активнее внедряется в медицинскую практику. Например, в Самарской области в течение многих лет успешно функционирует система догестационной подготовки супружеских пар и пренатальной диагностики врожденных пороков развития плода. Благодаря внедрению протокола пренатальной диагностики, скрининговыми обследованиями охвачены все беременные. На базе медико-генетического центра Самарской областной клинической больницы им. М.И. Калинина открыта клиника одного дня для обследования беременных женщин на врожденную и наследственную патологию плода. В отчетах отмечается: «Улучшение пренатальной диагностики, повышение эффективности работы пренатального консилиума позволили только в 2010 г. предотвратить рождение 164 детей с множественными пороками развития и снизить младенческую смертность от врожденных аномалий с 17,1 до 14,4 на 10 тыс. родившихся живыми» [16]. Фраза «предотвратить рождение» вызывает наибольшие этические претензии, поскольку чаще всего за этим стоит такое явление, как эугенический аборт — аборт «с целью не допустить рождения неполноценных или неправильно сформированных детей как для того, чтобы избавить их от тягот жизни инвалида, так и во избежание такого груза для семьи и общества» [17]. Сама процедура пренатальной диагностики также подвергается критике, поскольку может привести к гибели плода. Так, амниоцентез представляет собой следующие манипуляции: через стенку брюшины в полость матки под местной анестезией вводят иглу и отбирают с помощью шприца пробу амниотической жидкости. Нельзя проводить раньше 16-й недели беременности. Риск гибели плода составляет 1%. Биопсия ворсинок хориона: В матку через влагалище и шейку вводят тонкий катетер и отбирают небольшой кусочек ткани ворсинок хориона — малюсеньких нитевидных выростов на поверхности хориона, окружающего плод. Можно проводить, начиная с 8-й недели беременности. В 3,8% случаев после взятия

пробы происходит самопроизвольный выкидыш [18].

Пренатальная диагностика (как и внедрение общего генетического скрининга) реанимирует евгенические ожидания. В юридической науке высказывалось мнение об использовании в праве последних достижений в области медицины. М.И. Ковалевым было предложено установить законодательный запрет на вступление в брак между генетически несовместимыми людьми, при этом ввести возможность заведения генетического паспорта: «Представляется, что в области генетики наследственное право, или точнее, право на наследственность, является в большей мере публичным, чем частным. Преходящие, субъективные интересы, личные причуды, необузданность либо бесхарактерность, равно, как и беспечность разных людей, не могут быть положены в основу концептуального решения вопроса о генетической наследственности как неограниченном индивидуальном праве родителей в отношении будущего потомства. Человечество заинтересовано в сохранении и улучшении своего генофонда и должно иметь для этого в своем распоряжении достаточные правовые средства» [19]. М. Селезнев считал, что сложившаяся демографическая ситуация оправдывает ряд мер: запрет на вступление в брак между генетически несовместимыми людьми, стерилизация асоциального элемента, формирование информационных банков генетических паспортов граждан: «Конечно, каждый появившийся на свет человек имеет право на жизнь и нормальное существование. Но насколько неограниченной свободой он должен обладать? Ведь тот, кто нездоров и ущербен физически и духовно, не имеет права увековечивать свое страдание в своих детях. Там, где чувство ответственности перед обществом отсутствует, государство обязано должным образом вмешиваться в это мнимое «право» личности» [20]. Следует отметить, что данные идеи не новы. Советская биоэтика предлагала ограничивать рождаемость умственно неполноценных супружеских пар: «Учитывая недостаточную критичность интеллектуально неполноценных родителей, необходимо принимать меры, направленные на ограничение в таких семьях деторождения. Интеллектуальный дефект у обоих родителей должен являться абсолютным показателем к производству медицинского аборта. В семьях, где умственной отсталостью страдает один из супругов, рождение первого слабоумного ребенка также является показанием для искусственного прерывания последующих беременностей» [21].

В 2011 г. в рамках работы Комитета Государственной Думы Федерального Собрания РФ проводился круглый стол по орфанным заболеваниям, на котором были приняты действенные рекомендации [22]. Это: о включении в Федеральный закон от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» понятия «редкий (орфанный) лекарственный препарат», расширении перечня заболеваний, требующих дорогостоящего лечения, и перечня лекарственных препаратов, закупаемых централизованно за счет средств федерального бюджета, разработке федеральной целевой программы по редким заболеваниям, изменении подготовки кадров и повышении квалификации врачей в части диагностики и лечения редких заболеваний в Российской Федерации и др.

Приведенные факты и обстоятельства показывают, что решение проблемы орфанных заболеваний невозможно лишь простым указанием на них в Законе об основах охраны здоровья граждан. Необходим целый комплекс мер. За основу следует взять американский и европейский опыты лечения орфанных заболеваний. Точкой отсчета в определении методологии противодействия орфанным заболеваниям должна стать соответствующая федеральная программа, где и должны пошагово быть расписаны действия всех заинтересованных органов государственной власти и местного самоуправления.

Литература

1. Собрание законодательства РФ. — 2004. — № 31. — Ст. 3215.
2. *Лебедев А.* Бремя орфанных болезней. В современной медицине не должно быть пациентов-«сирот»//Медицинская газета. — 2012. — № 16.
3. *Семенов А.* «Сироты» в законе//Российская газета. — 2011. — № 5587. — 22 сентября.
4. *Близнюченко А.Г.* Евгеника: быть или не быть//URL: http: www.sciteclibrary.ru (дата публикации 15 января 2002 года).
5. *Шарапова Т.* Кремлевская молодежь хочет лишить денег больных раком//Известия. — 2012. — 7 декабря.
6. http://izvestia.ru/news/541134.
7. http://www.rosminzdrav.ru/health/orffs/0.
8. Собрание законодательства РФ. — 2012. — № 19. — Ст. 2428.
9. *Хамфрейза Г.* Объединим усилия//Бюллетень ВОЗ. — 2012. — № 6 (июнь). — Выпуск 90.
10. *Круглова О.В., Ненашева С.А.* Состояние проблемы орфанных болезней в Самарской области//Управление качеством медицинской помощи. — 2012. — № 1 / URL: http://miac-www.medlan.samara.ru/ru/node/7916.
11. http://medportal.ru/mednovosti/news/2011/11/10/orphan/.
12. http://www.fda.gov/regulatoryinformation/legislation/federalfooddrugandcosmeticactfdcact/significantamendmentstothefdcact/orphandrugact/default.htm.
13. http://history.nih.gov/research/downloads/PL107-280.pdf.
14. *Власова И.* Академики РАМН просят Медведева помочь выжить пациентам с редкими болезнями//Российская Фармацевтика/URL: http://pharmapractice.ru/37356.
15. *Лебедев А.А.* Редкие заболевания: проблемы и перспективы их решения//Электронный журнал «Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России». — 2012. — № 1 / URL: http://www. fesmu.ru/voz/20121/2012103.aspx.
16. *Кузнецов С.И., Буклешева М.С., Кашаева С.Г.* Основные аспекты проблемы редких заболеваний в России и в мире//Управление качеством медицинской помощи. — 2012. — № 1/ URL: http://miac-www.medlan.samara.ru/ru/node/7916.
17. *Судо Ж.* Аборт / URL: http://www.kcn.ru .
18. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии. — М., 1998. — С. 117–120.
19. *Ковалев М.И.* Генетика человека и его права//Государство и право. — 1994. — № 1. — С. 20.
20. *Селезнев М.* Правовые аспекты генетической гигиены//Законность. — 1999. — № 4. — С. 39.
21. *Эфроимсон В.П., Блюмина М.Г.* Генетика олигофрений, психозов, эпилепсий. — М., 1978. — С. 176.
22. Рекомендации круглого стола Комитета Государственной Думы по охране здоровья на тему «О проблеме редких заболеваний в Российской Федерации» 17.02.2011//Комитет Государственной Думы по охране здоровья/Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации. URL: http://www.komitet2-2.km.duma.gov.ru/site.xp/ 051051049124054056056.html.

UDC 342.951

Romanovsky G.B. ***Legal bases of medical care to the citizens having rare*** *(orfanny) diseases (Penza State University, Penza, Russia)*

Annotation: In the article the concept of a rare (orfanny) disease used in the Federal law «About bases of health protection of citizens in the Russian Federation» is analyzed. Shortcomings of legal regulation are noted. It is shown that patients with rare diseases — most socially the unprotected citizens needing additional social guarantees of the treatment and rehabilitation.

Keywords: *rare (orfanny) diseases, patient, biotechnologies, prenatal diagnostics.*

Т.М. Скляр,
к.э.н., доцент кафедры государственного и муниципального управления Высшей школы менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета, Россия,
sklyar@gsom.pu.ru

ГРУППЫ СПЕЦИАЛЬНЫХ ИНТЕРЕСОВ В РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2
Скляр Т.М. ***Группы специальных интересов в российской системе здравоохранения*** *(Высшая школа менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета, Россия)*

Аннотация: В статье анализируется роль групп специальных интересов (ГСИ) в здравоохранении. Приводится классификация ГСИ, рассматриваются подходы к анализу мотивов коллективных действий и процесса образования ГСИ. Исследуются направления деятельности ГСИ в российской системе медицинского страхования.

Ключевые слова: *здравоохранение, медицинское страхование, группы специальных интересов.*

Тенденция увеличения количества и численности групп специальных интересов (ГСИ) характерна для многих отраслей российской экономики. Не является исключением и здравоохранение, которому присуще, как представляется, наиболее сложное сочетание «провалов рынка» с «провалами государства».

Среди исследователей не сложилось единого мнения по поводу того, что собой представляет группа специальных интересов. Более того, для обозначения данного понятия используются разные термины. Кроме термина «группа специальных интересов», используется еще целый ряд названий: «организованные интересы», «группы интересов», «группы давления», «лобби» и др. Ричард Кимбер и Джереми Ричардсон выявили более двадцати терминов, определяющих это понятие [4].

Проанализировав эволюцию понятия «группа специальных интересов», Джеймс Иохо выделил его основные признаки. Это организации, которые предпринимают попытки влияния на правительство, при этом не являясь ни государственными органами, ни политическими партиями [8].

По определению С. Перегудова, ГСИ «представляют собой независимые от государства структуры (часто, но не всегда опирающиеся на массу членов), артикулируют коллективные требования и ищут оптимальные пути их продвижения, в первую очередь (но не исключительно) путем воздействия на политический процесс» [2, с. 27]. По его мнению, попытки определить группы давления как особую категорию, отличную от ГСИ, «не являются продуктивными и могут внести лишь ненужную путаницу в и без того непростую концепцию заинтересованных групп» [2, с. 42].

Мансур Олсон рассмотрел три категории ГСИ, которые он назвал «привилегированными», «промежуточными» и «латентными». Привилегированная группа является, как правило, относительно небольшой. Она

© Т.М. Скляр, 2013 г.

должна включать по меньшей мере одного индивида, который оценивает свою выгоду от общественного блага настолько высоко, что готов сам нести все издержки на его получение. В этом случае общая выгода будет настолько велика по сравнению с общими издержками, что часть общей выгоды для одного индивида превысит общие издержки.

В «промежуточной», большей по размерам, группе существует возможность контроля над действиями членов группы, к которым может быть применена система поощрений и санкций, чтобы заставить их действовать в интересах группы.

«Латентные» группы являются большими по размерам, их «отличает особое отношение между индивидами: делает или не делает один из участников группы что-нибудь для обеспечения коллективного блага, его действие не отражается на других участниках в такой степени, чтобы у них появились какие-нибудь причины реагировать на это действие» [1, с. 45]. Для того, чтобы такая группа включилась в производство какого-либо общественного блага, необходимо наличие персональных избирательных стимулов или «селективных» выгод (selective benefits). Латентная группа, которая становится действующей ГСИ, названа Олсоном «мобилизованной».

Избирательные стимулы — это, как правило, позитивные стимулы, которые применяются к индивидуумам избирательно в зависимости от того, вносят они свой вклад в обеспечение коллективным благом или нет. Так, Олсон приводит пример избирательных стимулов, применяемых такой профессиональной ГСИ, как Американская медицинская ассоциация, к своим членам. К ним относятся: поддержка при страховании профессиональной ответственности врачей, публикация медицинских журналов и проведение научно-практических конференций.

В целом теория образования групп специальных интересов является теорией обмена или «трансакционным анализом». В основе процесса образования ГСИ или вступления в нее новых членов находится обмен (или трансакции) между индивидом и группой. ГСИ получает выгоду в виде полученных материальных и нематериальных ресурсов, в обмен на которые она должна предоставить вознаграждение. Вознаграждением для индивидов являются трансакционные выгоды, которые могут быть как материальными (реальным вознаграждением участников в виде дохода или услуг, имеющих денежную ценность), так и солидарными (нематериальными выгодами, например, в виде повышения социального статуса или престижа) и «экспрессивными» выгодами, возникающими в результате возможности выразить свои взгляды [7]. Трансакционными затратами выступают затраты на участие в ГСИ, выраженные как в форме членских взносов, так и в виде потраченного времени и усилий.

В настоящее время большинство ГСИ не являются рассматриваемыми Олсоном организациями, мобилизующими большое количество индивидов для достижения определенной цели. Они опираются не на отдельных людей, а на организации. Почему организации вступают в группы специальных интересов?

Вильям Браун в качестве объяснения предлагает так называемую теорию «возможного успешного обмена» групп специальных интересов (likely interest group success exchange theory) [3]. Лоббирование представляет собой трансакцию отдельных организаций или фирм с представителями государственных органов власти для достижения определенной цели либо в ответ на потенциальное или фактическое изменение политики, проводимой в каком-либо секторе общества. Потенциально выгодное для данной организации изменение экономической политики способствует снижению трансакционных издержек. Уменьшение денежных затрат, а также потраченного времени и усилий, вследствие изменения регулирующего законодательства, представляют собой трансакционные выгоды лоббирования. Отдельные фирмы готовы осуществлять лоббистскую

деятельность до тех пор, пока трансакционные издержки лоббирования не будут ниже трансакционных затрат, связанных с введением новых «невыгодных» для них законодательных мер. Однако для отдельных фирм получение информации о действиях правительства и процесс переговоров с представителями государственных органов власти связаны с высокими трансакционными издержками. Поэтому у фирм, разделяющих общий интерес и действующих в одинаковых институциональных границах, возникает стимул к коллективному действию, способному уменьшить трансакционные затраты лоббирования. Изменение регулирующих механизмов в нужном направлении приводит к материальным выгодам для всех фирм, входящих в созданную ГСИ. Кроме того, возникают селективные трансакционные выгоды от участия в ГСИ, включающие в себя возможность получения информации, квалифицированный менеджмент и др. За счет отдачи от масштаба происходит снижение трансакционных затрат на лоббистскую деятельность. Более того, в результате возникновения ГСИ государственный аппарат получает выгоды в результате коллективного участия фирм в совместном процессе принятия решений (общественных институтов и частных интересов), которые выражаются в получении информации о рассматриваемом вопросе. Следует иметь в виду, что предположения о возможности точного взвешивания трансакционных затрат и выгод нереалистичны. При решении о вступлении в ГСИ фирмы учитывают главным образом не селективные выгоды, а возможность успешного изменения регулирующих механизмов. Реформа существующих институтов «в нужную сторону» приведет к коллективным выгодам для всех фирм, входящих в ГСИ.

Кен Коллман проводит различие между «внутренним лоббированием», которое выражается в прямом доступе и контактах групп специальных интересов с государственными органами, и «внешним лоббированием», включающим в себя попытки посредством влияния на общественное мнение оказать давление на государственные органы, принимающие решения в определенной области [5].

Основными функциями ГСИ являются следующие. Во-первых, это артикуляция интереса, представляющая собой процесс, посредством которого группы формулируют свои требования, предъявляемые государству. ГСИ обеспечивают институционализированную связь между государством и основными секторами общества. Во-вторых, это функция агрегирования интересов, выраженная в согласовании частных потребностей и выработке общегрупповых целей. Посредством информирования государственных органов и общества о состоянии той или иной проблемы общественной жизни осуществляется функция адаптации системы к меняющимся условиям. Рационализируя и публично представляя групповые предпочтения, то есть осуществляя функцию интеграции, ГСИ позволяют властным структурам находить консенсус между различными группами. Еще одной функцией является участие в формировании политических элит и властных структур общества. Однако ГСИ могут выполнять и деструктивную функцию, добиваясь одностороннего преобладания только корпоративных интересов.

Мишель Моран определил систему здравоохранения как «часть любого государства, имеющую отношение к регулированию доступа, финансированию и организации обеспечения услугами здравоохранения населения» [6, P. 79]. Оно имеет три аспекта, или «лица» («faces»). Это государство благосостояния, занимающееся проблемами доступа пациентов к медицинским услугам. Кроме того, оно занимается регулированием и стимулированием промышленных интересов в фармацевтике и медицинских технологиях, а также защитой своих собственных экономических интересов. Таким образом, оно может быть описано как индустриальное государство. В то же время оно является регулятором противодействия между различными ГСИ, как промышленными, так и связанными с оказанием медицинских услуг. Как плюралистское демократическое

государство оно институционализирует распределительные конфликты в сфере политики, осуществляемой в здравоохранении. Следовательно, оно является «регулятором условий оказания медицинской помощи; участником конкуренции между производителями товаров и услуг здравоохранения; ареной, на которой происходят распределительные конфликты» [6, P. 770]. Обеспечение медицинскими услугами в развитых странах является не только функциональной системой, не только экономической системой, но и сложной политической системой. Политика в области здравоохранения отражает интересы государства, рынка и общества, а также конфликты между ними.

Организационную и экономическую основу российского здравоохранения составляет система медицинского страхования. Основными группами интересов в обязательном и добровольном медицинском страховании являются поставщики медицинских услуг (государственные медицинские учреждения, частные клиники и врачи общей практики), страховые медицинские организации и потребители медицинских услуг. Проанализируем деятельность ГСИ, образованных представителями каждой из этих групп интересов.

Группы специальных интересов поставщиков медицинских услуг

К ГСИ поставщиков медицинских услуг на федеральном уровне относятся Российское медицинское общество, Российская медицинская ассоциация, Ассоциация медицинских обществ по качеству, Общество специалистов доказательной медицины,Стоматологическая ассоциация России, Межрегиональная ассоциация медицинских сестер России, Первая общероссийская ассоциация врачей частной практики, Российская ассоциация врачей общей практики, Союз частных клиник России, Союз педиатров и др.

Однако, по мнению председателя Комиссии по здравоохранению Общественной палаты РФ, проф. Леонида Рошаля: «Наш отечественный опыт показал, созданные в стране около 10 лет назад региональные медицинские ассоциации почти везде, за малым исключением, умерли. Весомой роли в улучшении качества медицинской помощи они не сыграли. Главное же, и врачи, и пациенты разочаровались в их эффективности. ..вина в этом лежала и на медицинских ассоциациях, и на исполнительной власти, и на законодателях. Четко не было разграничено, кто за что отвечает, кто какие полномочия имеет. Некоторые прекрасные решения пироговских съездов, принятые при участии Минздрава РФ и Минздравсоцразвития РФ, никто не выполнял. У ассоциаций не хватало настойчивости, у исполнительной власти — желания» [http://www.rg.ru/2010/01/13/roshal.html]

Леонид Рошаль возглавил созданную в конце 2009 г. «Национальную медицинскую палату», целью которой является создание саморегулирования профессиональной деятельности с обязательным членством каждого медицинского работника в Палате.

На региональном уровне активную деятельность осуществляет, например, Ассоциация клиник Санкт-Петербурга, созданная в конце 2005 года. В настоящее время в нее входят 22 частные медицинские компании. Побудительным мотивом к объединению частных клиник стала необходимость решения проблемы неплатежей со стороны страховых медицинских организаций, обострившаяся летом 2005 г. После решения этой проблемы Ассоциация поставила перед собой целый ряд задач: разработку единых стандартов обслуживания пациентов (как медицинских, так и сервисных); определение этических стандартов взаимодействия частных клиник; включение частных клиник в систему обязательного медицинского страхования, создание эффективной системы партнерства со страховыми компаниями. Одной из ее значительных побед явилось включение с июня 2007 г. четырех частных клиник в систему обязательного медицинского страхования. Ассоциация стала налаживать контакты с представителями ГСИ страховых организа-

ций — Комитетом по медицинскому страхованию Союза страховщиков Санкт-Петербурга и Северо-Запада. «Внутреннее» лоббирование осуществляется, например, путем реализации совместного проекта с журналом «Эксперт Северо-Запад», в рамках которого подготовлен целый ряд публикаций о различных проблемах рынка медицинских услуг. Ассоциация является организатором Всероссийского форума «Частная медицина России».

В соответствии с классификацией М. Олсона рассмотренные ГСИ являются «промежуточными» группами. Эти ассоциации, безусловно, относятся к секционным или частичным группам, ставящим основной целью защиту интересов своих членов.

Ассоциации осуществляют как «внутреннее» лоббирование (например, посредством взаимодействия с Министерством здравоохранения РФ на федеральном уровне и путем контактов с представителями Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга во втором случае), так и «внешнее» лоббирование. Оно выражается в использовании институциональной рекламы — имиджевой и пропагандистской, помещаемой как в собственных печатных изданиях и сетевых ресурсах, так и в других средствах массовой информации.

Группы специальных интересов потребителей медицинских услуг

В соответствии с классификацией М. Олсона потребители медицинских услуг относятся к латентной группе, для которой вероятность образования влиятельных ГСИ относительна мала.

Однако в последние годы наметилась тенденция не только роста числа организаций, объединяющих пациентов с различными заболеваниями, но и их объединения и взаимодействия. Так, в ноябре 2011 г. в Самаре прошел уже Второй Всероссийский конгресс пациентов, в рамках которого был проведен Конгресс Всероссийского союза общественных объединений пациентов, Всероссийская гражданская конференция пациентов с орфанными заболеваниями, III Съезд Общероссийской организации инвалидов, больных рассеянным склерозом. В мероприятии приняли участие 984 представителя из 63 регионов России. По словам сопредседателя Всероссийского союза пациентов Юрия Жулева, Конгресс решил основные задачи: артикулировал мнение пациентского сообщества, обеспечил донесение его до органов власти, выработал рекомендации по развитию общественного участия в формировании национальной политики.

Всероссийский союз общественных объединений пациентов, зарегистрированный в апреле 2010 г., активно занимается развитием регионального представительства. Конференцией, прошедшей 27–30 июля 2012 г. в Санкт-Петербурге, завершилась полугодовая серия межрегиональных семинаров. На семинарах был организован обмен опытом между НКО, проводилось обучение методикам некоммерческого фандрайзинга, взаимодействия с партнерами, обсуждались возможности совместного гражданского участия пациентов и специалистов в формировании региональной политики здравоохранения. Семинары прошли в Москве, Новосибирске, Нижнем Новгороде, Краснодаре, Санкт-Петербурге и собрали представителей более чем из 40 регионов Российской Федерации. [http://www.soc-mech.ru/index.php?cat_id=101&id=174].

23 октября 2012 г. был создан Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации.

Группы специальных интересов страховых медицинских организаций

К числу ГСИ СМО относятся Межрегиональный союз медицинских страховщиков и целый ряд объединений регионального уровня (Ассоциация медицинских страховых организаций Ставропольского края, Ассоциация страховых медицинских компаний Томской

области, Дальневосточная ассоциация страховых медицинских организаций, Ассоциация страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга (Ассоциация СМО СПБ) и др.).

В составе Всероссийского Союза страховщиков (ВСС) образован Комитет по медицинскому страхованию, осуществляющий координацию и взаимодействие в области ОМС и ДМС. В состав комитета входят около 30 представителей из 22 страховых компаний.

Рассмотрим деятельность ГСИ страховых медицинских организаций на примере Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС), а на региональном уровне — на примере Ассоциации страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга.

Межрегиональный союз медицинских страховщиков (МСМС) зарегистрирован в январе 2003 г. Основная его цель — защита интересов членов МСМС и координация их усилий, направленных на создание благоприятных условий для развития медицинского страхования. МСМС насчитывает более 80 членов. МСМС является членом Торгово-промышленной палаты РФ и Всероссийского союза страховщиков. В качестве приоритетных определены следующие направления деятельности МСМС: совершенствование страхового и медицинского законодательства, участие в разработке механизмов его реализации; региональная политика и работа со СМИ.

Ассоциация страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга создана в 1995 году. Она является добровольным объединением целого ряда СМО Санкт-Петербурга. Ее целями являются: координация действий и объединение усилий в развитии обязательного и добровольного медицинского страхования; содействие в расширении возможностей производственного и социального развития членов ассоциации; создание наиболее благоприятных условий для их коммерческой деятельности; защита их прав и интересов путем поддержания рабочих взаимоотношений с местными и федеральными органами власти.

Ассоциация СМО СПб, наряду с Комитетом по здравоохранению СПб, ТФОМС СПб и Медицинской Ассоциацией СПб, участвует в разработке и реализации тарифных соглашений, Территориальной программы ОМС и других документов в сфере здравоохранения.

В соответствии с классификацией М. Олсона рассмотренные ГСИ являются «промежуточными» группами. Эти организации относятся к секционным или частичным группам, ставящим основной целью защиту интересов своих членов.

Ассоциации осуществляют как «внутреннее» лоббирование (например, посредством взаимодействия с Федеральной службой страхового надзора, Федеральным фондом ОМС и др. государственными органами в первом случае и путем контактов с представителями ТФ ОМС и Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга во втором случае), так и «внешнее» лоббирование.

Ярким примером «внешнего лоббирования» является участие ГСИ в совершенствовании законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Профессиональным сообществам удалось добиться изменения многих пунктов. Так, новая редакция закона разрешает профессиональным сообществам участвовать в разработке тарифов услуг, предоставляемых по системе обязательного медицинского страхования, а также в аттестации медицинских и фармацевтических работников. Кроме того, в закон вернулась отмененная раньше 79 статья, позволяющая не только государству, но и самим медицинским сообществам участвовать в управлении здравоохранением.

В заключение следует отметить, что современный этап развития системы здравоохранения характеризуется усилением взаимодействия и координации деятельности между различными ГСИ, повышением их роли в процессе принятия решений в сфере реформирования системы медицинского обслуживания как на федеральном, так и на региональном уровнях.

Литература

1. *Олсон М.* Логика коллективных действий: общественные блага и теория групп. — М.: ФЭИ, 1995.
2. *Перегудов С.* Группы интересов и российское государство. — М.: Эдиториал УРС, 1999.
3. *Browne W.P.* Exchange Theory and the Institutional Impetus for Interest Group Formation//In: Interest Group politics. — Washington: CQ Press, 2002. — P. 313–329
4. *Kimber R., Richardson J.* Pressure Groups in Britain. — London: Dent&Co, 1974.
5. *Kollman K.* Outside Lobbyng: Public Opinion and Interest Group Strategies. — Princeton University Press, 1998.
6. *Moran M.* Three Faces of the Health Care State//Journal of Health Politics, Policy and Law. — 1995. — V. 20. — № 3. — P. 767–781.
7. *Salusbury R.* An Exchange Theory of Interest Groups//Midwest Journal of Political Science. — 1969. — V. 13. — № 1. — Feb. — P. 1–32.
8. *Yoho J.* The Evolution of a Better Definition of «Interest Group» and Its Synonyms//Social Science Journal. — 1998. — V. 35. — № 2. — P. 231–234.

UDC 614.2
Sklyar T. ***Special interest groups in the Russian health care system*** *(The Graduate School of Management, Saint-Petersburg State University, Russia)*
Abstract. The article deals with the role of special interest groups in the health sector. The attention is focused on classification of special interest groups, the approaches to the analysis of the motives of collective action and the formation of special interest groups. The activit ies of special interest groups in the Russian system of health insurance are analysed.
Keywords: *health care, medical insurance, special interest groups.*

ГАРМОНИЗАЦИЯ ВРАЧЕБНОГО СОСТАВА ОТРАСЛИ ВОЗМОЖНА НЕ РАНЕЕ 2018 ГОДА

На заседании Коллегии Минздрава России с участием Премьер-министра Правительства Дмитрия Медведева с докладом об итогах работы ведомства в прошлом году и задачах на этот год выступила министр здравоохранения Вероника Скворцова. «Дефицит врачей мы могли бы компенсировать за четыре года, — сказала на заседании министр. Однако за последние десятилетия в отрасли сложились грубые кадровые диспропорции. Это и дисбаланс в обеспеченности разными профильными специалистами с острой нехваткой одних (по анестезиологии-реаниматологии — дефицит 33%, неонатологии — 35%, онкологии — 14%, наркологии — 32%, патологической анатомии — 35%, педиатрии — 27%, фтизиатрии — 33%) и избытком других, и дисбаланс в обеспеченности врачами сельской местности и городов, амбулаторных и стационарных учреждений, стационаров разного уровня. При такой ситуации гармонизировать врачебный состав отрасли мы сможем не ранее 2018 года при условии сохранения существующих объемов подготовки в ВУЗы и увеличения доли целевой подготовки в интернатуре и ординатуре», — сказала глава Минздрава России.

Источник: Медвестник

М.П. Артамошина,
О.В. Ципириг,
В.П. Кузнецова,
Ю.А. Коротков,
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

ДИНАМИКА ЧИСЛА ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2005–2011 ГОДАХ

УДК 614.12
Артамошина М.П., Ципириг О.В., Кузнецова В.П., Коротков Ю.А. ***Динамика числа врачебных кадров в Российской Федерации в 2005–2011 годах*** *(ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Численность врачей и обеспеченность населения врачами в Российской Федерации в целом с 2005 по 2011 годы увеличивается. При этом выявлена выраженная неравномерность распределения данного ресурса по отдельным субъектам Российской Федерации. Наибольшее количество врачей в 2011 году сконцентрировано в Москве, Санкт-Петербурге и Московской области (76 492; 36 216 и 22 835, соответственно). Наиболее высокая обеспеченность населения врачами в 2011 году зафиксирована в Санкт-Петербурге, Чукотском автономном округе, Республике Северная Осетия-Алания (73,9; 75,5; 66,6, соответственно); в Москве — 66,3 (4 место); наименьшая обеспеченность — в Чеченской Республике и Курганской области (26,1 и 25,5). Прослеживается выраженная неравномерность распределения данного ресурса по субъектам Российской Федерации.

Ключевые слова: *врач, численность, распределение, обеспеченность населения, регионы, Российская Федерация*

К факторам, влияющим на формирование здоровья населения как в Российской Федерации, так и в мире, авторы относят ресурсный потенциал регионального здравоохранения [1, 2]. Совершенствование планирования и использования кадровых ресурсов относится к основным направлениям кадровой политики в здравоохранении [3]. На протяжении нескольких десятилетий общей стратегической линией кадровой политики здравоохранения являлось неуклонное наращивание численности медицинских кадров. В результате этой политики Россия вышла на одно из первых мест в мире по числу врачей и обеспеченности ими населения [4].

Согласно данным нашего исследования, за период 2005–2011 годов численность врачебных кадров Российской Федерации постоянно увеличивалась. При этом максимальное увеличение зафиксировано в 2006 году, когда число врачей увеличилось более чем на 7 тыс. по сравнению с предыдущим годом. В последующие годы интенсивность увеличения была значительно ниже. К 2011 году число врачей всех специальностей составило 628 481. При этом наибольшее количество — 179 117 врачей — зарегистрировано в Центральном федеральном округе (28,5%), в Приволжском федеральном округе — 124 009 (19,73%), Сибирском — 87 964 (14%), Северо-Западном — 67 371 (10,72%), Южном — 54 561 (8,68%), Уральском — 47 391 (7,54%), Северо-Кавказском — 34 932 (5,56%), Дальневосточном — 29377 (4,67%).

Динамика численности врачебных кадров по Центральному и Северо-Западному федеральным округам отражает динамику по Российской Федерации в целом. По остальным округам прослеживается колебание числа врачей, а по Дальневосточному округу — уменьшение. Динамика численности врачебных кадров в федеральных округах Россий-

© М.П. Артамошина, О.В. Ципириг, В.П. Кузнецова, Ю.А. Коротков, 2013 г.

Таблица 1

Численность врачебных кадров в федеральных округах Российской Федерации в 2005–2011 годах (в тыс.)

Федеральный округ / Год	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*
Российская Федерация	607,1	614,2	616,4	621,8	625,7	625,7	628,5
Центральный федеральный округ	168,8	171,1	173,3	175,4	177,8	178,8	179,1
Северо-Западный федеральный округ	64,5	64,9	64,9	66,6	67,1	67,7	67,4
Южный федеральный округ*	64,6	87,6	88,0	54,7	54,9	54,1	54,6
Северо-Кавказский федеральный округ*	–	–	–	33,7	34,9	33,6	34,9
Приволжский федеральный округ	128,1	126,6	125,3	124,8	125,0	124,4	124,0
Уральский федеральный округ	44,1	45,1	45,8	46,0	45,8	47,1	47,4
Сибирский федеральный округ	84,6	84,9	85,2	86,8	86,5	86,5	88,0
Дальневосточный федеральный округ	30,5	30,3	30,2	30,2	29,9	29,9	29,4

* Данные по Южному федеральному округу до 2008 года приведены вместе с данными субъектов РФ, позже вошедших в состав Северо-Кавказского федерального округа.

ской Федерации в 2005–2011 годах представлена в *таблице 1.*

Среди субъектов Российской Федерации наибольшее число врачей зафиксировано в городе Москве (76 492), в 2,1 раза меньше — в городе Санкт-Петербурге (36 216); более 10 тыс. (по убыванию): в Московской области — 22 835, Краснодарском крае — 19 492, Тюменской области — 16 559, Республике Башкортостан — 15 856, Свердловской области — 15 820, Республике Татарстан — 14 791, в областях Ростовская — 14 754, Самарская — 13 644, Новосибирская — 13 193, Нижегородская — 12 806, Челябинская — 12 698, Пермском и Красноярском краях — 12 527 и 12 212, Кемеровской и Волгоградской областях — 11 593 и 11 522, Алтайском крае — 10 914, Республике Дагестан — 10 741, областях Саратовской — 10 721, Воронежской — 10 587, Иркутской — 10 373, Омской — 10 068. Менее 1 тыс. врачей зафиксировано в следующих субъектах Российской Федерации: Республике Алтай — 824, Магаданской области — 791, Еврейской автономной области — 509, Чукотском и Ненецком автономных округах — 380 и 180, соответственно.

Согласно данным нашего исследования, за период 2005–2011 годов обеспеченность Российской Федерации врачебными кадрами увеличилась с 42,7 до 44,0 на 10 000 населения с максимальным значением (44,1) в 2009 году. Среди федеральных округов наилучшая обеспеченность врачебными кадрами зафиксирована в Северо-Западном федеральном округе — 47,1 в 2005 году и 49,4 в 2011 году с максимальным значением в городе Санкт-Петербурге (71,1 и 73,9, соответственно). Также выше среднероссийского уровня зафиксированы данные по Дальневосточному федеральному округу (45,8 и 46,7), где в Чукотском автономном округе, несмотря на уменьшение в динамике с 2005 года, в 2011 году отмечена наивысшая обеспеченность врачами среди всех субъектов Российской Федерации (75,5), а также Сибирскому (43,3 и 45,7) и Центральному (44,8 и 46,6) федеральным округам. По городу Москве в 2005–2009 годах зафиксировано постоянное увеличение показателя (65,0; 66,8; 67,1; 68,8; 70,7 в соответствующие годы), однако в 2010 году мы отмечаем резкое снижение обеспеченности до 65,8, в 2011 году, несмотря на некоторое возрастание, она оставалась ниже уровня 2006 года (66,3), при том, что именно в Москве зафиксировано наибольшее число врачей.

Таблица 2

Обеспеченность населения врачебными кадрами в федеральных округах Российской Федерации в 2005–2011 годах (на 10 000 населения)

Федеральный округ / Год	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*	*2009*	*2010*	*2011*
Российская Федерация	42,7	43	43,4	43,8	44,1	43,8	44
Центральный федеральный округ	44,8	45,8	46,7	47,2	47,9	46,5	46,6
Северо-Западный федеральный округ	47,1	47,6	48	49,3	49,8	49,7	49,4
Южный федеральный округ*	38,7	38,4	38,5	38,7	40	39,1	39,4
Северо-Кавказский федеральный округ*				36,7	37,8	35,6	37
Приволжский федеральный округ	41,3	41,5	41,4	41,3	41,5	41,6	41,5
Уральский федеральный округ	36,1	36,8	37,4	37,6	37,4	39	39,2
Сибирский федеральный округ	43,3	43,2	43,6	44,4	44,3	44,9	45,7
Дальневосточный федеральный округ	45,8	46,2	46,5	46,6	46,2	47,5	46,7

* Данные по Южному федеральному округу до 2008 года приведены вместе с данными субъектов РФ, позже вошедших в состав Северо-Кавказского федерального округа.

Согласно представляемым отчетным данным, наименее обеспеченным врачебными кадрами является Северо-Кавказский федеральный округ (37,8; 35,6; 37,0 в динамике 2009–2010–2011 годов) с минимумом обеспеченности в Чеченской Республике (25,5; 27,2; 26,1, соответственно). Также низкая обеспеченность врачами зафиксирована в Уральском федеральном округе, где, несмотря на постоянное увеличение обеспеченности в динамике с 2005 года (36,1; 36,8; 37,4; 37,6; 37,4; 39,0 в 2005–2006–2007–2008–2009–2010 годах, соответственно), к 2011 году этот показатель остается существенно ниже среднероссийского (39,2). Здесь же зарегистрировано и минимальное значение показателя среди всех субъектов Российской Федерации — в Курганской области к 2011 году обеспеченность врачами составила всего лишь 25,5 на 10 000 населения. Динамика обеспеченности населения врачебными кадрами в федеральных округах Российской Федерации представлена в *таблице 2.*

В 2011 году обеспеченность врачами выше среднероссийского уровня зафиксирована в 32 субъектах Российской Федерации, в 2005 году таких субъектов было 33. Наиболее высокая обеспеченность в 2011 году зафиксирована в 5 субъектах Российской Федерации: Санкт-Петербурге (73,9), Чукотском автономном округе (75,5), Республике Северная Осетия-Алания (66,6), Москве (66,3), Томской области (65,1); от 60,0 до 50,1 — в 11 субъектах: Астраханской (59,0), Ярославской (57,6), Камчатской (53,0), Амурской (51,8), Рязанской (51,7), Омской (50,9), Ивановской (50,3), Магаданской (50,5) и Смоленской (50,4) областях, Удмуртской Республике (53,2) и Ханты-Мансийском автономном округе (51,8); от 50,0 до среднероссийского уровня — в 16 субъектах. Обеспеченность врачами ниже среднероссийского уровня зафиксирована в 46 субъектах Российской Федерации, из них несколько ниже (до 40,0) — в 14 субъектах; от 39,9 до 30,0 — в 29 субъектах; ниже 29,9 — в 8 субъектах: Еврейской автономной области (28,9), областях Владимирской и Ленинградской (по 29,5), Тамбовской (29,4), Калининградской (29,0), Тульской (28,3), Курганской (25,5), Чеченской Республике (26,1). Таким образом, большинство (79%) субъектов имеют обеспеченность врачами от 30,0 до 50,0 на 10 000 населения.

В сравнении с 2005 годом доля субъектов с максимальной обеспеченностью (выше 60,0) незначительно уменьшилась (на 0,15%), с обеспеченностью от 50,1 до 60,0 увеличи-

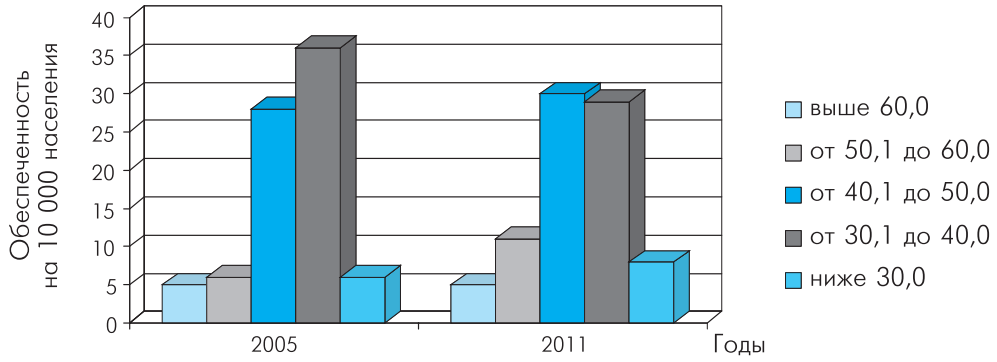


Рис. 1. **Распределение числа субъектов Российской Федерации по уровню обеспеченности врачебными кадрами в 2005 и 2011 годах**

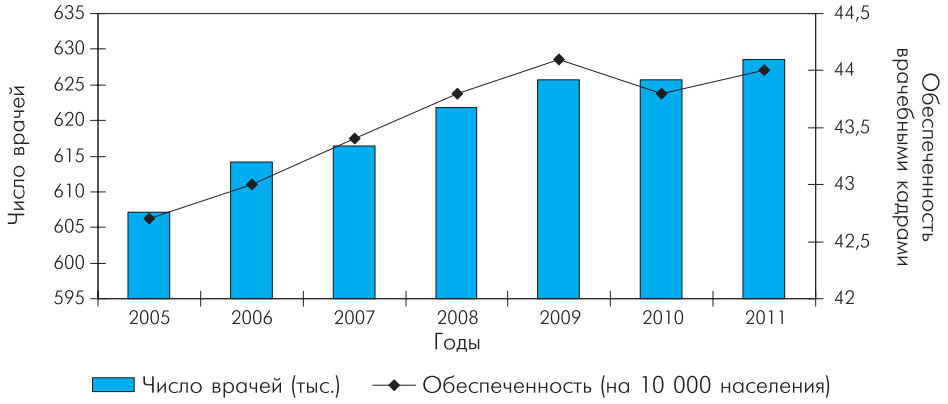


Рис. 2. **Сравнение динамики изменения численности врачебных кадров и обеспеченности врачами в Российской Федерации в 2005–2011 годах**

лась на 5,84%, от 40,1 до 50,0 — на 1,57%, от 30,1 до 40 — уменьшилась на 9,5%, ниже 30,0 — увеличилась на 2,2% *(рис. 1)*. На фоне увеличения среднероссийского показателя обеспеченности с 42,7 до 44,0 выросла доля субъектов с обеспеченностью выше среднероссийской с 39,51 до 44,58%. В то же время доля субъектов с обеспеченностью от 30,0 до 50,0 уменьшилась с 79,01 до 71,08%.

В 2005 году разница между максимальным (71,1) и минимальным (23,8) значениями показателя обеспеченности населения врачебными кадрами составила 47,3 на 10 000, а в 2011 году — 48,4.

О региональных различиях в обеспеченности врачами российского населения говорят и отечественные исследователи, которые указывают на существенно большую разницу по субъектам Российской Федерации [5]. Мы также отмечаем, что региональные различия в 2011 году достигают 25,0%, а между наиболее и наименее обеспеченными субъектами различаются в 3 раза. В динамике с 2005 года данные различия увеличились.

При сравнении динамики численности врачебных кадров и обеспеченности врачами в Российской Федерации в 2005–2011 годах отмечается превышение роста числа врачебных кадров над обеспеченностью лишь в 2006 году (по сравнению с предыдущим годом) — соответственно, на 1,16 и 0,7%. В 2007–2009 годах рост уровня обеспеченности несколько преобладает над ростом числа врачей: при росте числа вра-

Таблица 3

Динамика компонентов численности населения в Российской Федерации (тыс. человек)*

Год	Численность населения на 1 января	Изменения за год			Численность населения на 31 декабря	Общий прирост за год, %
		общий прирост	естественный прирост	миграционный прирост		
2005	143 801,0	−564,4	−846,5	282,1	143 236,6	−0,39
2006	143 236,6	−373,9	−687,1	313,2	142 862,7	−0,26
2007	142 862,7	−115,2	−470,3	355,1	142 747,5	−0,08
2008	142 747,5	−10,3	−362,0	351,7	142 737,2	−0,01
2009	142 737,2	96,3	−248,9	345,2	142 833,5	0,07
2010	142 833,5	31,9	−239,6	271,5	142 865,4	0,02
2011	142 865,4	191,0	−129,1	320,1	143 056,4	0,13
2012	143 056,4	290,7	−4,3	295,0	143 347,1	0,2

* По данным Росстата

чей на 0,36–0,87–0,62% рост обеспеченности составил 0,92–0,91–0,68%. В 2010 году рост числа врачей составил тысячные доли процента, а обеспеченность врачами снизилась на 0,68%. К 2011 году рост обеих величин был одинаков (по 0,45%). Но при этом число врачей по сравнению с 2009 годом увеличилось, а показатель обеспеченности уменьшился *(рис. 2)*. В целом число врачебных кадров с 2005 по 2011 годы увеличилось на 21,4 тыс., а обеспеченность — на 1,3.

При анализе динамики обеспеченности населения врачебными кадрами необходимо рассмотреть и вопрос динамики численности населения. В целом по Российской Федерации численность населения на 1 января с 2005 к 2011 году уменьшилась с 143 801,0 до 143 056,4 тыс. человек. Отрицательный общий прирост за год в 2005 году составил 564,4 тыс. человек (−0,39%). В 2006–2008 годах значения отрицательного общего прироста уменьшались (соответственно, −373,9; −115,2; −10,3 тыс. человек, или −0,26; −0,08; −0,01%), а с 2009 года прирост имеет положительные значения (96,3; 31,9; 191,0 тыс. человек, или 0,07; 0,02; 0,13; 0,2%). Необходимо также учитывать величину изменения отдельных компонентов общего прироста. Так, естественный прирост в динамике 2005–2011 годов сохранял отрицательное значение, несмотря на значительное ежегодное уменьшение (−846,5; −687,1; −470,3; −362,0; −248,9; −239,6; −129,1 тыс. человек соответственно), а миграционный прирост (международных передвижений) сохранял положительные значения (282,1; 313,2; 355,1; 351,7; 345,2; 271,5; 320,1 тыс. человек), а за 7 лет он составил 2238,9 тыс. человек *(таблица 3)*. Только на миграционный поток ежегодно необходимо 1200–1500 врачей. Субъектам Российской Федерации с высокими показателями миграционного потока при планировании численности врачей необходимо учитывать данный компонент. Так, в 2011 году наибольшая нагрузка по общему миграционному потоку, который значительно выше международного, пришлась на Московскую (231 320 человек) и Тюменскую (160 359) области, Краснодарский край (155 794), города Санкт-Петербург (130 321) и Москва (124 859), Республику Башкортостан (107 232). За этот же год вместо увеличения наблюдается уменьшение числа врачей в Московской области (−52 врача). Увеличение числа врачей в Москве (на 594 человека) частично можно объяснить перераспределением данного ресурса в Московской и близлежащих областях. Похожая ситуация наблю-

дается в Санкт-Петербурге (+145 врачей) и Ленинградской области (–21 врач). Положительный общий миграционный поток в 2011 году затронул все субъекты, однако в 46 из них наблюдается снижение числа врачей, наиболее существенное в Красноярском (–294) и Приморском краях (–235), Мурманской (–256), Оренбургской (–233), Иркутской (–201) областях, Республике Татарстан (–167), Волгоградской области (–151). Наибольшее увеличение числа врачей отмечается в Ставропольском крае (+1177), Томской (+874) и Омской (+834) областях.

Таким образом, несмотря на постоянное увеличение числа и обеспеченности населения в Российской Федерации врачебными кадрами, прослеживается выраженная неравномерность распределения данного ресурса по субъектам Российской Федерации. Крайне низкая обеспеченность населения врачебными кадрами в ряде субъектов, выраженная диспропорция по количеству врачей и обеспеченности ими населения свидетельствуют о недостаточном внимании со стороны руководителей здравоохранения к данной проблеме. Кроме того, недоучитываются миграционные процессы в обществе, требующие увеличения кадрового ресурса здравоохранения, и перераспределение данного ресурса с его концентрацией в отдельных субъектах.

Литература

1. *Никифоров С.А.* Научные основы совершенствования системы управления муниципальным здравоохранением//Автореф. дисс... д.м.н. — Екатеринбург, 2008. — 41 с.

2. *Цешковский М.С., Кирсанова Е.В.* Кадры здравоохранения в программах Европейского бюро ВОЗ: ретроспектива и современное состояние вопроса//Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». — 2010. — № 3 (15).

3. Концепция кадровой политики. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 июля 2002 г. № 210 «О концепции кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации».

4. *Михайлова Ю.В.* Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и пути их решения. Доклад на Всероссийской конференции «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» 19–20 мая 2010 г., Москва. http://www.mednet.ru/images/stories/files/materialy_konferencii_i_seminarov/2010/po_kadram/Yu.V.Mihailova_Kadrovye_resursy_zdravoohraneniya_RF_sostoyanie_problemy_i_puti_ih_resheniya.pdf.

5. *Данилова Н.В.* Анализ состояния медицинских кадров на этапе обновления региональных систем здравоохранения//Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». — 2011. — № 6 (22).

UDC 614.2

Artamoshina M.P., Xipiring O.V., Kuznetsova V.P., Korotkov U.A.

Dynamics on quantity of medical personnel occupied in Russian Federation in the period of 2005–2011 years *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract: Quantity of physicians and provision of population with physicians in Russian Federation has increased generally in the period from 2005 to 2011 years.

With that, there is revealed an obvious inequality in distribution of this resource among separate sub-federal entities of Russian Federation. The biggest concentration of physicians in 2011 year was noticed in Moscow, Saint-Petersburg and Moscow region (76 492; 36 216 и 22 835, accordingly). The highest index of provision of physicians per capita in 2011 year was fixed in Saint-Petersburg, Chukotskiy autonomous region, North Osetia-Alania Republic (73,9; 75,5; 66,6, accordingly); in Moscow — 66,3 (4 place); the lowest index of provision — in Chechen Republic and Kurgan area (26,1 and 25,5). There is notice a clear inequality in distribution of such resource among sub-federal entities of Russian Federation.

Keywords: *physician, population, distribution, provision of population, regions, Russian Federation.*

Н.Г. Куракова,
д.б.н., главный специалист
Л.А. Цветкова,
к.б.н., главный специалист
С.К. Колин,
главный специалист
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ СЕТИ ДИССЕРТАЦИОННЫХ СОВЕТОВ ПО МЕДИЦИНСКИМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

УДК 614.2
Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Колин С.К. ***Проблемы оптимизации сети диссертационных советов по медицинским специальностям*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва, Россия)*

Аннотация: В России начата паспортизация диссертационных советов, по результатам которой будет проведена оптимизация их сети. К членам экспертных советов Высшей аттестационной комиссии и диссертационных советов, а также к организациям, на базе которых создаются советы, в самое ближайшее время будут предъявлены новые требования, большая часть которых связана с показателями публикационной активности и цитируемости ученых в международных библиометрических базах данных. Представлены результаты анализа национального публикационного потока по клинической медицине, проиндексированного в Web of Science и Scopus, показывающие проблемы применения наукометрических показателей в качестве критериев научного уровня потенциальных членов экспертных и диссертационных советов по различным медицинским специальностям.

Ключевые слова: *диссертационные советы, медицинские специальности, паспортизация, оптимизация сети, членство в советах, критерии, результативность научной деятельности, публикационная активность, международные библиометрические базы данных Web of Science, Scopus, наукометрический анализ.*

С целью совершенствования системы подготовки и аттестации научных и научно-педагогических работников в России начата паспортизация диссертационных советов, по результатам которой будет проведена оптимизация их сети. В конце марта 2013 года Председатель Правительства России Д.А. Медведев дал поручения Минобрнауки России обеспечить внесение в правовые акты изменений, предусматривающих установление требований к результативности научной деятельности членов экспертных советов Высшей аттестационной комиссии и диссертационных советов, а также организаций, на базе которых создаются советы по защите диссертаций на соискание ученых степеней, и ведущих (оппонирующих) организаций. Общественное обсуждение новых критериев членов экспертных и диссертационных советов будет проходить до 15 октября 2013 года [1].

На сегодняшний день в России действуют 3300 диссертационных советов по различным направлениям научной деятельности. Планируется, что в самое ближайшее время Высшая аттестационная комиссия (далее ВАК) сократит это количество примерно в два раза, что должно привести к

© Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, С.К. Колин, 2013 г.

уменьшению как минимум в полтора раза ежегодного числа защищаемых диссертаций, которое в настоящее время составляет 23 тыс. кандидатских и около 3 тыс. докторских диссертаций.

Также запланировано полное обновление составов диссертационных советов с последующим ежегодным их пересмотром на 25% и полным пересмотром каждые четыре года. Реализация этих планов начнется осенью с паспортизации всех диссертационных советов по новым критериям [2].

Необходимость реструктуризации диссертационных советов очевидна для большей части научного профессионального сообществ России. С нашей точки зрения, одним из главных аргументов, поддерживающих такое организационное решение, является тот факт, что долевое соотношение советов разных специальностей формирует дисциплинарную структуру национальной науки, разительно отличающуюся от предметной структуры глобальной науки. Парадоксальным является тот факт, что диссертационные работы специалистов в самой динамично развивающейся области мировой науки, какой является клиническая медицина, в России рассматривают 242 диссертационных совета (7,3% от общего числа действующих в РФ). В то же время доля советов по экономическим специальностям составляет 11,5%, и это при том, что скорость обновления научных данных, отраженная в исследовательской и публикационной активности в клинической медицине, в 10 раз больше, чем в экономике! Сопоставление количества советов по отдельным субдисциплинам выявляет еще более сильно выраженную диспропорцию. Так, по специальности «Экономика и управление народным хозяйством (по отраслям и сферам деятельности)» в России действуют 320 диссертационных советов, а по специальности «Онкология» всего лишь 11!

Однако столь же очевидно, что при формировании новых критериев оценки научного уровня потенциальных членов экспертных и диссертационных советов и организаций, на базе которых создаются диссертационные советы, докторантуры и аспирантуры, крайне важна методология определения этих критериев. Уже известно, что Минобрнауки России предлагает большую их часть связать с оценкой публикационной активности ученых, причем учитываться будут лишь публикации, которые проиндексированы в международных библиометрических базах данных, то есть те, которые попали в интернационализированный сегмент национального публикационного потока.

Так, для оценки научного уровня потенциальных членов экспертных советов Высшей аттестационной комиссии предложено в числе прочих использовать индекс Хирша — ученого в международных информационно-аналитических системах по научному цитированию Web of Science (WoS) и Scopus; цитируемость ученого за последние 7 лет в журналах, индексируемых в WoS и Scopus (обсуждается абсолютное значение показателя); суммарный импакт-фактор журналов, индексируемых в WoS и Scopus, в которых опубликованы работы ученого за последние 7 лет.

К членам диссертационных советов предполагается предъявить в качестве основного требования наличие определенного количества публикаций в журналах, индексируемых в WoS и Scopus. Организации, на базе которых создаются диссертационные советы и открываются аспирантуры и докторантуры, должны соответствовать следующим критериям: за последние 7 лет в организации должно быть подготовлено не менее X научных статей в журналах, индексируемых в WoS и Scopus; суммарный импакт-фактор журналов, в которых опубликованы эти статьи, должен быть выше Y; за последние 7 лет суммарная цитируемость статей, подготовленных в организации, должна быть не менее Z.

Целью исследования было выполнение наукометрического анализа национального публикационного потока, проиндексированного в базах данных Web of Science (WoS) и Scopus, для оценки применимости библио-

метрических показателей российских ученых в этих базах данных в качестве критериев научного уровня потенциальных членов экспертных и диссертационных советов по различным медицинским специальностям.

Методология определения абсолютных величин указанных в критериях показателей состояла в анализе вариабельности наукометрических индикаторов национальных публикационных потоков, отраженных в БД WoS и Scopus, по отдельным специальностям из номенклатуры научных работников (в ред. Приказа Минобрнауки России от 11.08.2009 № 294) [3].

В качестве «окна цитирования» был взят заданный в критериях период: «за последние 7 лет», понятый нами как период с 2005–2011 гг., поскольку обработка публикационного потока в WoS за 2012 г. производится до середины лета 2013 года.

Критерий «члены диссертационных советов за последние семь лет должны иметь *X* публикаций в журналах, индексируемых в WoS и Scopus»

Для определения оптимального значения этого показателя для членов диссертационных советов по медицинским специальностям мы оценили общее число публикаций, проиндексированных в WoS за 2005–2011 гг., имеющих аффиляцию с российскими исследовательскими центрами по различным областям клинической медицины *(таблица 1)*.

Как следует из данных таблицы, разница в количестве публикаций по отдельным областям медицины составляет 2–3 порядка (!). Если кардиологи за семь лет написали более двух тысяч статей, то ортопеды всего лишь 13, а геронтологи и вовсе 9!

Диссертации по специальности «Сердечно-сосудистая хирургия» (14.01.26) принимают в 14 советах. Таким образом, для членов таких советов можно устанавливать показатель «не менее 100 статей, проиндексированных в WoS за последние 7 лет», и он теоретически может быть достигнут. Для советов по специальности «Онкология» (14.01.12), которых в РФ всего 11, выполнимым будет уже вдвое меньший показатель: «50 публикаций в WoS за семь лет».

Однако такие довольно высокие абсолютные значения индикатора («50–100 публикаций в журналах, индексируемых WoS») ни при каких обстоятельствах не могут быть установлены для советов, рассматривающих диссертации по таким специальностям как «Травматология и ортопедия» (всего 13 российских публикаций в WoS за семь лет!), «Болезни уха, горла и носа» (32 публикации за 7 лет), «Стоматология» (21 публикация за 7 лет)!

Таким образом, если устанавливать единые для всех специальностей значения показателя, то это должны быть очень низкие значения (например, не менее 5 публикаций, проиндексированных в WoS), достаточные для того, что хотя бы 1–2 диссертационных совета по таким специальностям, как «Ортопедия и отоларингология», им соответствовали. В противном случае должны быть рассчитаны дифференцированные показатели в зависимости от параметров публикационного потока субдисциплинарной предметной области.

Количество российских публикаций, проиндексированных в базе данных Scopus за 2005–2011 гг, заметно больше, чем в WoS, поскольку здесь индексируется существенно большее количество российских журналов (44 против 9). Однако анализ этих данных также обнаруживает высокую вариабельность показателя: от 3736 для статей по фармакологии и токсикологии до 34 статей по стоматологии.

Критерий «потенциальные члены экспертных советов Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России должны иметь цитируемость ученого в WoS за последние 7 лет не ниже «*Y*»

Еще большую проблему унификации создает показатель цитируемости статей в WoS по различным специальностям клинической

Таблица 1

Количество публикаций, проиндексированных в WoS за последние семь лет (2005–2011 гг.) по отдельным областям клинической медицины
(по данным InCites на 10.04.2013)

Предметная область (в редакции классификатора Deluxe Fields в WoS)	*Количество публикаций в WoS*	*Количество цитирований*
Кардиология	2216	2724
Генетика и наследственность	2196	11 475
Клиническая неврология	1665	2610
Психиатрия	1643	1900
Нейронауки	1604	8075
Фармакология	986	6102
Онкология	495	19 058
Гематология	509	2249
Иммунология	483	4486
Радиология, ядерная медицина	466	2487
Инфекционные болезни	334	3137
Эндокринология	244	2164
Хирургия	169	915
Пульмонология	114	1129
Гастроэнтерология	74	759
Офтальмология	74	387
Дерматология	56	249
Урология	71	1377
Педиатрия	51	407
Ревматология	51	1050
Гинекология	65	405
Питание и диетология	45	382
Организация здравоохранения	33	174
Стоматология	21	150
Отоларингология	32	113
Клеточная и тканевая инженерия	19	306
Ортопедия	13	31
Медицинская информатика	13	42
Сестринское дело	7	26
Геронтология	9	46

медицины, который составляет от 19 068 цитат, собранных публикациями по онкологии за последние семь лет, до 31 цитаты, собранной статьями по ортопедии *(таблица 1)*.

Особого внимания заслуживает и механизм достижения показателей цитируемости статей медицинской тематики. Все без исключения статьи, получившие наибольшую цитируемость, написаны крупными международными авторскими коллективами (от 10 до 200 соавторов), среди которых число россиян крайне ограничено (не более 1–2) *(таблица 2)*.

Иными словами, мы оцениваем не столько цитируемость российского автора, сколько цитируемость коллаборации!!! Например, согласно данным *таблицы 3,* цитируемость

Таблица 2

Топ-10 наиболее цитируемых публикаций 2011года, проиндексированных в WoS и имеющих аффиляцию с РАМН *(по данным InCites: Research Performance Profiles — Russian Academy of Medical Sciences на 29.11.2012)*

Количество цитирований	*Авторы, указавшие аффиляцию с РАМН (RUSSIAN ACAD OF MED SCI)*	*Журнал*	*Импакт-фактор журнала 2011*	*Количество авторов*	*Количество авторов из России*
98	Nasonov, Eugeny	Lancet	38,28	18	1
74	Matveev, Vsevolod	European urology	8,49	11	1
69	Golimbet, Vera	Nature genetics	35,53	198	1
33	Abramova L.; Kaleda V.; Golimbet V.	Molecular psychiatry	13,67	82	2
23	Kutuev, Ildus Pshenichnov, Andrey Balanovsky, Oleg Balanovska, Elena	European journal of human genetics	4,40	20	6
22	Tiganov, Alexander S. Pantelejeva, Galina Abramova, Lilia I.	American journal of human genetics	10,60	76	5
20	Pisarev, Vladimir	Journal of clinical investigation	13,07	10	1
19	Nikolaev, Eugene N.	Journal of american society for mass spectrometry	4,00	4	2
16	Ermolaeva, Svetlana A. Varfolomeev, Alexander F. Chernukha	Journal of medical microbiology	2,50	19	17
16	Archakov, Alexander	Molecular & cellular proteomics	7,40	25	1

всего одной статьи В.Е. Голимбет составляет 69 ссылок уже в год ее опубликования (2011 г.). Однако обращает на себя внимание тот факт, что авторский коллектив статьи состоит из 198 соавторов(!). В то же время мононациональные авторские коллективы такие показатели цитируемости не получают, но их публикационная активность заслуживает не менее высокой оценки, поскольку они являются не номинальными, а фактическими авторами статьи.

Наилучшие показатели цитируемости в интерационализированном секторе медицинских публикаций имеют статьи ученых РАМН, однако анализ даже этого массива публикаций, проиндексированных в WoS за 30 лет, показывает, что в категорию высокоцитируемых попадает не более 12% статей, и все они написаны мультинациональными авторскими коллективами *(таблица 3)*.

Таким образом, показатель «цитируемость ученого за последние 7 лет» следует признать ограниченно пригодным для оценки научного уровня потенциальных членов экспертных советов по медицинской науке Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России.

Таблица 3

Уровень цитирования публикаций РАМН, проиндексированных в WoS с 1987–2011 гг. *(по данным InCites на 29.11.2012)*

Число публикаций исследователей РАМН в научных журналах, индексируемых в WoS с указанным уровнем цитирования	*Число цитирований в расчете на одну публикацию исследователей РАМН в научных журналах, индексируемых в WoS*	*Доля публикаций исследователей РАМН в научных журналах, индексируемых в WoS с указанным уровнем цитирования (%)*
9069	0	59,30
1958	1	12,63
901	2	5,90
399	3	2,65
411	4	2,73
303	5	1,95
719	Более 5	4,70
942	Более 10	6,20
297	Более 30	1,98
190	Более 50	1,32
61	Более 100	0,43
17	Более 200	0,11
14	Более 300	0,09
2	Более 500	0,01
1	Более 2000	0,006

Критерий «потенциальные члены экспертных советов Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России должны иметь индекс Хирша не ниже «*Y*»

Комментируя этот критерий, следует отметить, что для его определения так же, как и для других метрик в WoS, можно установить «окно цитирования» в 7 лет. По состоянию на 09.04.2013 индекс Хирша (*ИХ*), отличный от нуля, имеют 2735 российских ученых, статьи которых проиндексированы в WoS за 2006–2012 гг. в предметной области «Клиническая медицина». Большая их часть (80%) имеют *ИХ* = 1 и менее 1% *ИХ* больше пяти *(таблица 4)*.

Если же при определении *ИХ* увеличить «окно цитирования» в WoS до 1995–2012 гг., значения этого показателя закономерно возрастают: максимальное составляет *ИХ* = 21 (1 ученый), *ИХ* = 17 имеют 2 ученых, *ИХ* = 16 у 3 ученых, по одному ученому имеют *ИХ* = 14 и 15, восемь имеют *ИХ* = 12, пятеро — *ИХ* = 11, 19 ученых имеют *ИХ* = 10. и т.д. Общее число ученых, имеющих индекс Хирша более 1, возрастает до 512 авторов. Еще более существенного увеличения этого показателя можно добиться, если *ИХ* рассчитывается по Скопусу за период с 1995 по 2012 гг.

Например, один и тот же исследователь, обладатель максимальных *ИХ* для российских ученых-клиницистов, онколог Д.Г. Заридзе имеет следующие индексы Хирша: в WoS (2006–2012 гг.) — 15, в WoS (1995–2012 гг.) — 21, в Scopus (1995–2012 гг.) — 35. Поэтому очень важно определить, по какому именно *ИХ* будет оцениваться цитируемость публикаций членов экспертных советов Высшей аттестационной комиссии при Минобрнауки России. Представляется разумным рассматривать возможность использова-

Таблица 4

Значение индекса Хирша российских ученых, статьи которых проиндексированы в WoS за 2005–2011 гг. в предметной области «Клиническая медицина»
(по данным InCites на 29.11.2012)

Индекс Хирша	Количество ученых, имеющих индекс Хирша такой величины	Доля ученых, имеющих индекс Хирша такой величины, %
15	1	0,003
12	1	0,003
11	3	0,009
9	2	0,006
8	2	0,006
7	1	0,003
6	4	0,01
5	17	0,6
4	40	1,5
3	81	3
2	394	14
1	2189	80

ния сразу двух показателей: *ИХ* в WoS (1995–2012 гг.) и *ИХ* в Scopus (1995–2012 гг.).

Критерий «суммарный импакт-фактор журналов, в которых опубликованы работы ученого или организации за последние 7 лет»

Как и для критерия «цитируемость ученого за последние 7 лет», существует опасность, что при расчете совокупного импакт-фактора публикаций в WoS будет оцениваться импакт-фактор журнала, в котором опубликовала статью международная коллаборация, в состав которой российский ученый вошел. Поэтому нам представляется целесообразным при оценке суммарного импакт-фактора журналов, в которых опубликованы работы ученого за последние 7 лет, вводить поправочные коэффициенты на международную коллаборацию.

Заключение

Сегодня не более 12% российских медицинских публикаций написано на английском языке, соответственно 88% статей на русском языке ежегодно не доступны международному научному сообществу. При этом очевидно, что среди их авторов есть большое количество ученых мирового уровня, ведущих конкурентоспособные исследования, совпадающие с трендами глобальной науки. И эти ученые могут не войти в состав диссертационных советов лишь по причине отсутствия публикаций в WoS и Scopus (то есть на основе наукометрических показателей), а не на основе анализа самой исследовательской стратегии ученого.

Поэтому нам представляется правильным предварить введение новой системы критериев реструктуризации диссертационных советов реализацией комплекса мероприятий, направленных на увеличение международной публикационной активности российских исследователей в области медицины. Главной и острейшей проблемой, ждущей своего решения с участием государства, является обеспечение доступа отечественных исследователей к ведущим международным медицинским журналам, сумма подписок на которые составляет несколько тысяч евро за журнал. Только из высокой читательской активности рождается высокая публикационная активность.

Литература

1. Перечень поручений, данных Дмитрием Медведевым по итогам совещания о совершенствовании системы подготовки и аттестации научных и научно-педагогических работников. Режим доступа: URL: http://government.ru/docs/23647/.
2. *Панов П.* ВАК предлагает обновлять диссертационные советы ежегодно. — Известия, 22 февраля 2013 г. Режим доступа: URL: http://izvestia.ru/news/545434#ixzz2QEpfLfii.
3. Приказ Минобрнауки РФ от 11.08.2009 № 294 «О внесении изменений в Номенклатуру специальностей научных работников, утвержденную Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 февраля 2009 г. № 59».

UDC 614.2
Kurakova N.G., Xvetkova L.A., Colin S.K. ***Problems related to optimization of the dissertation committees on medical professions Problems of optimization*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*
Abstract: There will be started a passportization of dissertation committees as a result of which there will be processed optimization of its network. Members of expert commitees of Supreme attestation commission and dissertation committees as well as organizations on the base of which there will be created committees, who will face new requests the biggest part of which will be related to index of publishing activity and quote ratings of scientists in international an bibliometric data base.
There are presented results of national publication flow analysis regarding clinic medicine, indexed in Web of Science and Scopus, showing the problems of using scientometrical factors as a criteria of scientific level of potential members of expert and dissertation committees in various medical specializations.
Keywords: *dissertation committees, medical professions, passportization, optimization of network, membership, criteria, publishing activity.*

Здравоохранение-2013

МИНЗДРАВ ОБОЗНАЧИЛ НАПРАВЛЕНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ПОМОЩИ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ФОНДОВ

Министерство здравоохранения планирует развивать сотрудничество с благотворительными фондами, занимающимися сбором средств на лечение пациентов, — сообщила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава РФ Елена Байбарина.

Среди основных направлений, требующих поддержки общественных организаций, представитель ведомства указала поиск доноров для проведения неродственных трансплантаций костного мозга за границей и приобретение препаратов для лечения редких орфанных заболеваний.

«В первую очередь, как мне кажется, благотворительные организации должны оказывать помощь детям и взрослым с орфанными заболеваниями. По некоторым из них стоимость лечения одного человека может достигать 30 и более млн. руб. в год. Понятно, что это огромные средства, и ни одно государство за счет бюджетных денег не может полностью покрыть все расходы, поэтому здесь есть широкое поле для деятельности благотворителей», — отметила представитель ведомства.

Источник: Медвестник

В.И. Перхов,
Р.В. Стебунова,
ФБГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, г. Москва, Россия
Д.С. Янкевич,
ФБГУ «Научный центр неврологии» РАМН, г. Москва, Россия
Ю.Ю. Юркин,
Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия

АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ФИНАНСИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2
Перхов В.И., Стебунова Р.В, Янкевич Д.С., Юркин Ю.Ю. ***Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения*** *(ФБГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, г. Москва, Россия; ФБГУ «Научный центр неврологии» РАМН, г. Москва, Россия; Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения города Москвы, Россия)*

Аннотация: В экономически развитых странах мира медицина становится самой продуктивной и самой цитируемой областью мировой науки. Вместе с тем об инновационных процессах в сферах, не ориентированных на рынок, к которым относится и медицина, известно сравнительно мало. В статье рассматриваются вопросы финансирования и организации медицинских научных исследований в зарубежных странах. Авторами показано, что инновации в здравоохранении находятся в центре внимания правительства разных стран, ищущих пути достижения баланса между растущими расходами на здравоохранение, доступностью и качеством медицинской помощи. При этом характеристики медицинских инноваций обязательно дополняются экспертными оценками эффективности и безопасности медицинских технологий, которые проводят специализированные организации. Анализ стратегий отдельных стран показывает, что в мире идет интенсивный поиск наиболее эффективных способов управления процессами организации и финансирования медицинских научных исследований.

Ключевые слова: *инновации, научные исследования, здравоохранение.*

Современный уровень развития науки и технологий во всем мире демонстрирует переход к постиндустриальному обществу, где основной ценностью становится знание. Новые технологии представляют огромные возможности для появления инновационных продуктов — новых видов товаров и услуг. В сфере здравоохранения только за последние 40 лет произошло несколько технологических скачков, основанных на новых знаниях: от парадигм медицинской химии и фармакологии 1960–1970-х годов, следствием которых стало производство антибиотиков и химических лекарственных средств, до создания технологии рекомбинантных ДНК, генетически модифицированных организмов и терапевтических биопрепаратов, а также геномики, которая может в скором времени привести к новым парадигмам в медицине или к медицине трех «П» (предсказательной, профилактической, персонализированной).

© В.И. Перхов, Р.В. Стебунова, Д.С. Янкевич, Ю.Ю. Юркин, 2013 г.

Инновации в области медицины создаются преимущественно на стыке разных областей науки (биологии, компьютерных технологий, машиностроения и материаловедения) с совместным участием частных и государственных учреждений, с одновременным финансированием фундаментальных и прикладных исследований. В большинстве стран главными субъектами проведения и финансирования научно-исследовательской работы (НИР) являются правительства, что в основном связано со слабостью ресурсной поддержки этой деятельности со стороны предпринимательского сектора.

США

Фундаментальная наука в США всегда была в числе приоритетов государственной поддержки, но в последнее десятилетие ее бюджетное финансирование росло незначительно, и практически не менялось его распределение между областями наук и ведомствами. Однако последнее десятилетие может быть разбито на два неравных периода: докризисный (2000–2008 гг.), и период с момента принятия специальных законодательных актов, призванных бороться с кризисом (2009–2010 гг.).

В первый период (с 2000 по 2008 гг.) суммарные расходы на фундаментальные исследования в США из всех источников выросли на треть (в постоянных ценах), причем свой вклад в этот рост внесли все финансирующие науку стороны: государство, промышленность, университеты и бесприбыльные организации. Вместе с тем федеральное финансирование в относительном измерении несколько снизилось за счет роста долей университетов и бесприбыльного сектора. Расходы бизнеса возросли в постоянных ценах, однако в процентном отношении сократились с 19,3% в 2000 г. до 17,7% в 2008 г. при минимальном значении данного показателя в 2004 г. — 15,9%.

Поворотным моментом стало выступление Президента США Барака Обамы в Национальной академии наук США 27 апреля 2009 г., в котором он уделил особое внимание фундаментальной науке, подчеркнув, что именно фундаментальные исследования являются источником новых продуктов и технологий: методов лечения, источников энергии, строительных материалов, новых продуктов питания и др. Тогда же Президент США предложил «Стимулирующий план», следствием которого стало принятие Закона «Об экономическом восстановлении и возобновлении инвестиций в Америку» (ARRA — the American Recovery and Reinvestment Act of 2009), предусматривающего существенное наращивание финансирования науки. Как позднее оказалось, проблемой было то, что дополнительные бюджетные средства выделялись только на два года.

Основную часть средств, выделенных по ARRA (всего дополнительно из федерального бюджета был выделен 21 млрд. долл.), планировалось распределить в 2009 г., с последующими доинвестициями в 2010 г. Главными получателями финансирования стали три ведомства: Национальный научный фонд (The National Science Foundation, далее NSF), Национальные институты здоровья (The National Institutes of Health, далее NIH) и NASA. Процесс расходования средств шел неравномерно: так, NSF еще в 2009 г. потратил около 80% средств по ARRA, Национальный институт стандартов и технологий (the National Institute of Standards and Technology, NISN) получил все средства в 2009 г., тогда как для NIH эта цифра составила около 48%.

NSF, в отличие от других организаций, финансирует преимущественно фундаментальную науку: в структуре его расходов на поддержку фундаментальных исследований приходится 91,6%. Для сравнения доля фундаментальных исследований в бюджете NIH составляет 53,9%.

Как следует из сравнения стратегических приоритетов NSF, принятых в 2005 и затем в 2011 г., акценты сместились на развитие связей между наукой и образованием, наукой и обществом, на усиление международных

научных связей. При этом растущее значение придается эффективности работы самого Фонда. Руководство NSF планирует стать «образцовым» агентством за счет: **1)** повышения квалификации управленческих кадров, которые должны обладать лидерскими качествами, нести персональную ответственность за принимаемые решения и работать в рамках строгой отчетности; **2)** постоянного обучения работников Фонда новым навыкам и знаниям, что должно стать элементом внутренней культуры NSF; **3)** стимулирования творческого потенциала чиновников NSF для повышения качества работы с клиентами.

Фонд поддерживает семь разных типов междисциплинарных центров, которые, если пытаться провести аналогию с российской практикой, можно с определенной долей условности назвать центрами коллективного пользования оборудованием. Число центров каждого типа сильно варьируется — от 29 центров материаловедения до 2 центров химических инноваций. Центры разных типов очень различаются как по своим характеристикам, так и по государственным подходам к их поддержке. Вместе с тем общим является то, что NSF оказывает им поддержку в течение длительного времени (как правило, два цикла по 5 лет каждый), и размер грантов NSF на инфраструктуру составляет от 2 до 5 млн. долл. в год. Фонд также поощряет кооперацию различных участников и организаций в рамках центров. Разнообразие и гибкость — это основа их будущей устойчивости.

Интерес представляет усредненная структура расходов центров. Как правило, собственно на закупку нового оборудования направляется около 12% средств NSF, 11% — на образовательную деятельность в рамках центра, 5–6% — на трансфер технологий, 1–3% — на административные расходы и заработную плату директора центра. Основные же средства — 60–65% — расходуются на заработную плату студентов, аспирантов, постдоков, работающих в центре, и отчасти — на заработную плату университетских профессоров. Относительно скромные расходы на закупку оборудования связаны с тем, что центры, как правило, создаются на базе тех университетов, где уже есть современная материальная база. Формирование же на ее основе центров является стимулом к развитию новых направлений исследований, партнерств и даже изменению менталитета (от индивидуализма отдельных профессоров и лабораторий к сотрудничеству между ними).

NSF проводит периодический мониторинг работы Центров, но эта процедура не имеет ничего общего с заполнением многочисленных форм и подсчетом большого числа индикаторов. Количественных индикаторов немного, основная оценка — экспертная, неформальная. При этом трактовка количественных показателей происходит в контексте специализации и прочих особенностей центра, поэтому поддержку получают самые разные центры — небольшие и крупные, моно- и междисциплинарные. Это создает необходимую гибкость системе материальной поддержки науки.

По опросам американских исследователей, которые были профинансированы государством (по линии Национальных институтов здоровья), 15,5% из них ощутили давление в части изменения дизайна, методологии или результатов своих исследований в связи с внешним источником финансирования.

Отсюда вытекает высокая актуальность преимущественно государственной поддержки медицинских и биомедицинских научных исследований ввиду их высокой социальной значимости даже в ситуации кажущейся достаточности средств из различных источников. Сроки государственной поддержки проектов в области фундаментальных исследований, как правило, длительные — не менее 3–5 лет, а для инфраструктурных проектов — до 10 лет. Дополнительным преимуществом спонсируемых правительствами исследований является то, что результаты являются общественным достоянием, тогда как резуль-

таты частных исследований находятся под контролем ограниченной группы пользователей. Следовательно, спонсируемые правительством исследования могут привести к массовым совместным проектам, которые выходят за рамки изолированных частных исследований, и потенциально приводят к более значимому общественно полезному результату, что наиболее актуально в такой области знаний, как медицина.

Финансирование НИОКР в вопросах лекарственного обеспечения осуществляется во многом частными компаниями — фармацевтическими, биотехнологическими и другими. Практически все инновационные препараты, медицинские устройства изобретаются бизнесом. Такую науку во многом можно назвать «частной». В США возник такой социальный финансовый институт, как «бизнес-ангелы». Это понятие появилось в Соединенных Штатах. Последнее десятилетие этот институт получил массовое развитие и в Европе. Хотя точное число людей, вкладывающих свои деньги в поддержку перспективных проектов на ранних стадиях развития, неизвестно по причине анонимности инвестиций, эксперты оценивают количество активных бизнес-ангелов в Европе в 125 тысяч человек, а потенциальных — более миллиона. Обычно подобным образом вкладывают свои деньги либо предприниматели, либо топ-менеджеры больших компаний. Считается, что они инвестируют в развитие чужих компаний от 10 тысяч до миллиона долларов, что составляет обычно от 5 до 20% имеющихся у них средств. Как правило, при этом инвесторы не претендуют на контрольный пакет акций финансируемой компании. Но хотят участвовать в управлении, дабы уменьшить риск капиталовложений и помочь компании быстрее развиваться. Обычно их доля составляет от 25 до 49%. Бизнес-ангелы вкладывают деньги для того, чтобы через 3–5 лет продать свою долю в компании по более высокой цене. Потому они заинтересованы в реинвестировании прибыли в развитие. Кроме того, эти люди привносят в компанию свой предпринимательский опыт и связи, чего у начинающих бизнесменов из научной среды изначально нет.

Академии наук в большинстве стран Центральной Европы были образованы преимущественно в XIX веке для защиты интересов ученых (академиков) и образовали различные научные институты в разных областях науки. Академии сохранили важные организационные связи и силу во второй половине XX века в бывших коммунистических странах, но в последние 2 десятилетия теряют свое значение. В некоторых странах академии осуществляют контроль за запуском важных научных проектов, включая рамочные программы ЕС, и предоставляют экспертные научные консультации. Медицинская наука в ЕС развивается преимущественно в вузовском секторе.

Германия

Научные исследования в Германии проводятся в университетах, неуниверситетских ВУЗах, частных компаниях и учреждениях, финансируемых федеральным или земельным правительством. В Германии насчитывается около 750 финансируемых государством научно-исследовательских институтов. Кроме них, существуют центры НИОКР (научно-исследовательские и опытно-конструкторские разработки) в частных компаниях.

В 2010 г. валовые внутренние расходы Германии на НИОКР в целом составили 69,9 млрд. евро, из которых более двух третей — государственные расходы. Около 30% в общем объеме финансирования составила доля федерального и земельных правительств и 4% — доля иностранных инвестиций. Пропорции государственного и частного финансирования различаются в зависимости от типа учреждения и исследования (фундаментальный или прикладной). Бюджет на исследования в медицинской сфере составил 5,5 млрд. евро на период 2011–2014 гг. Университеты Германии предлагают широкий спектр исследований, включая фундамен-

тальные, прикладные исследования и экспериментальные разработки. 32% исследователей занимаются естественными науками, 29% — гуманитарными и социальными науками, 22% — техническими науками, 14% — медицинской и 3% — сельскохозяйственной науками. В 2010 году валовые внутренние расходы на НИОКР в университетах Германии в целом составили 12,7 млрд. евро и на 81,4% были представлены государственным бюджетом, на 14,3% — отраслью и на 4% — иностранным капиталом. Федеральные министерства Германии финансируют на НИОКР 41 федеральное ведомственное учреждение. Примером такого ведомственного учреждения является Институт Роберта Коха, ответственного за контроль над заболеваниями и их профилактику. НИОКР в ведомственных учреждениях на 100% финансируется государством. Бюджет на НИОКР на 2012 г. составил приблизительно 828 млн. евро. Более 160 НИИ финансируются бюджетом земель, который в 2009 году составил около 264 млн. евро на НИОКР.

Самая большая научная организация Германии — это Общество им. Гельмгольца, которое включает 18 исследовательских центров с бюджетом около 3,4 млрд. евро (около двух третей финансируются федеральным и земельными правительствами в соотношении 9 : 1). Общество проводит исследования в 6 областях, включая здравоохранение. Академии наук в Германии преимущественно консультируют государство и общество по общим и частным вопросам науки.

Швеция

Несмотря на свои небольшие размеры, Швеция является мировым лидером в некоторых областях медицинской науки (например, неврологии), а также занимает первые места по числу научных публикаций, доле занятых в НИОКР и числу патентов. 3,6% ВВП идет на финансирование НИОКР, причем около 75% финансируется отраслью. Соответственно государственное финансирование составляет менее 1% ВВП. Государственный бюджет выделяется высшим учебным учреждениям напрямую в виде грантов при помощи исследовательских советов и отраслевых научных институтов. Министр высшего образования и исследований Швеции несет ответственность за координацию стратегии научных исследований. В большей степени финансируемые государством научные исследования в Швеции проводятся в ВУЗовском секторе. Исследовательские институты составляют гораздо меньшую долю, что отличает Швецию от других стран.

Ведущим институтом в медицинской науке является Каролинский медицинский университет в Стокгольме, на долю которого приходится 43% всех исследований в медицине в Швеции, с годовым бюджетом в 4452 млрд. шведских крон (около 514 млн. евро) в 2011 году, включая 1630 млрд. прямого государственного финансирования (около 37%) и 2822 млрд. внешнего финансирования от научных советов, окружных и муниципальных советов, фондов и бизнеса. Каролинский университет совместно с окружным советом Стокгольма организовал центры по определенным проблемам в медицине, для облегчения трансфера данных фундаментальной науки в клиническое применение.

В Европейском Союзе (ЕС) широко распространенным способом финансирования научных исследований является грантовая поддержка. Процесс написания грантов и предоставления предложений является довольно деликатным процессом как для дающей, так и для и получающей стороны: грантодатель выбирает исследования, которые лучше всего соответствует его научным принципам, грантополучатель хочет применить полученные средства для актуальных и перспективных для него исследований. В ЕС Европейской комиссией учрежден Европейский научный совет, который обеспечивает конкурентное финансирование для индивидуальных исследователей. Большинство университетов имеют специальные структуры сер-

вис-услуг для облегчения взаимодействия между исследователем и агентствами или фондами, предоставляющими гранты.

В экономически развитых странах мира важное значение придается оценке новых технологий. В Европе и США уже давно существуют специализированные организации по оценке медицинских технологий, что повышает экономическую эффективность функционирования здравоохранения. Базовым методом оценки эффективности и безопасности медицинских технологий является систематический обзор литературы. Современные рекомендации по проведению систематических обзоров литературы включают Кокрановские руководства (основное руководство по лечебным и профилактическим вмешательствам и дополнительное руководство по диагностическим тестам) и руководство Центра систематических обзоров и распространения информации Университета Йорка. С недавнего времени ведущие агентства по оценке медицинских технологий стали использовать также методы сетевого мета-анализа (networkmeta-analysis).

Другим распространенным методом оценки медицинских технологий является анализ «затраты-эффективность» и его частный случай «затраты-полезность», в котором конечным результатом являются затраты на достижение одного добавочного года жизни с поправкой на качество (QALY). Анализ «затраты-полезность» позволяет проводить сравнение в разных клинических областях, что облегчает принятие решений и определение приоритетов в финансировании технологии. Возможность такого сравнения затратной эффективности технологий привела к появлению концепции порога «готовности платить».

Несколько реже используемым методом оценки медицинских технологий является клинико-экономический анализ. В нескольких систематических обзорах, опубликованных в CochraneLibrary в 2011 году, раскрыты конфликты интересов в медицинских мета-анализах. Оказалось, что значительная часть испытаний проводилась исследователями или исследовательскими коллективами, имевшими финансовые связи с промышленными корпорациями. Еще одним методом исследования технологий является анализ «затраты-последствия», при котором отдельно представляются затраты и несколько наиболее значимых последствий использования технологии.

Подводя итог краткому рассмотрению особенностей поддержки фундаментальной науки в США и других странах, можно сделать общий вывод о том, что значимость инноваций для государственного сектора экономики увеличивается. Однако об инновационных процессах в отраслях, не ориентированных на рынок, к которым относится и медицина, известно все еще сравнительно мало.

Анализ зарубежного опыта финансирования и организации научных исследований в области здравоохранения позволяет также выделить несколько важных для России моментов:

1. Финансовая поддержка научных учреждений и коллективов считается важной функцией государства.

2. Сроки государственной поддержки проектов в области фундаментальных исследований достигают 10 лет, причем закупка оборудования не является центральной статьей расходов.

3. Оценка эффективности работы исследователей и научных учреждений дополняется оценкой эффективности работы ведомств, отвечающих за развитие фундаментальных исследований и их финансирование.

4. Количественные показатели работы научных учреждений и коллективов не абсолютизируются и обязательно дополняются экспертными оценками качества исследований, эффективности и безопасности медицинских технологий, основанных на новых знаниях и достижениях научно-технического прогресса.

Литература

1. *Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А.* Новые критерии результативности академической и вузовской медицинской науки в России//Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». — 2011. — № 2 (18).
2. *Varkey P., Horne A., Bennet K.E.* Innovation in healthcare: a primer//Am J Med Qual. — 2008. — № 23. — P. 382–388.
3. Omachonu V.K., Einspruch N.G. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework//The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal. — Vol 15 (1). — 2010. — article 2. www.innovation.cc (last accessed 02.12.2012).
4. www.scribd.com/doc/14704415/President-Obamas-Speech-at-the-National-Academy-of-Science-April-27-2009-TranscriptVideo.
5. National Institute of Science and Technology FY 2011 Budget in Brief. — NIST, 2011. — P. 122.
6. www.nih.gov (last accessed 02.12.2012).
7. *Martinson B.C., Anderson M.S., De Vries R.* Scientists behaving badly//Nature — 2005. — № 435 (7043). — P. 737–738. doi:10.1038/435737a.PMID 15944677.
8. *Conceicão C., McCarthy M.* Public health research systems in the European union// Health Research Policy and Systems. — 2011. — № 9. — P. 38.
9. www.research-in-germany.de (last accessed 02.12.2012).
10. www.vr.se (last accessed 03.12.2012).
11. http://ki.se (last accessed 03.12.2012).
12. http://erc.europa.eu (last accessed 04.12.2012).
13. *Gonzales E.G.* External Funding and Tenure at Texas State University-San Marcos. — Texas State University. Applied Research Projects, 2009. — Paper 315. http://ecommons.txstate.edu/arp/315.
14. *Robert A., Killoren Jr.* Associate Vice President for Research, Office of Sponsored Programs, Penn State U, Fall 2005. From P. Lowry (2006) Assessing the Sponsored Research Office.
15. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 (updated March 2011). HigginsJPTGSe, editor: TheCochraneCollaboration. 2011.
16. Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care: Center for Reviews and Dissemination. 2009.
17. *Hoaglin D.C., Hawkins N., Jansen J.P., Scott D.A., Itzler R., Cappelleri J.C., et al.* Conducting indirect-treatment-comparison and network-meta-analysis studies: report of the ISPOR Task Force on Indirect Treatment Comparison Good Research Practices: part 2//ValueHealth. — 2011. — № 14 (4). — P. 429–437.
18. *Jansen J.P., Fleurence R., Devine B., Itzler R., Barrett A., Hawkins N. et al.* Interpreting indirect treatment comparisons and network meta-analysis for health care decision making: report of the ISPOR Task Force on Indirect Treatment Comparison Good Research Practices: part 1//Value Health. — 2011. — № 14 (4). — P. 417–428.
19. *Simoens S.* Health economic assessment: cost-effectiveness thresholds and other decision criteria//Int J Environ Res Public Health. — 2010. — № 7 (4). — P.1835–1840.
20. *Alastair M., Gray P.M.C., Wolstenholme J.L., Wordsworth S.* Applied Methods of Cost-effectiveness Analysis in Healthcare. — 2010. — 328 p.

21. *Mclintosh E.P.C., Frew E., Louviere J.* Applied Methods of Cost-Benefit Analysis in Health Care//Handbooks in Health Economic Evaluation. — 2010. — 288 p.
22. http://www.cochrane.org/news/blog/how-well-do-meta-analyses-disclose-conflicts-interests-underlying-research-studies.
23. *Mauskopf J., Walter J., Birt J., Bowman L., Copley-Merriman C., Drummond M.* Differences among formulary submission guidelines: implications for health technology assessment//Int J Tehnol Assess Health Care. — 2011. — № 27(3). — P. 261–270.

UDC 614.2
Perkhov V.I., Stebunova R.V., Yankevich D.S., Yurkin Y.Y. ***Analysis of international experience of funding and managing research and development in healthcare*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia; Research center of neurology Russian academy of medical science, Moscow, Russia; Research-Practical Center of Medical Radiology, Moscow Department of Health care, Moscow, Russia)*

Abstract. Healthcare in developed countries becomes the most productive and cited field of the world science. However little is known about innovative processes in the non-market oriented areas including medicine. This article deals with funding and managing research and development in medicine in foreign countries. The authors show that innovations in healthcare are the major focus of interest of foreign governments seeking for balance between cost-containment, quality and access to health care. Healthcare innovations assessment is necessarily accompanied with the expert evaluation of efficacy and safety of health technologies delivered by designated institutions. International policy analysis confirms that the search for the most effective management in organization and funding of healthcare research is of high priority in the world.

Keywords: *innovations, research and development, healthcare.*

Здравоохранение-2013

МЕДРАБОТНИКАМ РАЗРЕШЕНО ДЕЖУРСТВО НА ДОМУ

8 июня Президент России Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в ст. 350 Трудового кодекса Российской Федерации». В документе отмечается, что в целях реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия может устанавливаться дежурство на дому. Федеральный закон принят Госдумой 24 мая 2013 года и одобрен Советом Федерации 29 мая 2013 года.

Федеральным законом определяется, что дежурство на дому — это пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме).

Устанавливается также, что при учете времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывается в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому.

Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медработника за соответствующий период. Особенности режима работы и учета времени при осуществлении медработниками дежурств на дому устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения.

Источник: пресс-служба Президента РФ

А.А. Голубцов,
д.м.н, ответственный редактор журнала «Менеджер здравоохранения» г. Москва, Россия

ЭКСТРЕННАЯ (НЕОТЛОЖНАЯ) ДЕЗИНФЕКЦИЯ ВОЗДУХА И ПОВЕРХНОСТЕЙ ПОМЕЩЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

УДК 614.2; 614.2.003; 614:338ю26; 614.001.18
Голубцов А.А. ***Экстренная (неотложная) дезинфекция воздуха и поверхностей помещений в комплексной системе инфекционной безопасности медицинских организаций*** *(ООО «Издательский дом «Менеджер здравоохранения», г. Москва, Россия)*

Аннотация: В статье рассматриваются организационно-методические аспекты проведения мероприятий по экстренной (неотложной) дезинфекции воздуха и поверхностей помещений, являющиеся составной частью комплексной программы инфекционной безопасности в лечебно-профилактических учреждениях.

Ключевые слова: *программа инфекционной безопасности, комплексный план дезинфекции, экстренная и неотложная дезинфекция, ЛПУ, организационно-методические аспекты.*

В настоящее время основным федеральным законом, регламентирующим проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий в стране, является ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором впервые было введено понятие о том, что профессиональная деятельность по проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий относится к разряду медицинской деятельности (глава 1, статья 2, пункт 10), а само осуществление таких мероприятий относится к приоритетным направлениям профилактической медицины (глава 1, статья 12, п. 2), а также нашло свое отражение и в других статьях закона (глава 3, статья 14, п. 1, п/п 5; статья 14, п. 2, п/п 1; статья 19, п. 5, п/п 2; глава 5, статья 29, п. 1, п/п 4; статья 37, п. 3, п/п 3 (стандарты оснащения медицинской организации); статья 79, п. 1, п/п 5; глава 12, статья 85, п. 4).

Оказание медицинской помощи осуществляется в разных видах и формах. Применительно к формам она проводится в виде плановой, экстренной и неотложной медицинской помощи.

Такого же подхода требуют и мероприятия по соблюдению саниатарно-противоэпидемического режима как в медицинских организациях, так и вне их (специализированный транспорт, очаги инфекции, эпидемиологически значимые объекты). Применительно к медицинским организациям эти общие подходы изложены в СанПиН 2.1.3.2630 — «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицин-

© А.А. Голубцов, 2013 г.

скую деятельность». В документе организация дезинфекционных и стерилизационных мероприятий включает в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, обеззараживанию, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения. А применительно к формам — для профилактической дезинфекции: плановая, по эпидемиологическим показаниям, по санитарно-гигиеническим показаниям; для очаговой дезинфекции: текущая и заключительная.

По мнению большинства специалистов и экспертов, занимающихся вопросами инфекционной безопасности медицинских учреждений, необходимость экстренного (неотложного) обеззараживания воздуха и дезинфекции поверхностей помещений от госпитальных штаммов микроорганизмов становится все более актуальной. Выделение такой формы в разряд самостоятельных дезинфекционных мероприятий обусловлено прежде всего необходимостью проведения эффективных санитарно-противоэпидемических мероприятий как можно в более ранние сроки и в наименьший интервал времени [5]. А в связи с новым законодательством она напрямую взаимосвязана с экстренными и неотложными методами оказания медицинской помощи населению и с методами обеспечения биозащиты работающего персонала и входных потоков посетителей медицинских учреждений.

Учитывая выделение в видах и формах медицинской помощи понятия «экстренная и неотложная медицинская помощь», на наш взгляд, представляется целесообразным выделение отдельной формы дезинфекционных мероприятий в виде «экстренная (неотложная) дезинфекция» (ЭД). Согласно СанПиН 2.1.3.2630, условно эту форму дезинфекции можно отнести в разряд «по эпидемиологическим показаниям». Но данный документ не содержит форм проведения дезинфекционных мероприятий по этим показаниям, а также существует необходимость проведения экстренных и неотложных дезинфекционных мероприятий (ДМ) при всех их видах и формах.

В итоге экстренная (неотложная) дезинфекция может рассматриваться как самостоятельная форма при проведении всех видов дезинфекционных мероприятий.

Непосредственно под термином ***«экстренная (неотложная) дезинфекция»*** подразумевается проведение дезинфекционных мероприятий при выявлении инициирующего события, относящегося к высокой степени риска заноса и распространения инфекции, требующего их незамедлительного проведения как можно в более ранние сроки и наименьший интервал времени.

Для выделения такой формы дезинфекции есть объективные причины:

— появление новых высокопатогенных возбудителей;

— возрастание роли условно-патогенных микроорганизмов в возникновении госпитальных инфекций;

— пересмотр понятий о роли инфекции в возникновении заболеваний, ранее считавшихся «неинфекционными»;

— увеличение доли атипичных, затяжных и хронических форм инфекционных болезней;

— более частое развитие микст-инфекций и суперинфицирование;

— увеличение продолжительности персистенции возбудителя;

— подтверждение инфекционной этиологии некоторых заболеваний;

— отсутствие средств вакцинопрофилактики для ряда инфекций;

— недостаток качественных дезинфектантов и антисептиков, несоответствие в ряде случаев зарегистрированных режимов дезинфектантов и антисептиков их реальной клинической эффективности (особенно в случае биопленочных форм микроорганизмов);

— отсутствие разработанных режимов обеззараживания для новых видов высокотехнологичного оборудования, предназначенного для лечения и обследования.

В результате вышеперечисленных причин, а также нерационального применения антимикробных препаратов, химических дезин-

фекционных средств (ДС), устаревших малоэффективных методов и оборудования для дезинфекции привело к возникновению высокорезистентных госпитальных штаммов (MRSA, VRE, мультирезистентные *M.tuberculosis*, *Cl.Dificile* и др.), которые занимают все более ведущее место среди возбудителей ВБИ.

С учетом вышеизложенного к показаниям для проведения ЭД можно отнести:

А. Дезинфекционные мероприятия при оказании экстренной (неотложной) медицинской помощи.

Б. Аварийные ситуации, приводящие к одномоментному многократному увеличению контаминации воздуха и поверхностей помещений микроорганизмами на объектах.

В. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях (ЧС) на всех его этапах.

Г. Занос в помещение микроорганизмов со средней и высокой степенью природной устойчивости.

Д. Наличие в помещении резистентных госпитальных штаммов с выявленной устойчивостью к средствам антимикробной терапии и ДС, с учетом вида и стадии их формирования.

Е. Регистрация случаев вспышек инфекционных болезней и ВБИ (профилактическая дезинфекция по эпидемиологическим показаниям), отнесение помещения к группе высокого риска развития ВБИ (профилактическая плановая дезинфекция).

Ж. Проведение дезинфекционных мероприятий в группах очагов инфекции с наибольшим риском заражения.

З. Минимальное время подготовки «особо чистых», «чистых» и непосредственно примыкающих к ним помещений, специализированного транспорта при работе в режиме повышенной нагрузки и проходимости.

И. Выполнение высокоинвазивных медицинских манипуляций с применением критичных и полукритичных изделий медицинского назначения.

Выделение и учет таких показаний для проведения ЭД в дальнейшем позволяют разрабатывать специальные режимы для ее проведения. Основная цель таких режимов — в короткие сроки не допустить заноса, дальнейшего распространения, циркуляции и выноса за пределы учреждения (помещения) прежде всего госпитальных штаммов микроорганизмов, обладающих множественной и широкой устойчивостью, а также предупредить возникновение и распространение биопленок на поверхностях уже на этапе их формирования (адгезии), который занимает, по данным исследований, всего несколько минут. Известно, что более чем в 80% случаев инфекционные поражения организма, контаминация поверхностей проходят в форме биопленочной инфекции [2]. При разработке таких режимов необходимо принимать во внимание: видовые различия микроорганизмов (включая способность, скорость и время развития устойчивости), классы их патогенности, типы развития устойчивости (одноступенчатая или многоступенчатая), виды обрабатываемых поверхностей, температурный режим, стадии развития биопленки и др.

При этом мероприятия по ЭД воздуха (преимущественно «планктонные» формы микроорганизмов) и поверхностей помещений (преимущественно биопленочные формы микроорганизмов) требуют разного подхода и соответствующих регламентов, методов и средств по их практической реализации.

В целом ЭД в медицинских учреждениях сходна с мероприятиями, проводимыми на биологически опасных объектах, основу которых составляет комплексный профилактический подход по определению показателей степени риска возникновения аварийных чрезвычайных ситуаций (ЧС), оценке возможности их возникновения, распространения, разработке предупредительных и ликвидационных мер на объектах, осуществляющих работу с использованием патогенных биологических агентов (ПБА) [6]. Современная методология рискологического анализа и технология определения биориска с помощью сценарного подхода, используемые в

руководстве, могут быть адаптированы и для медицинских учреждений, если в качестве инициирующего события (факт биологической аварии, связанный с использованием ПБА) принять факт заноса ПБА в стационар или выноса за его пределы, а за конечное событие принять не летальный исход, а дату регистрации случая ВБИ или инфекционного заболевания вне территории, но эпидемиологически связанного с ним.

К основным средствам для проведения ЭД можно отнести применение химических ДС и установок для обеззараживания воздуха и поверхностей, при применении которых необходимо обязательно учитывать ряд основных параметров, несоблюдение которых может привести к ее неэффективности:

А. Для ДС — общее время, состоящее и затрачиваемое на: приготовление рабочего раствора + проведение непосредственно дезинфекции + оптимальную экспозицию + отмыв поверхностей от их остатков (обеспечение безопасности пациентов и персонала);

Б. Для установок обеззараживания воздуха и открытых поверхностей — общее время, состоящее и затрачиваемое на: подготовку оборудования к эксплуатации + выход установки на рабочий режим, обеспечивающий заданную эффективность обеззараживания до требуемых нормируемых величин + инактивацию необходимого объема воздуха или площади поверхности.

Необходимо подчеркнуть, что в случае наличия в помещении микроорганизмов со средней и высокой степенью природной устойчивости, резистентных госпитальных штаммов, сформированных биопленок, необходимое общее время для обеззараживания обрабатываемых объектов существенно увеличивается по сравнению с чувствительной микрофлорой.

Поэтому время, необходимое для проведения ДМ в форме ЭД, можно эмпирически установить в интервале — до 10 мин (для микроорганизмов низкой степени устойчивости), до 30 мин (для микроорганизмов средней и высокой степени устойчивости, полирезистентных микроорганизмов), до 1 часа (для биопленок).

В соответствии с этим при выборе наиболее эффективных средств для целей ЭД преимуществом будут обладать ДС:

— поставляемые в виде готового рабочего раствора, одноразовых готовых средств уборки помещений (насадки для мопов, одноразовые салфетки, пропитанные ДС), пульверизаторов, генераторов для аэрозольного распыления;

— используемые в современных клининговых технологиях уборки (уборочные тележки, швабры с мопами, «безведерная» методика уборки);

— с наименьшим временем экспозиции, при котором достигается инактивация 6log10 бактерий вида *Mycobacterium* (требования FDA для дезинфекции высокого уровня, подтверждение эффективности «туберкулоцидного» режима);

— с характеристиками, обеспечивающими максимальную экологическую безопасность для пациентов и работающего персонала (биоразлагаемость, отсутствие побочного действия).

Для оборудования по обеззараживанию воздуха и поверхностей помещений такими преимуществами являются:

— доказанная эффективность в отношении обеззараживания всех видов микроорганизмов (включая их резистентные штаммы), передающихся аэрогенным и контактным путем;

— возможность одновременного обеззараживания воздуха и поверхностей помещений;

— минимальное время, затрачиваемое на подготовку и выход на рабочий режим эксплуатации;

— сочетание минимального времени, затрачиваемого на обеззараживание заданного объема, площади помещения, и доказанной способности оказывать эффективное вирулицидное, туберкулоцидное, фунгицидное, спороцидное действие при этих режимах эксплуатации.

— способность обеспечить безопасные условия работы пациентов и персонала в

момент эксплуатации (автоматический контроль работы установки, дистанционный пульт управления, автоматический контроль уровня (ПДК) вредных выделяемых веществ).

При выборе конкретных химических ДС и оборудования для проведения ЭД также необходимо обращать внимание на ряд моментов, которые могут снизить ее эффективность.

Наиболее часто встречающимися проблемами в клинической практике являются:

А. Выбор неэффективного ДС. Для целей дезинфекции существуют универсальные или целевые дезинфектанты. Универсальные средства предназначены для обеззараживания большинства объектов больничной среды с учетом их классов чистоты, широкого спектра микроорганизмов. А целевые — для обеспечения какого-то одного направления дезинфекционных мероприятий [7]. Для целей ЭД целесообразно сочетание этих двух направлений, так как часто данная форма дезинфекции проводится в условиях невозможности или длительной видовой идентификации микроорганизмов бактериологическими и другими методами. Поэтому в данных условиях целесообразным может быть использование режима тест-дезинфекции с использованием универсальных ДС, отвечающим вышеприведенным критериям, в режиме не ниже «туберкулоцидного» [1, 3].

По данным ряда публикаций, наиболее эффективными считаются дезинфектанты, относящиеся к группе кислородсодержащих, надкислот, альдегидсодержащих, а также композиции, содержащие в качестве основного АДВ химические вещества из вышеперечисленных групп, обладающие доказанным потенцирующим или синергитическим действием в отношении инактивации микроорганизмов, а также имеющие иные механизмы их биоцидного действия [4, 7].

Б. Выбор неоптимальной дозы и времени экспозиции ДС. Большинство пользователей на практике используют в основном данные их производителей, но при этом в ряде исследований отмечено, что недобросовестные производители в конкурентной борьбе за экономические показатели при разработке специальных экспресс-режимов стремятся в маркетинговых целях занизить эффективную дозу и время экспозиции ДС [3]. Поэтому специалисты ЛПО с целью их подтверждения самостоятельно решают данные вопросы, основываясь на собственных данных эпидемиологического наблюдения и микробиологического мониторинга.

В. Выбор неэффективного оборудования для обеззараживания воздуха и поверхностей помещения. Как известно, в большинстве случаев на практике применяется комплексное использование ДС с физическими методами дезинфекции. *Основное преимущество физических методов* — независимость от ранга природной устойчивости и стадий развития резистентности микроорганизмов, что представляется крайне важным при проведении ЭД.

Условно все оборудование для обеззараживания воздуха можно разделить на установки открытого (эксплуатация в отсутствие людей) и закрытого (комбинированного) типа (эксплуатация в присутствии людей).

До сих пор основным типом оборудования открытого типа в большинстве ЛПО являются ультрафиолетовые установки с источником излучения в виде ртутных ламп высокого и низкого давления. Эта технология используется только для обеззараживания воздуха помещений, исключая открытые поверхности, что нашло отражение в требованиях Руководства Р 3.5.1904-04 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях». Кроме того, по мнению большого числа пользователей, они недостаточно эффективны в отношении микроорганизмов, обладающих средней и выше природной устойчивостью, а также резистентных госпитальных штаммов, что во многих случаях не позволяет проводить эффективное и адекватное обеззараживание воздуха, особенно в условиях ЭД.

В связи с этим необходимо отметить современную российскую инновационную разработку — установки импульсного ультрафиолетового бактерицидного облучения. Принцип их работы

основан на технологии импульсного высокоинтенсивного ультрафиолетового излучения сплошного спектра ксеноновой лампой, используемой для одномоментной обработки воздуха и открытых поверхностей помещений, что обеспечивает высокую эффективность в отношении широкого спектра микроорганизмов всех рангов природной устойчивости, их устойчивых форм независимо от этапов и стадий их развития и распространения. Они предназначены для работы в отсутствие людей, обладают ультракоротким временем обработки воздуха и открытых поверхностей помещения, экологической безопасностью, имеют автоматический контроль управления процессом обеззараживания, возможность дистанционного управления, постоянную готовность к работе в широком интервале температур, что особенно важно для обеспечения удобства и безопасности обслуживающего персонала. Это позволяет на сегодняшний день отнести данные установки открытого типа к разряду оборудования, относящегося к невзаимозаменяемому для целей ЭД и обеспечивающего высокий уровень дезинфекции (ДВУ) воздуха и открытых поверхностей помещения, что подтверждается большим многолетним опытом практической их эксплуатации в ведущих российских и зарубежных (США, Канада, ЮАР, Мексика, Израиль) клиниках.

Второй тип оборудования — установки закрытого типа (рециркуляторы). Основная их задача — фильтрация и инактивация микроорганизмов и очистка вредных примесей в воздухе, организация «чистых зон» в помещении, обеспечение постоянного поддержания нормируемых показателей обсемененности воздуха в самом помещении при работе в присутствии людей. К основным технологиям, применяемым в этих установках, относятся: HEPA-фильтрация, воздействие электрических полей, электрофильтрация, инактивация микроорганизмов с помощью озона или фотокатализа, низкотемпературная плазма, ультрафиолетовое облучение и др. Для большинства выпускаемого оборудования характерно комбинированное использование вышеуказанных технологий или их совмещение с химическими методами (аэрозольная дезинфекция, ионизация, озонация, фотокатализ) в одном устройстве. Для целей ЭД рециркуляторы могут быть использованы для обеззараживания воздуха при наличии специальных режимов, обеспечивающих повышенную производительность и увеличенную кратность воздухообмена (не менее 8–10-кратного) при условии сохраненной эффективности инактивации микроорганизмов.

В заключение необходимо отметить, что выделение такой формы дезинфекционных мероприятий и дальнейшая разработка методологии и регламентов (технологии) ее проведения на всех этапах лечебного процесса в медицинских, эпидемиологически значимых учреждениях, при работе в очагах инфекции позволит на практике существенно повысить уровень общей инфекционной безопасности объектов, в которых необходимо соблюдать санитарно-противоэпидемические правила и нормы.

Литература

1. *Голубцов А.А.* Программа ротации дезинфекционных средств в ЛПУ. Организационно-методические аспекты внедрения//Менеджер здравоохранения. — 2012. — № 5. — С. 43–52.

2. *Гостев В.В., Сидоренко С.В.* Бактериальные биопленки и инфекции//Журнал инфектологии. — 2010. — № 2(3). — С. 4–15.

3. *Канищев В.В.* Опасные для здоровья пациентов и персонала ЛПУ тенденции в разработке рекомендаций по применению дезинфицирующих средств, регистрируемых в России (http://do.gendocs.ru/docs/index-214995.html).

4. Обоснования выбора химических дезинфицирующих и стерилизующих средств для применения в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность//

Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора России. Методические рекомендации. — МР 3.5.1. — 2011.
5. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Методические указания. — МУ 3.4.2552-09. — 2008.
6. Руководство по составлению документа, подтверждающего безопасность биологически опасного объекта: Руководство. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012. — 35 с.
7. *Селькова Е.П., Гренкова Т.А. и др.* Дезинфекционные мероприятия в ЛПУ. Эпидемиологическое обоснование выбора химических средств и режимов обеззараживания//Ремедиум Приволжье. — 2010. — № 7.

UDC 614.2; 614.2.003; 614:338ю26; 614.001.18
Golubtsov A.A. ***Emergency (acute) disinfection of air and living surfaces in a complex system of infection security of medical organizations*** *(JSC «Publishing House «Manager of Health Care», Moscow, Russia Россия)*

Annotation: In the article there are considered organizational-methodical aspects of processing events on emergency (acute) disinfection of air and living surfaces which is the core part of complex program on infection security in medical-prevention organizations.

Keywords: *program on infection security disinfection, complex plan, emergency and acute disinfection, medical organizations.*

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БУДЕТ УСКОРЕНА В 2013 ГОДУ

Об этом министр здравоохранения Вероника Скворцова сказала на заседании, посвященном итогам деятельности министерства в 2012 году и задачам на 2013 год. По словам министра, ведомство отводит информатизации системообразующую роль в интеграции всех уровней оказания медицинской помощи. За 2012 год в медицинские организации поставлено более 286 тыс. единиц компьютерной техники, количество локальных медицинских сетей выросло в 3,5 раза. Сервис «Запись на прием к врачу в электронном виде» действует в 4 тыс. медучреждений. С момента его ввода (1 декабря 2012 года) им воспользовались около 7 млн. россиян. «Конечно, это ничтожно мало по сравнению с общей обращаемостью, — заметила министр. — Как мы надеемся, 2013 год завершит этот фрагмент работы». Почти в 2,5 тыс. медицинских организаций обеспечена возможность ведения электронной медицинской карты и загружено в федеральный сервис более 36 млн. электронных карт, что составляет на сегодняшний день около 26% численности населения страны.

В 2803 медицинских организациях обеспечена возможность обмена этими медицинскими данными. Около 19 тыс. автомобилей санитарного транспорта и более 2,5 тыс. станций и отделений скорой медицинской помощи оснащены спутниковой навигацией ГЛОНАСС. Создан электронный каталог «Российская медицина» с общим объемом библиографических записей свыше 500 тыс. Организована и введена в работу учебная электронная библиотека по 36 медицинским специальностям, оцифровано более 3 тыс. полнотекстовых документов и около 600 книг.

Источник: Медвестник

УЛЬТРАФИОЛЕТОВЫЕ УСТАНОВКИ

с импульсной ксеноновой лампой

**для экстренной (неотложной)
и плановой дезинфекции помещений**

УИКб-01-«Альфа»

(передвижная)

Объем помещения, м³	до 300
Спектр излучения (сплошной), нм	200–700
Пиковая мощность излучения лампы, МВт	10
Потребляемая мощность от сети, кВт	1,5
Производительность, м³/час	5000
Габариты, мм	930 × 500 × 400
Вес, кг	50

Время обеззараживания воздуха помещения объемом **150** м³ с бактерицидной эффективностью 99,9% — **3,0** мин.

«АЛЬФА-05»

(переносная)

Объем помещения, м³	до 75
Спектр излучения (сплошной), нм	200–700
Пиковая мощность излучения лампы, МВт	1
Потребляемая мощность от сети, Вт	300
Производительность, м³/час	500
Габариты, мм	425 × 385 × 200
Вес, кг	10

Время обеззараживания воздуха помещения объемом **60** м³ с бактерицидной эффективностью 99,9% — **7,5** мин.

Бактерицидная эффективность 99,99% при дезинфекции открытых поверхностей от госпитальной микрофлоры, включая резистентные формы, достигается в радиусе действия установок:

для УИКб-01-«Альфа» — до 5 м. ; для «Альфа-05» — до 3 м.

ООО «Научно-Производственное Предприятие «Мелитта»
117997 г. Москва, ул.Миклухо-Маклая, 16/10
Тел/факс (495) 729- 35-34
E-mail: mail@melitta-uv.ru

www.melitta-uv.com | www.melitta-uv.ru

БЫТЬ ПРОСТО ХОРОШИМ ВРАЧОМ УЖЕ МАЛО — ВРАЧИ ДОЛЖНЫ УЧИТЬСЯ УПРАВЛЯТЬ

В Москве прошел Конгресс руководителей медицинских учреждений России и стран СНГ. Форум проводится для главных врачей и директоров ведущих бюджетных и частных медучреждений, представителей органов власти всех уровней, представителей общественных и профессиональных организаций, ассоциаций и объединений в области здравоохранения.

Дискуссионная секция на открытии конгресса была посвящена анализу текущих экономических и политических тенденций, определяющих конкурентоспособность медучреждения. Общий лейтмотив всех выступлений: перед российским здравоохранением стоят большие задачи и для их успешного решения в условиях глобализации врачи должны меняться, становиться более активными и сами определять вектор развития здравоохранения.

«Сегодня быть просто хорошим врачом уже мало, — уверен модератор сессии Михаил Плисс, менеджер отдела по работе с организациями здравоохранения Microsoft Russia. — Врачи должны учиться управлять».

Доклад директора Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Ларисы Попович на конференции был посвящен оценкам и метрикам систем здравоохранения. Основной вывод эксперта — для России главным вызовом является низкая продолжительность жизни, преждевременная смертность, распространенность факторов риска, угрожающих здоровью. «Российская Федерация при суммарной затрате на здравоохранение 1036 долларов на душу населения имеет показатель здоровья, который соответствует странам, тратящим 170 долларов на человека, — подчеркивает она. — Разница между 170 долларами и 1036 долларами — это и есть показатель неэффективности

«Российская Федерация при суммарной затрате на здравоохранение 1036 долларов на душу населения имеет показатель здоровья, который соответствует странам, тратящим 170 долларов на человека....»

нашей системы здравоохранения».

Эффективностью работы национальной системы здравоохранения не удовлетворены не только российские медики. Исследования показывают, что врачи всех ведущих развитых стран имеют серьезные претензии к существующей медицинской модели своих стран и считают, что ее необходимо менять фундаментальным образом. Так высказались 71% канадских медработников, 69% американских и 68% английских. В основном, врачи не довольны доходами от медицинской практики (в Германии доля таких специалистов составляет 53%) и временем, отпущенным на прием пациентов (51% — в Англии).

Ссылаясь на данные исследования американской неправительственной организации Commonwealth Fund, Лариса Попович отметила, что США среди семи ведущих стран мира показали последний результат в рейтинге эффективности систем здравоохранения. И это несмотря на самые высокие затраты на душу населения, связанные с медициной. Если США на одного своего гражданина тратят 7290 долларов в год, то Нидерланды, победившие в конкурсе, — почти вдвое меньше, 3837 долларов.

Критерии, по которым авторы рейтинга сравнивали национальные системы здравоохранения, достаточно необычны. Оценки давались не в абсолютных цифрах, а с позиции пациента. Каков процент пациентов, отмечающих, что врач всегда слушает внимательно? Каков процент пациентов, считающих период ожидания плановых госпитализаций слишком долгим? Каков процент пациентов, которые в прошедшем году не следовали рекомендациям по приему лекарств? Именно на эффективность с точки зрения пациента и должна быть настроена система здравоохранения. «Создание рейтингов в системе здравоохранения — мощный инструмент, но в основе изменений

лежит система мотивации. Эффективность системы мотивации связана с четко сформулированной целью», — подытожила она.

Что касается позиции России в мировых рейтингах, то они более чем скромные. В рейтинге «Индекс развития человеческого потенциала», составленном ООН, Россия занимает 55 строчку из 187 возможных. Среди субъектов РФ наиболее высокие показатели у Москвы, Санкт-Петербурга, Тюменской, Сахалинской и Белгородской областей. Это данные уже российского исследования.

Правда, данным некоторых российских рейтингов системы здравоохранения пока сложно доверять, дала понять **Людмила Кочеткова**, редактор-продюсер Центра социальных рейтингов РИА Новости. Наглядный пример — исследование удовлетворенности населения медицинской помощью, которое независимо друг от друга ежегодно проводят Министерство здравоохранения, ФСО и РИА Рейтинг. «В 2012 году Минздрав показывает значение 72%, а «РИА Рейтинг» — 35%. Разница практически вдвое», — заметила Людмила Кочеткова. По мнению эксперта, в России необходимо организовать постоянную систему рейтингов. «Удачно построенные рейтинги способны формировать общественные оценки в нужном направлении и влиять на восприятие населением ситуации в социальной сфере. Это их свойство необходимо использовать для развития здравоохранения», — подвела итог Людмила Кочеткова.

Президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» А. Саверский в своем выступлении показал, что право на выбор пациентом медорганизации остается в большинстве случаев не более чем декларацией. Фактически права выбора у пациента нет, и на практике смена лечащей организации ведет к еще большим проблемам с получением медицинской помощи. «90% конфликтов в системе здравоохранения происходят не из-за ошибок врачей, а из-за того, что врачи не извиняются или система не умеет извиняться, — сообщил А. Саверский. — Люди, которые приходят ко мне, заряжены не ошибками медработников, а невежливым и хамским отношением к себе, — подчеркнул президент лиги. Для того, чтобы избавиться от конфликтов, он посоветовал главврачам учить своих подчиненных извиняться. Медики, умеющие принести пациенту искренние извинения, никогда не попадут в суды».

Заместитель исполнительного директора по правовым вопросам НП «Равное право на жизнь» Николай Дронов отметил, что главный индикатор удовлетворенности медицинской помощью — это ее доступность. «Для того, чтобы принимать эффективные управленческие решения, нужна объективная информация. Можно ли ее получить из того, что сделано. На настоящий момент мы вынуждены признать, что нет. Такой информации об объемах и необходимых видах медицинских услуг мы пока получить не можем».

Александр Солонин, председатель Ассоциации частных клиник Санкт-Петербурга и Северо-Запада, охарактеризовал динамику рынка платных медицинских услуг. Его рост продолжается, хотя за последние годы темпы заметно сократились. В 2002 году увеличение составляло 40% в год, в 2008 году в связи с кризисом оно замедлилось до 21%, а в 2009 — до 14%. Эксперт уверен, что рост рынка больше связан с изменением цен, чем с увеличением числа пациентов. «Рост цен подстегивается инфляцией, в то время как численность потенциальных пациентов ограничена демографическим спадом».

«В России пока нет «практики извинений». Медики, умеющие принести пациенту искренние извинения, никогда не попадут в суды»

Темпы роста рынка платных медицинских услуг в России заметно сократились: в 2002 году увеличение составляло 40% в год, в 2008 году — 21%, а в 2009 году — 14%

Среди наиболее перспективных сегментов российского рынка платных медицинских услуг Александр Солонин назвал лабораторную диагностику (к 2015 году этот рынок увеличится вдвое — с 15 до 30 млрд. руб.) и стоматологию (увеличение рынка составляет 12–14% в год). Кроме того, востребованными на российском рынке платных медицинских услуг остаются методы медицинской диагностики: флюорография, ЭКГ и УЗИ, что тоже стоит учитывать руководителям при составлении плана развития медицинских учреждений.

Конфликты врачей и пациентов приводят к еще большему недоверию населения к российской системе здравоохранения и, как следствие, развитию медицинского туризма, оборот которого, по словам **Михаила Плисса** из Microsoft Russia, оценивается в 7 млрд. долларов. Это деньги, которые российские пациенты потратили на лечение в зарубежных клиниках. «Страны мира начинают образовывать единую систему разделения труда, в которой, например, Коста-Рика специализируется на коленных суставах, а Израиль — на онкологии. Мир становится единой медицинской системой, из которой мы пока выпадаем. Пока мы не решим наши внутренние проблемы, тем глубже мы будем падать, теряя последних платежеспособных пациентов. А неудовлетворенность медицинской помощью будет расти еще больше», — считает представитель Microsoft.

Александр Иванов, главный редактор объединенной редакции Здравоохранение «МЦФЭР-Медицина», выразил уверенность, что повышение заработной платы не приведет к заметным результатам. «По данным исследований, больше половины врачей считают, что уже за сегодняшнюю выполняемую работу им должны платить намного больше. Повышение оплаты труда медикам на 30–40% и даже в 2–3 раза может не сказаться прямым и быстрым образом на деятельности большинства из них», — заявил он.

Одним из наиболее успешных субъектов, с точки зрения использования возможностей государственно-частного партнерства, является Санкт-Петербург. Правительство города в последние годы активно занимается привлечением внебюджетного финансирования и повышением эффективности использования инфраструктуры городской системы здравоохранения. Для этого в северной столице даже будет создан постоянно действующий орган — Совет по развитию государственно-частного партнерства в здравоохранении при вице-губернаторе Санкт-Петербурга.

«Главная задача, которую мы сегодня ставим перед собой, — повышение доступности и качества медицинской помощи в городе. Именно для этого мы пытаемся развивать государственно-частное партнерство», — сказала **Ирина Шарипова**, советник вице-губернатора Санкт-Петербурга по социальным вопросам и здравоохранению.

В Петербурге используют три основные модели привлечения частного финансирования: закупку отдельных услуг у коммерческих клиник, участвующих в ОМС (диализ, ЭКО, катаракта и пр.); некапиталоемкие проекты в сфере первичной и специализированной медицинской

«Повышение оплаты труда медикам на 30–40% и даже в 2–3 раза, может не сказаться прямым и быстрым образом на деятельности большинства из них»

помощи (через инвестиционные соглашения с администрациями районов) и капиталоемкие проекты, связанные со строительством или реконструкцией крупных объектов здравоохранения (в рамках ГЧП и концессионных соглашений).

О формах сотрудничества с Правительством региона рассказал **Александр Абдин**, управляющий партнер группы медицинских компаний Euromed — одной из ведущих круглосуточных клиник Санкт-Петербурга. Речь идет об участии медучреждений в системе ОМС. «В одном из районов города мы обслуживаем в центрах общей врачебной практики 55 тыс. прикрепленного населения. Работаем только в системе ОМС, у нас нет платных услуг. К концу года мы рассчитываем, что количество обслуживаемого населения у нас будет около 100 тысяч человек».

Кроме того, в прошлом году Euromed в пилотном режиме развернул девять амбулаторий в садово-дачных массивах, где летом большое количество людей проводят все свободное время. Это тоже проект в рамках ОМС, медицинские услуги в амбулаториях предоставляются пациентам бесплатно. В этом году таких точек будет уже не менее 30.

Представители здравоохранения Санкт-Петербурга подробно рассказали, как руководители города привлекают внебюджетные инвестиции для социально значимых проектов с длинными сроками окупаемости, как распределяют риски и улучшают показатели эффективности использования бюджетных средств.

Работа Конгресса продолжалась три дня. За это время на круглых столах и тематических секциях участники обсудили вопросы управления государственными и частными учреждениями здравоохранения, юридические аспекты работы ЛПУ, лицензирование медорганизаций. Многие участники признались, что они получили от экспертов и коллег из других регионов такое количество практической информации, которое в дальнейшем позволит им повысить эффективность работы своих учреждений.

Юлия Захарова

Здравоохранение-2013

СПРОС НА ВРАЧЕЙ В НАШЕЙ СТРАНЕ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ВЫРОС НА 104%

Согласно статистике Работа@Mail.Ru, число вакансий в медицине и фармацевтике по России сейчас составляет 8 409, что на 61% больше, чем в прошлом году. Примечательно, что спрос на врачей в нашей стране за последний год вырос на 104%! В целом, спрос на медицинских работников особенно возрос именно за последний год. Ранее, в период с 2011 по 2012 годы количество вакансий в области «Медицина, фармацевтика» оставалось примерно на одном уровне (всего 4% роста).

Несмотря на то, что профессия врача так востребована, средняя заработная плата на данный момент составляет всего 44 тысячи рублей, что на 2,5 тысячи больше, чем в прошлом году. Меньше всего в этой области получают медсестры — в среднем 25,3 тысячи рублей.

Самые высокие зарплаты по традиции зафиксированы в Москве. Так, врач в столице получает в среднем 56,7 тысяч рублей. Медсестра получает ощутимо больше (32,2 тысячи рублей), чем фельдшер (24,8 тысяч рублей). Фармацевт в Москве может рассчитывать на зарплату примерно в 30 тысяч рублей. Самая маленькая зарплата у медсестер зафиксирована в Казани — 14,5 тысяч рублей.

Источник: пресс-служба портала Работа@Mail.Ru

От редакции:

В последнее время вышло довольно много различных нормативных актов, касающихся ценообразования на платные медицинские услуги. Однако в этом вопросе еще остается много сложностей и не всегда есть четкое понимание нюансов. Сегодня мы публикуем материал, посвященный этой теме.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН (ТАРИФОВ) НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

КОНСУЛЬТИРУЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Порядок установления цен на платные медицинские услуги относится к числу важнейших вопросов организации предоставления платных медицинских услуг государственными (муниципальными) учреждениями здравоохранения. Этот вопрос является, пожалуй, одним из наиболее спорных. Не случайно встречается большой разброс в подходах к этой проблеме:

— цены на платные услуги учреждения здравоохранения устанавливают самостоятельно;

— цены утверждают непосредственно органы власти различного уровня: федерального, регионального или органы местного самоуправления;

— цены утверждают специальные органы различного уровня, призванные заниматься вопросами ценообразования (комитеты по ценам, отделы цен и т.д.);

— цены утверждают органы управления здравоохранением различного уровня (министерства, комитеты, департаменты и т.д.).

А каков же на самом деле должен быть порядок утверждения цен на платные услуги? Чтобы ответить на этот вопрос рассмотрим правовые основы ценообразования.

Оказывая платные медицинские услуги, учреждения здравоохранения тем самым вступают в договорные отношения либо с самими пациентами, либо с организациями или лицами, их представляющими (действующими в их интересах).

В соответствии с действующим гражданским законодательством исполнение договора оплачивается по цене, установленной соглашением сторон (ст. 424 Гражданского кодекса Российской Федерации — ГК РФ). Однако имеется достаточно много ограничений, не позволяющих учреждениям здравоохранения

полностью реализовывать это право. Так, в соответствии со статьей 424 ГК РФ в предусмотренных законом случаях применяются цены (тарифы), устанавливаемые или регулируемые уполномоченными на то государственными органами. Поэтому, если в рамках предоставленных им полномочий государственными (муниципальными) органами установлен определенный уровень цен, то в прейскуранте должны быть указаны именно эти цены.

Итак, кто имеет право регулировать цены (тарифы) на платные услуги, оказываемые бюджетными медицинскими учреждениями? Необходимо отметить, что в настоящее время имеется достаточная правовая основа, посвященная проблеме регулирования цен. Рассмотрим сначала законодательные акты.

В пункте 4 статьи 9.2 Федерального закона «О некоммерческих организациях» устанавливается, что «Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом ... для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом».

Итак, порядок определения цены на платные услуги бюджетных учреждений устанавливается органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя.

Следует отметить, что эти полномочия должны быть закреплены в положении о соответствующем органе. То есть вышестоящий орган управления здравоохранением может и не иметь таких полномочий — они могут быть закреплены за органом исполнительной власти, отвечающим за экономические вопросы, за тарифную политику и т.д. Эти полномочия могут быть вообще ни за кем не закреплены — такие ситуации имеют место в целом ряде регионов. Тогда ни один орган власти не вправе регулировать эти вопросы и учреждения здравоохранения самостоятельно устанавливают цены на платные медицинские услуги.

Далее. Регулирование вопросов ценообразования может осуществляться различным образом: не обязательно путем установления цен. Это может быть утверждение методики ценообразования, уровня рентабельности, методических рекомендаций и т.д.

Кроме того, следует иметь в виду, что Федеральный закон «О некоммерческих организациях» предполагает, что соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, устанавливается порядок определения платы при оказании платных услуг, только относящихся к основным видам деятельности бюджетного учреждения, предусмотренным его учредительным документом. В отношении других видов деятельности подобный порядок не устанавливается. Поэтому, цены на платные немедицинские услуги учреждения здравоохранения устанавливают сами, а также на платные медицинские услуги, не относящиеся к основным видам деятельности.

В п. 8 Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее — Постановление № 1006) записано: «Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными (муниципальными) учреждениями, устанавливается органами, осуществляющими функции и полномочия учредителей. Медицинские организации иных организационно-правовых форм определяют цены (тарифы) на предоставляемые платные медицинские услуги самостоятельно».

Как видим, и здесь речь идет только о платных медицинских услугах.

Итак, в соответствии с Постановлением № 1006 порядок ценообразования на платные медицинские услуги бюджетных и казенных учреждений определяют органы, осуществляющие функции и полномочия учредителей.

А для автономных учреждений никто не устанавливает цены. Однако в соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» право на регулирование цен предоставлено органам местного самоуправления. Статья 17 указанного закона определяет, что в целях решения вопросов местного значения органы местного самоуправления обладают полномочиями по установлению тарифов на услуги предоставляемые муниципальными учреждениями. Это означает, что органы местного самоуправления на вполне законных основаниях могут претендовать на регулирование цен, оказываемых автономными муниципальными учреждениями здравоохранения.

Много вопросов возникает по поводу того, должен ли перечень платных услуг в прейскуранте соответствовать номенклатуре медицинских услуг? Такого требования не существует. Пункт 3 Постановления № 1006 определяет: «Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке».

Другой часто задаваемый вопрос: могут ли существовать разные цены на одни и те же медицинские услуги. Могут. Основанием для наличия разного уровня цен на одни и те же медицинские услуги могут быть следующие:

— разный уровень затрат, связанных с оказанием медицинской помощи в различных ситуациях;

— разный уровень затрат, связанных с организацией оказания медицинской помощи, что, как правило, выливается в различный уровень накладных расходов. Это, например, характерно для случаев оказания медицинских услуг за наличный и безналичный расчет; для оказания медицинской помощи с выездом и т.д.;

— различие контингентов, которым оказывается медицинская помощь. Так, Постановление Правительства Российской Федерации от 30.12.2011 № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения» устанавливает, что оплата оказанных медицинских услуг указанным контингентам производится по тарифам, действующим на территории соответствующего субъекта Российской Федерации. То есть, одна и та же платная медицинская услуга, оказанная сотрудникам МВД (за которых платит уполномоченный орган) и другим гражданам будет оплачиваться по разным по уровню ценам.

Добавим, что разными будут и цены на платные медицинские услуги, предполагающие разный уровень комфортности и/или сервисности (если комфортность и/или сервисность не вычленены из самого процесса оказания медицинских услуг и не оказываются как самостоятельные услуги).

Обычно всех интересует, какую позицию в вопросах ценообразования на платные медицинские услуги занимает Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Для федеральных бюджетных и казенных учреждений здравоохранения, подведомственных Минздраву России, Приказом министерства от 29 декабря 2012 г. № 1631н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, установлено (п. 5 Порядка) следующее:

«Перечень оказываемых учреждением платных медицинских услуг, предусмотренных пунктом 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006, цены (тарифы) на медицинские услуги, а также изменения в перечень платных медицинских услуг и изменения цен (тарифов) на медицинские услуги утверждаются приказом учреждения». То есть Минздрав России предоставил подведомственным учреждения право самостоятельно решать вопросы ценообразования. Это можно рассматривать как позитивное решение.

Правда, несколько смущают рекомендации предусматривать рентабельность не более 20%. Тем более на фоне указанной в Порядке необходимости анализа существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги и уровня цен (тарифов) на них. Это может привести к серьезному отклонению уровня рентабельности от 20%. Тем не менее, 20% — это только рекомендации, учреждения имеют право отходить от этого уровня. Тем не менее, мы прекрасно понимаем, что многие проверяющие рассматривают рекомендации как жесткое требование, которое нельзя нарушать. Поэтому во избежание конфликтов с вышестоящими и проверяющим органами следует проводить вышеуказанный анализ рыночных предложений, который и может послужить основой (обоснованием) установления в необходимых случаях рентабельности на уровне выше 20%.

Мы коснулись только некоторых вопросов, связанных с ценообразованием на платные медицинские услуги, и будем еще возвращаться к этой теме.

Ниже приводится упомянутый выше Приказ Минздрава России от 29 декабря 2012 г. № 1631н.

Зарегистрировано в Минюсте России
18 апреля 2013 г. № 28186

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 29 декабря 2012 г. № 1631н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН (ТАРИФОВ) НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ЯВЛЯЮЩИМИСЯ БЮДЖЕТНЫМИ И КАЗЕННЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В соответствии с пунктом 8 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 41, ст. 5628), приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Министр В.И. СКВОРЦОВА

Утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1631н

ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН (ТАРИФОВ) НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ЯВЛЯЮЩИМИСЯ БЮДЖЕТНЫМИ И КАЗЕННЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1. Настоящий Порядок разработан в целях определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые федеральными бюджетными и казенными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее — учреждения).

2. Учреждения самостоятельно определяют цены (тарифы) на медицинские услуги на основании размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на оказание учреждением медицинских услуг по основным видам деятельности, а также размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на содержание имущества учреждения с учетом:

— анализа фактических затрат учреждения на оказание медицинских услуг по основным видам деятельности в предшествующие периоды;

— прогнозной информации о динамике изменения уровня цен (тарифов) в составе затрат на оказание учреждением медицинских услуг по основным видам деятельности, включая регулируемые государством цены (тарифы) на товары, работы, услуги субъектов естественных монополий;

— анализа существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги и уровня цен (тарифов) на них;

— анализа существующего и прогнозируемого объема спроса на аналогичные услуги.

3. Цены (тарифы) на медицинские услуги устанавливаются с учетом покрытия издержек учреждений на оказание данных услуг, при этом рекомендуется предусматривать рентабельность не более 20%.

4. Учреждения за выполнение платных медицинских услуг в ночное время, а также в выходные и праздничные дни имеют право применять к утвержденным ценам (тарифам) на эти услуги повышающий коэффициент, но не более чем:

— за оказание платных медицинских услуг в ночное время — 30%;

— за оказание платных медицинских услуг в выходные и праздничные дни — 50%.

Повышающий коэффициент не применяется при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, новорожденным и детям.

5. Перечень оказываемых учреждением платных медицинских услуг, предусмотренных пунктом 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 41, ст. 5628), цены (тарифы) на медицинские услуги, а также изменения в перечень платных медицинских услуг и изменения цен (тарифов) на медицинские услуги утверждаются приказом учреждения.

6. Копия приказа учреждения об утверждении перечня платных медицинских услуг и цен (тарифов) на медицинские услуги либо о внесении изменений в данный приказ направляются в Министерство здравоохранения Российской Федерации не позднее трех рабочих дней со дня его издания.

НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Наше учреждение является одним из ведущих на своей территории, и многие пациенты стремятся попасть именно к нам. Поэтому часто возникает проблемы с тем, как обеспечить оказание медицинской помощи в сроки, установленные территориальной программой госгарантий. Как быть, если в эти сроки мы не укладываемся? Как избежать штрафных санкций?

Конечно, этот вопрос должен быть урегулирован. Это возможно в рамках системы ОМС — решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Но оптимально — в территориальной программе госгарантий (поскольку эта проблема касается не только учреждений, работающих в системе ОМС).

Например, в территориальной программе госгарантий Санкт-Петербурга установлено следующее:

«При невозможности предоставить гражданину медицинскую помощь в установленные сроки медицинская организация получает письменное согласие гражданина на оказание медицинской помощи с превышением установленных сроков ожидания или направляет гражданина для получения необходимой медицинской помощи в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы».

Это рациональный подход.

Если же на уровне субъекта Российской Федерации этот вопрос не урегулирован, то для того, чтобы избежать штрафных санкций, нужно, во-первых, доказать, что вины самого учреждений в такой ситуации нет (плановые объемы выполняются, непрофильные или «платные» пациенты не лежат на койках данного профиля и т.д.). Во-вторых, нужно предпринять все возможные меры (доступные учреждению) для предупреждения такой ситуации: заблаговременно уведомить вышестоящие органы, страховые организации и т.д. о такой ситуации; проинформировать медицинские организации, направляющие пациентов в это учреждение, и т.д. Все это будет весомым аргументом в споре со страховой организацией, в том числе и в суде.

Этой проблеме наш журнал предполагает посвятить специальный материал.

Проверяющие, ссылаясь на действующие нормативные акты, требуют, чтобы в договоре на оказание платных медицинских услуг была информация о видах и объемах помощи, предоставляемых бесплатно в рамках Программы госгарантий. Когда мы говорим, что это очень большой объем и договор становится раздутым, нам предлагают в качестве приложения прикладывать к договору территориальную программу госгарантий. Так мы на одной бумаге разоримся. Что делать?

Такого требования не существует. В соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 79 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская организация обязана «3) информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

В соответствии с часть 2 данной статьи медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, наряду с обязанностями, предусмотренными частью 1 данной статьи, также обязаны «1) предоставлять пациентам информацию о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Пункт 6 Постановления Правительства Российской Федерации от 4.10.2013 № 1006 устанавливает: «При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — соответственно программа, территориальная программа)».

Как видим, нигде не говорится о необходимости включения подобной информации именно в договор. Поэтому достаточно предоставить гражданам возможность ознакомиться с территориальной программой госгарантий, размещенной, например, на стенде учреждения. Но это, действительно, должна быть доступная информация, а не находящаяся, например, в столе какого-либо сотрудника учреждения и выдаваемая лишь по просьбам пациентов.

Для большей надежности можно включить в договор на оказание платных медицинских услуг фразу примерно следующего содержания: «Пациент (гражданин и т.д.) проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С указанными программами, размещенными на стенде учреждения, пациент ознакомлен».

Подписав договор, пациент расписывается и в том, что он был соответствующим образом проинформирован. Если пациент заявил до подписания договора о том, что не ознакомлен с этими документами, можно предложить ему отложить договор, ознакомиться с документами и лишь потом подписывать договор. При этом, конечно, не обязательно гонять его к стенду — целесообразнее предложить для ознакомления еще одну копию документов.

Обязательно ли указывать основания для заключения договора на оказание платных услуг?

Нет, такого требования не существует. Но по этому поводу не стоит спорить с проверяющими. Во-первых, полезно и для самого учреждения четко понимать реальные основания для заключения договора на оказание платных медицинских услуг. В-вторых, включение оснований для заключения договора в сам текст договора в целом ряде случаев может помочь учреждению в спорах со страховыми организациями, при судебных разбирательствах по поводу требований пациентов вернуть суммы, оплаченные в соответствии с договором на оказание платных услуг со ссылкой на права на бесплатное получение медицинской помощи и т.д.

В части 5 статьи 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» записано:

«Медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

1) на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

2) при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

3) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

4) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21».

Обращаем внимание на фразу: «имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги». То есть это право учреждения (медицинской организации). А пациент не вправе настаивать на получение медицинских услуг в перечисленных случаях на бесплатной основе.

Ссылки на подобные положения законодательства (как основание для оказания медицинских услуг за плату) значительно повышают шансы учреждения на успешное решение споров по поводу правомерности взимания оплаты с пациентов, в том числе и суде.

УЧЕНЫЕ ПРЕДЛОЖИЛИ НОВЫЙ ИСТОЧНИК ПОЧЕК ДЛЯ ПЕРЕСАДКИ

Почти 20% почек, изъятых у умерших доноров в США, не подходят для пересадки вследствие разных факторов, от рубцевания кровеносных сосудов до пребывания органа слишком долго без кислорода и крови.

Что если вместо непосредственной трансплантации такие почки можно было бы переработать и решить тем самым критическую нехватку донорских органов?

Исследователи из медицинского центра Уэйк Форест с коллегами в издании «Биоматериалы» (Biomaterials) опубликовали результаты исследования. Они установили, что неподходящие для пересадки человеческие почки могут потенциально служить естественным каркасом для производства донорских органов в лаборатории с помощью методов регенеративной медицины.

По словам авторов, ежегодно в США признаются негодными для пересадки свыше 2600 почек. С учетом очереди на пересадку очень прискорбно иметь донорский орган, но не иметь возможности его пересадить. Так пусть почки-отказники послужат на благо донорства в качестве основ для создания новых органов.

Процесс включает промывку почек особым веществом, чтобы удалить все клетки, оставив только каркас органа. Далее на этот каркас помещаются клетки акцептора, и в итоге создается орган, который теоретически не будет отторгнут организмом пациента.

Источник: Медфармконнект

СИБИРСКИЕ УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ ТЕСТ, МГНОВЕННО ВЫЯВЛЯЮЩИЙ ОПАСНЫЕ КЛЕЩЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Сибирские ученые разработали экспресс-тест, позволяющий одновременно выявить две самые опасные инфекции, переносимые таежным клещом, — энцефалит и болезнь Лайма (боррелиоз).

Главное достоинство теста — простота применения. Капля раствора, в котором «искупался» клещ, помещается на полоску-индикатор. Если на ней проявляется одна полоса — значит, клещ незаразный. Если проявилась вторая — паразит является переносчиком вируса клещевого энцефалита. А окрашивание третьей полоски свидетельствует о наличии боррелий — возбудителей болезни Лайма.

Примечательно, что перспективная разработка выполнена молодыми учеными, временный творческий коллектив объединил специалистов из Томска и наукограда Кольцово (Новосибирская область).

Источник: «Российская газета»

ПЛАЗМА ПРЕТЕНДУЕТ НА ЗВАНИЕ УНИКАЛЬНОГО СРЕДСТВА ПРОТИВ РАКА МОЗГА

Физики из Института Макса Планка протестировали холодную плазму (ионизированный газ) и химиотерапию на агрессивных опухолях мозга, глиобластомах. Оказалось, обработка плазмой либо тормозила размножение клеток рака, либо делала их чувствительными к лекарствам. Ученые полагают, что это начало новой комбинированной терапии.

Обычно после выявления глиобластомы человек живет чуть больше года. Менее 16% пациентов живут более трех лет. Стандартный подход предполагает сканирование, удаление опухоли, лучевую и химиотерапию. Если даже лечение помогло, велик риск повторного возникновения рака. Более того, 40% пациентов химиотерапия не помогает.

Надо сказать, плазма уже хорошо себя зарекомендовала в экспериментах с бактериями, грибками, вирусами, спорами. Патогены умирали, а здоровые ткани в целом не страдали. Что касается противоракового эффекта, плазма дает надежду на уничтожение резистентных раковых клеток.

Ученые специально вырастили клетки рака (обычные и резистентные). По сравнению с одной только химиотерапией, плазма в комбинации с лекарством позволяла остановить рост клеток. Она тормозила клеточный цикл, поэтому отдельные клетки не могли себя клонировать. Резистентность плазма не вызывала.

Источник: Science Daily

УВЕЛИЧИТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ РЕАЛЬНО, ВЛИЯЯ НА КЛЕТКУ НАПРЯМУЮ

Швейцарские ученые заявляют: они подошли вплотную к раскрытию тайны старения. Они обнаружили ген долголетия у мышей, а потом сумели увеличить продолжительность жизни у червей на 60%, применив антибиотики.

В итоге черви не только жили дольше, но и имели лучшую физическую форму по сравнению с контрольной группой, доказала работа Федеральной политехнической школы Лозанны. Ученые хотят понять, почему представители одного вида могут иметь разную продолжительность жизни.

Они начали с исследования митохондрий мышей и нашли три гена, влиявших на продолжительность жизни животного через скорость работы. Мыши, у которых экспрессия генов была на 50% медленнее, жили примерно на 250 дней дольше (где-то 30% от общей продолжительности жизни).

Воздействуя на те же белки, но уже в теле червей, ученые сумели продлить им жизнь на 60% (с 19 до 30 дней). Эксперты взяли за основу точку зрения, что митохондрии — бактерии, живущие внутри клетки. Поэтому они и обратились к антибиотикам.

Митохондрии переводят питательные вещества в разные типы белков. А более ранние исследования уже говорили о том, что митохондрии руководят старением. Швейцарские специалисты сумели выявить особый ген, задействованный в этом процессе.

Источник: The Australian

РАСКРЫТА ТАЙНА ДЕМЕНЦИИ НА МОЛЕКУЛЯРНОМ УРОВНЕ

Университет Кембриджа установил, что именно может запускать развитие болезни Альцгеймера, то есть когда ключевые белки в организме становятся опасными для нейронов и образуют отложения.

Итак, как было доказано, токсичны для мозга олигомеры белков. Ученые выяснили, каким образом формируются данные элементы (изначально это единицы, состоящие всего из нескольких молекул белков). Если нарушить этот процесс, человек будет защищен от деменции. Итак, вторичная нуклеация (образование ядра в нервной клетке) приводит к образованию токсичных олигомеров. Эти олигомеры свободно перемещаются вокруг нейронов, в итоге формируя большие отложения, убивающие клетки. Ученые предлагают решать вопрос развития болезни Альцгеймера именно с молекулярной точки зрения.

Правда, пока им не удалось разработать эффективные методы воздействия на обнаруженный молекулярный механизм. Поэтому медики могут использовать лишь методы, уменьшающие проявление симптомов деменции.

Источник: Geneng News

СОВРЕМЕННЫЙ МИР ПРОВОЦИРУЕТ ЭПИДЕМИЮ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НЕДУГОВ

Исследователи выяснили, что резкий рост числа смертей от деменции и прочих неврологических расстройств среди лиц младше 74 лет нельзя объяснить увеличением продолжительности жизни.

Эту эпидемию вызывают именно социальный и внешний факторы современного мира. Среди крупных западных стран самый большой прирост в статистике смертей за 1979–2010 годы фиксировался в США. Британия, к примеру, стоит на четвертом месте, согласно данным ВОЗ (в группе мужчин прирост составляет 32%, в группе женщин — 48%; число смертей выросло с 4500 до 6500).

В целом в исследовании, посвященном росту смертности, принимались в расчет 16 стран. Везде был зафиксирован рост. А вот смертность от других причин, напротив, снизилась. В большинстве стран быстрее всего росла смертность от неврологических недугов у женщин.

Комментирует профессор Колин Притчард из Борнмутского университета: «Неврологические недуги молодеют. Еще 30 лет назад это нельзя было представить. Во многом виноваты развитие техники, транспорта, загрязнение окружающей среды, добавки в пище».

Источник: The Telegraph

УЧЕНЫЕ ВЫРАСТИЛИ ТРЕХМЕРНУЮ «ЗАПЛАТКУ» ДЛЯ СЕРДЦА

Биоинженеры из Университета Дьюка (США) вырастили трехмерную сердечную мышцу, функционирующую как ткань человеческого сердца. Сердечная «заплатка» может найти применение не только в лечении пациентов, перенесших инфаркт, но и в исследованиях препаратов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

Сердечная «заплатка», выращенная в лаборатории из стволовых клеток, смогла преодолеть два основных препятствия, возникающих на пути клеточно-ориентированной терапии: созданная ткань обладает той же электропроводностью, что и клетки сердца, и, кроме того, она сокращается, как сердечная мышца. Более ранние попытки воссоздать ткань человеческого сердца не могли преодолеть эти препятствия.

Для выращивания ткани были использованы человеческие эмбриональные стволовые клетки. Стволовые клетки являются плюрипотентными, то есть при определенном химическом и физическом воздействии они могут трансформироваться в клетки любого типа, в данном случае в клетки сердца — кардиомиоциты.

«Структурные и функциональные особенности этой трехмерной «заплатки» превзошли все предыдущие попытки воссоздать ткань человеческого сердца», — заявил Ненад Бурсак (Nenad Bursac), профессор биоинженерии Университета Дьюка, — «На настоящий момент эта ткань является наиболее схожей с тканью человеческого сердца из всех созданных человеком». Н. Бурсак также отметил, что технология не включала генетических манипуляций с клетками.

В ходе развития эмбриона в течение девяти месяцев ткань сердца формируется и развивается, и затем еще несколько лет проходит до достижения уровня полноценного функционирования сердечной ткани. Тем не менее, искусственное создание мышечной ткани сердца, по словам Н. Бурсака, заняло чуть более месяца. С развитием технологии время на выращивание ткани может еще более сократиться.

Источник: www.medvestnik.ru

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

РОСЗДРАВНАДЗОР ВЕДЕТ ЕДИНЫЙ РЕЕСТР ЛИЦЕНЗИЙ ПО НОВЫМ ПРАВИЛАМ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. № 1341н «Об утверждении Порядка ведения единого реестра лицензий, в том числе лицензий, выданных органами государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданным полномочием по лицензированию отдельных видов деятельности» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 мая 2013 г. Регистрационный № 28 447.

Пересмотрен порядок ведения Росздравнадзором единого реестра лицензий.

Это обусловлено принятием нового Закона о лицензировании отдельных видов деятельности.

В реестр включаются сведения о лицензиях, выдаваемых Службой, ее территориальными органами и уполномоченными органами регионов. Речь идет о лицензиях на медицинскую деятельность (за исключением частной системы здравоохранения в «Сколково»), фармацевтическую деятельность, оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений. Ранее также лицензировались производство и техобслуживание медтехники, изготовление протезно-ортопедических изделий по заказам граждан. Реестр ведется в электронном виде (прежде документы могли формироваться и на бумажном носителе). Он, как и ранее, состоит из федерального и регионального сегментов.

В реестре дополнительно приводятся основания и даты проведения проверок лицензиатов, реквизиты актов, составленных по их результатам, сведения о назначении наказания в виде административного приостановления деятельности.

Сведения, содержащиеся в едином реестре, являются открытыми. Их можно найти на сайте Росздравнадзора или бесплатно запросить в виде выписки. В последнем случае нужно обратиться с письменным или электронным (через Единый портал) заявлением.

Прежний порядок ведения реестра утратил силу.

СУБСИДИЯ ФГБУ МИНЗДРАВА РОССИИ НА РАЗВИТИЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ: ФОРМА ОТЧЕТА О РАСХОДАХ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2013 г. № 106н «Об утверждении формы отчета об осуществлении расходов федерального государственного бюджетного учреждения, находящегося в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на развитие неонатальной хирургии» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 мая 2013 г. Регистрационный № 28 446.

Утверждена форма отчета о расходовании ФГБУ Минздрава России субсидии из федерального бюджета на мероприятия по развитию неонатальной хирургии.

Она предоставляется ежеквартально не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом. Приказ об утверждении аналогичной формы для ФГБУ Минздравсоцразвития России признан утратившим силу.

ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДПОМОЩИ ПО ОМС МОЖНО УСТАНАВЛИВАТЬ НА 3 ГОДА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 марта 2013 г. № 160н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 мая 2013 г. Регистрационный № 28 480.

Скорректированы правила обязательного медицинского страхования.

Предусмотрена возможность устанавливать медорганизациям тарифы на оплату медпомощи по ОМС на срок до 3 лет и индексировать их. Условие — участие указанных организаций в ОМС в этом периоде. Напомним, что указанные тарифы определяются соглашением между уполномоченным региональным органом власти, ТФОМС, представителями страховых медорганизаций, профессиональных медассоциаций и профсоюзов медработников. В расчет тарифов включаются затраты на оказание медпомощи (медуслуги) и на обеспечение деятельности медорганизации в целом.

МИНЗДРАВ РОССИИ ПРОВЕЛ РЕВИЗИЮ СТАНДАРТОВ МЕДПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 апреля 2013 г. № 237н «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 мая 2013 г. Регистрационный № 28 403.

Утратили силу 3 приказа Минздрава России (от 9 ноября 2012 г. № 843н, от 20 декабря 2012 г. № 1254н и от 28 декабря 2012 г. № 1599н).

Ими были утверждены следующие стандарты медицинской помощи соответственно: стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при врожденном гипотиреозе и дисгормональном зобе; стандарт первичной медико-санитарной помощи при других энтезопатиях; стандарт специализированной медпомощи при злокачественных новообразованиях носоглотки, полости носа и среднего уха, придаточных пазух II–IVA стадии (самостоятельная лучевая терапия).

Дело в том, что эти стандарты были утверждены Минздравом России по ошибке дважды. Продолжают действовать стандарты, установленные приказами Министерства от 9 ноября 2012 г. № 701н, от 20 декабря 2012 г. № 1263н и от 24 декабря 2012 г. № 1452н соответственно.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ О ГОСРЕГИСТРАЦИИ СМЕРТИ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 9 апреля 2013 г. № 82 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 4 мая 2010 г. № 90 «Об утверждении форм документов, используемых для сообщения сведений о государственной регистрации смерти»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 мая 2013 г. Регистрационный № 28 398.

Ранее исполнительным директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) предписывалось, во-первых, организовать взаимодействие с органами ЗАГС по представлению сведений о госрегистрации смерти. Во-вторых, направлять сведения о госрегистрации смерти лица, жившего в ином регионе, в ТФОМС по последнему месту его жительства в течение 5 дней после их получения.

Уточняется, что это должны делать директора, а не исполнительные директора ТФОМС.

В ОБРАЩЕНИИ ОБНАРУЖИЛИ НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ПРОИЗВОДСТВА ФИРМЫ «BEURER»

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 15 мая 2013 г. № 16И-480/13 «О незарегистрированных медицинских изделиях»

Выявлены незарегистрированные медицинские изделия производства фирмы «BEURER» (Германия).

Это — прибор инфракрасного излучения «IL 21», прибор для массажа тела «MG 40» и прибор для массажа с инфракрасным излучением «MG 21».

Субъектам обращения медицинской продукции предлагается проверить наличие в обращении указанных медицинских изделий и провести мероприятия по предотвращению их обращения в России. О результатах проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИЕ ЗУБНЫЕ ПРОТЕЗЫ БУДУТ ИЗЫМАТЬ ИЗ ОБРАЩЕНИЯ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 14 мая 2013 г. № 16И-473/13 «О незарегистрированных медицинских изделиях»

В обращении выявлено 7 незарегистрированных медицинских изделий.

Среди них — «Металлические зубные протезы с защитным покрытием из нитрида титана и из нитрида циркония»; «Металлические зубные протезы с ретенционным титановым покрытием»; «Металлические зубные протезы с защитным покрытием из нитрида титана»; «Металлические зубные протезы с ретенционным покрытием титановым порошком».

Субъектам обращения медицинской продукции предлагается проверить наличие в обращении указанных изделий, провести мероприятия по предотвращению их обращения в России и о результатах проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ТОВАРОВ, СЫРЬЯ И КОМПЛЕКТУЮЩИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ИХ ПРОИЗВОДСТВА, ВВОЗ КОТОРЫХ В РОССИЮ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ НДС, БУДЕТ УТВЕРЖДАТЬ ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ?

Досье на проект федерального закона № 218743-6 «О внесении изменения в статью 150 части второй Налогового кодекса Российской Федерации» (об уточнении порядка применения освобождения от налогообложения налогом на добавленную стоимость при ввозе на территорию Российской Федерации медицинских товаров) (внесен Правительством РФ)

22 мая 2013 г. Госдума РФ во втором чтении приняла проект поправок к НК РФ. Им уточняется порядок применения освобождения от НДС при ввозе в Россию медицинских товаров.

В соответствии с НК РФ НДС не уплачивается при реализации в России важнейшей и жизненно необходимой медицинской техники, технических средств, используемых исключительно для профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, а также очков (кроме солнцезащитных), оправ для них и линз. Льгота также распространяется на протезно-ортопедические изделия, материалы и сырье для их производства, полуфабрикаты к ним. Перечень таких товаров утверждает Правительство РФ.

Предлагается наделить Правительство РФ еще одним полномочием. Вероятно, оно будет определять список медицинских товаров (из числа указанных выше), а также сырья и комплектующих изделий для их производства, ввоз которых в Россию освобождается от НДС.

КС РФ разрешил отправлять душевнобольных, представляющих опасность для окружающих, на принудительное лечение, даже если они совершили преступление небольшой тяжести

Постановление Конституционного Суда РФ от 21 мая 2013 г. № 10-П «По делу о проверке конституционности частей второй и четвертой статьи 443 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в связи с жалобой гражданина С.А. Первова и запросом мирового судьи судебного участка № 43 города Кургана»

Предметом рассмотрения стали отдельные положения УПК РФ, согласно которым в отношении лица, совершившего преступление в состоянии невменяемости, суд выносит постановление о прекращении уголовного дела и об отказе в применении принудительных мер медицинского характера, если преступление относится к категории небольшой тяжести.

Заявители указывают, что данное положение допускает отказ от принудительного лечения лица, страдающего психическим расстройством и совершившего преступление в состоянии невменяемости, несмотря на сохраняющуюся общественную опасность этого лица.

КС РФ пояснил следующее.

Согласно УК РФ отказ в применении принудительных мер медицинского характера допускается только в том случае, если лицо вследствие улучшения психического состояния утратило опасность для себя и окружающих.

Такое условие для отказа от применения принудительных мер медицинского характера, как совершение деяния небольшой тяжести, не предусмотрено.

Несогласованность оспариваемого положения с нормами УК РФ, а также положениями самого УПК РФ порождают неопределенность, которая создает противоречивую правоприменительную практику, что приводит к нарушению конституционного принципа равенства, ставит под угрозу неприкосновенность личности, ее честь и достоинство, право на жизнь и охрану здоровья.

С учетом изложенного оспариваемое положение признано неконституционным.

Законодателю предписано внести необходимые изменения в правовое регулирование производства о применении принудительных мер медицинского характера.

Утверждены научные платформы медицинской науки

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 апреля 2013 г. № 281 «Об утверждении научных платформ медицинской науки»

Правительством РФ была утверждена Стратегия развития медицинской науки в России на период до 2025 г.

Установлены научные платформы медицинской науки (ее приоритетные направления). Всего их 14. Это онкология, кардиология и ангиология, неврология, эндокринология, педиатрия, психиатрия и зависимости, иммунология, микробиология, фармакология, профилактическая среда, репродуктивное здоровье, регенеративная медицина, инвазивные технологии и инновационные фундаментальные технологии в медицине. Установлены участники, требования к ним, цели, задачи, мероприятия и ожидаемые результаты по каждой научной платформе.

Цель медицинской науки по названным направлениям — разработать и внедрить современные технологии, направленные на повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний. Для этого планируется сформировать стандарты скрининга, диагностики и лечения распространенных болезней, а также оценки их эффективности, провести ряд исследований и др. Так, указаны наиболее перспективные направления при лечении сахарного диабета,

злокачественных новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, наркотической зависимости и др.

В частности, планируется создать Единый педиатрический портал, в том числе Национальную российскую информационно-аналитическую базу по учету детей, родившихся преждевременно, а также пациентов с редкими и тяжелыми болезнями.

АБОРТ МЕТОДОМ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ: ПРИКАЗ МИНЗДРАВА СССР БОЛЬШЕ НЕ ДЕЙСТВУЕТ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 апреля 2013 г. № 267 «О признании не действующим на территории Российской Федерации приказа Министерства здравоохранения СССР от 5 июня 1987 г. № 757 «Об утверждении инструкции о порядке проведения операции искусственного прерывания беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации»

Один из приказов Минздрава СССР признан не действующим на территории России.

Речь идет о том, который предусматривал порядок проведения операции по прерыванию беременности ранних сроков методом вакуум-аспирации.

ПРИКАЗ ОТ 2003 Г. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ УЖЕ НЕ АКТУАЛЕН

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 апреля 2013 г. № 268 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2003 г. № 50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях»

Признан утратившим силу приказ Минздрава России от 2003 г. о совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Таким образом были утверждены инструкция по организации работы женской консультации, а также схемы динамического наблюдения беременных и родильниц, гинекологических больных.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ О ПОРЯДКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ УТРАЧИВАЕТ СИЛУ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 апреля 2013 г. № 266 «О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 марта 2006 г. № 224 «Об утверждении положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц»

Утрачивает силу приказ Минздравсоцразвития России, закреплявший, как проводится диспансеризация беременных и родильниц.

В частности, определялось, что включает диспансерное наблюдение, какие врачи его осуществляют.

Предусматривалось, что при физиологическом течении беременности осмотры акушером-гинекологом проводятся не менее 10 раз, терапевтом — не менее 2 раз, окулистом, отоларингологом, стоматологом — при первичном обращении.

Также устанавливалось, как принимается решение о снятии родильниц с диспансерного учета.

УСТАНОВЛЕН ПРЕДЕЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ СООТНОШЕНИЯ СРЕДНИХ ЗАРПЛАТ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И РАБОТНИКОВ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНЗДРАВА РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 марта 2013 г. № 170 «Об установлении предельного уровня соотношения средней заработной платы руководителей и средней заработной платы работников федеральных государственных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации»

В ФБУ и ФКУ предельный уровень соотношения средних зарплат руководителей и работников определяется в кратности от 1 до 8. В учреждениях, подведомственных Минздраву России, оно равно 8.

КАК ОТЧИТЫВАЕМСЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ (СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ) ОРГАНИЗАЦИИ ЗА 2012 Г. ПО СТАТФОРМЕ № 2-С

Информационное письмо Федеральной службы по финансовым рынкам от 14 мая 2013 г. № 13-ДП-12/17167 «О разъяснении вопросов, связанных с составлением и представлением страховщиками формы годовой статистической отчетности № 2-С «Сведения о деятельности страховой (страховой медицинской) организации за 2012 год»

Разъяснены некоторые вопросы, связанные с составлением и представлением страховщиками формы годовой статотчетности № 2-С «Сведения о деятельности страховой (страховой медицинской) организации за 2012 год».

Так, с 01.01.2012 вступили в силу Закон от 2010 г. об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии и соответствующие правила, утвержденные Правительством РФ в 2011 г.

Страховым организациям в форме № 2-С сведения о данном страховании гражданской ответственности рекомендуется отражать по строке «Обязательное страхование (кроме обязательного медицинского страхования) — всего» в подразделах 1.1, 1.2 и 1.4–1.8 раздела 1 «Общие показатели» и разделе 6 «Перестрахование» в соответствующих графах. Детализировать данные по последующим строкам «в том числе:» не надо. Однако необходимо представить пояснения о причинах невыполнения соотношений (взаимоувязок) показателей отчетности.

С 01.01.2012 средства, предназначенные для оплаты медпомощи и поступающие в страховую медорганизацию, действующую в сфере ОМС, являются средствами целевого финансирования.

В порядке составления и представления формы годовой статотчетности страховых (страховых медицинских) организаций, утвержденном Минфином России в 2008 г., не предусмотрено отражение поступления и использования целевых средств, а также договоров в сфере ОМС. Таким образом, страховая медорганизация строку «Обязательное медицинское страхование» в подразделах 1.1 и 1.2 раздела 1 «Общие показатели» и раздел 7 «Обязательное медицинское страхование» формы № 2-С не заполняет.

Кроме того, уделено внимание обеспечению идентичности данных годовой статотчетности с аналогичными сведениями годовой бухотчетности, а также уточненной форме статотчетности № 1-С «Сведения об основных показателях деятельности страховщика».

ГОСРЕГИСТРАЦИЯ ЛЕКАРСТВ ПО УСКОРЕННОЙ ПРОЦЕДУРЕ НЕ ПРОВОДИТСЯ!

Решение Верховного Суда РФ от 8 апреля 2013 г. № АКПИ13-4 «О признании недействующим абзаца двадцатого пункта 3.3.3 Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по государственной регистрации лекарственных средств, утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 октября 2006 г. № 736»

Проверена законность одной из норм, касающихся госрегистрации лекарств при ускоренной процедуре рассмотрения материалов. Для такой регистрации представляются определенные документы. При этом часть из них может быть в виде ссылок на открытые литературные источники и отчета об исследовании биоэквивалентности. Речь идет о результатах доклинических, клинических, фармакологических и токсикологических исследований лекарств. При этом согласно оспариваемому положению уполномоченный орган для проведения госрегистрации — Росздравнадзор.

ВС РФ счел положение незаконным и разъяснил следующее.

Закон об обращении лекарств предусматривает, что они вводятся в оборот при условии прохождения госрегистрации. Ранее действовавший Закон о лекарственных средствах закреплял возможность проведения ускоренной процедуры их госрегистрации.

Однако с того момента, как вступил в силу Закон об обращении лекарств (с 1 сентября 2010 г.), правовое регулирования такого вопроса изменилось. Нормы этого закона предусматривают ускоренную экспертизу лекарств и порядок ее проведения. Однако возможность провести ускоренную процедуру госрегистрации лекарств в них не закреплена.

Согласно новому регулированию госрегистрация лекарств для медицинского применения осуществляется по результатам их экспертизы и этической экспертизы возможности провести клиническое исследование препарата. Ранее госрегистрацию лекарств (в том числе по ускоренной процедуре) проводил Росздравнадзор, который позже был упразднен. На момент рассмотрения дела действует Минздрав России. Таким образом, оспариваемая норма, которая закрепляет полномочия Росздравнадзора проводить ускоренную процедуру госрегистрации лекарств, с 1 сентября 2010 г. противоречит закону. Поэтому данное положение с указанной даты подлежит признанию недействующим и не должно применяться.

КАК МЕДОРГАНИЗАЦИИ ОТЧИТЫВАЮТСЯ ПЕРЕД ТФОМС О ЗАРПЛАТЕ СВОИХ РАБОТНИКОВ?

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 марта 2013 г. № 65 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 6 мая 2013 г. Регистрационный № 28 312.

Установлены форма отчетности о зарплате работников медорганизаций в сфере ОМС, порядок ее составления и представления. Отчетность формируется ежемесячно нарастающим итогом на основании данных бухучета в электронном виде и на бумажном носителе.

Она представляется медорганизациями в ТФОМС до 10 числа месяца, следующего за отчетным. Фонды, в свою очередь, передают сводную информацию в ФФОМС до 15-го числа (за год — до 1 февраля). Отчетность подписывается исполнителем, главным бухгалтером, руководителем и заверяется печатью.

КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗАЩИТЫ ПРАВ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ МЕДПОМОЩИ И РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ОМС: ПОЛОЖЕНИЕ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 апреля 2013 г. № 76 «О координационных советах по организации защиты прав застрахованных при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования»

Утверждено положение о Межрегиональном координационном совете по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС. Так, на этот орган возложены следующие задачи. Он изучает и обобщает отечественный и зарубежный опыт по совершенствованию организации ОМС. Оказывает методическую помощь ТФОМС, страховым медорганизациям по соответствующим вопросам. Участвует в разработке программ подготовки и переподготовки специалистов. Обеспечивает субъектов и участников системы ОМС информацией о результатах своей деятельности. Прописаны функции и права совета, поименованы органы управления. Перечислены права и обязанности членов совета. Также утверждено положение о Координационном совете по организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере ОМС в субъекте Федерации. Уделено внимание его задачам и функциям, органам управления.

Приказ от 2009 г. о Межрегиональном координационном совете по организации защиты прав граждан в системе ОМС утратил силу.

КТО МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДАЛЬ «ЗА ЗАСЛУГИ ПЕРЕД ОТЕЧЕСТВЕННЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ»?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2013 г. № 42н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2012 г. № 78н «О ведомственных наградах Министерства здравоохранения Российской Федерации» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 29 апреля 2013 г. Регистрационный № 28 300.

К ведомственным наградам Минздрава России отнесена медаль «За заслуги перед отечественным здравоохранением». Это высшая ведомственная награда. Ее могут получить работники медицинских и фармацевтических организаций за высокопрофессиональную лечебную, фармацевтическую и организационную деятельность, эффективное внедрение в практику современных достижений науки для сохранения и укрепления здоровья граждан. Сотрудники Минздрава России и подведомственных ему организаций, отработавшие в отрасли не менее 30 лет. Представители творческой интеллигенции — за выдающиеся фундаментальные и прикладные научные исследования в области медицины. Государственные, общественные и политические деятели России и зарубежных стран, внесшие значительный личный вклад в развитие российского здравоохранения. Решение о возбуждении ходатайства о награждении медалью принимает собрание трудового коллектива организации, в штате которой состоит работник, с оформлением на него наградного листа. Наградной лист и ходатайство направляются в исполнительный орган госвласти субъекта Федерации в сфере охраны здоровья.

Ходатайства о награждении медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» вносятся на имя Министра здравоохранения РФ.

Решение о награждении принимает коллегия Минздрава России, издается приказ.

Медаль, удостоверение к ней и значок (уменьшенную копию медали) награжденному вручает Министр здравоохранения РФ в торжественной обстановке. Если медаль утрачена в боевой обстановке, в результате стихийного бедствия либо при других обстоятельствах, когда не было возможности предотвратить ее утрату, выдается только дубликат удостоверения к ней.

Приведены описание и эскиз медали «За заслуги перед отечественным здравоохранением», а также формы наградного листа и удостоверения к ней.

ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ В САНИТАРНОЙ СУМКЕ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ СИЛ ГРАЖДАНСКОЙ ОБОРОНЫ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 февраля 2013 г. № 61н «Об утверждении требований к комплектации медицинскими изделиями укладки санитарной сумки для оказания первой помощи подразделениями сил гражданской обороны»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 апреля 2013 г. Регистрационный № 28 307.

Определен перечень медизделий, которыми комплектуется санитарная сумка для оказания первой помощи подразделениями сил гражданской обороны. В ней, в частности, должны быть средства для остановки наружного кровотечения и наложения повязок (бинты, жгут, пластыри, салфетки и др.). Обязательно наличие медизделий для сердечно-легочной реанимации, иммобилизации, местного охлаждения. Также в укладку санитарной сумки включают медицинские маски и перчатки, спасательное изотермическое покрывало, рекомендации по использованию медизделий и пр. Все входящие в укладку медизделия должны быть зарегистрированы в России.

Содержимое сумки рассчитано на оказание первой помощи 20 пострадавшим. По мере использования укладки, а также по истечении срока годности изделий ее пополняют.

Приказ вступает в силу с 1 мая 2013 г.

ЗАКУПКА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И АНТИВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ, ВЫЯВЛЕНИЯ, ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ И ГЕПАТИТОВ В И С: ФОРМЫ ЗАЯВОК

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 апреля 2013 г. № 197н «Об утверждении форм заявок на поставку диагностических средств и антивирусных препаратов, предусмотренных перечнем закупаемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также антивирусных препаратов для профилактики и лечения указанных лиц»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 апреля 2013 г. Регистрационный № 28 166.

В конце 2012 г. пересмотрен порядок финансирования закупок диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных ВИЧ и гепатитами В и С. Так, ФМБА России, Роспотребнадзор, ФСИН России, РАМН и ФГУ Минздрава России представляют последнему не позднее 1 февраля текущего года заявки на поставку диагностических средств и антивирусных препаратов. Утверждены их формы. Напомним, что Министерство рассматривает представленные заявки, утверждает объемы поставок диагностических средств и антивирусных препаратов, в соответствии с последними размещает заказы и заключает госконтракты. Утвержденный в 2011 г. порядок рассмотрения Минздравсоцразвития России заявок на поставку в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения вышеназванных диагностических средств и антивирусных препаратов утратил силу.

ЦИФРОВОЙ РЕФЛЕКТИВНЫЙ ПУПИЛЛОМЕТР CRP — НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ИЗДЕЛИЕ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 29 апреля 2013 г. № 16И-433/13 «О незарегистрированном медицинском изделии»

Выявлено незарегистрированное медицинское изделие — «Цифровой рефлективный пупиллометр CRP» производства «ESSILOR INTERNATIONAL S.A.» (Франция).

Субъектам обращения медицинской продукции предлагается проверить наличие в обращении указанного изделия, провести мероприятия по предотвращению его обращения в России и о результатах проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

МЕЖДУ МИНЗДРАВОМ РОССИИ, РОСЗДРАВНАДЗОРОМ И ФМБА РОССИИ РАСПРЕДЕЛИЛИ ПОЛНОМОЧИЯ В СФЕРЕ ДОНОРСТВА КРОВИ

Постановление Правительства РФ от 29 апреля 2013 г. № 381 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов» (не вступило в силу)

В связи с принятием нового Закона о донорстве крови и ее компонентов уточнены полномочия Минздрава России, Росздравнадзора и ФМБА России.

Нормативно-правовое регулирование сферы донорства осуществляет Министерство. Так, оно определяет порядок прохождения донорами медобследования, перечень медицинских противопоказаний для донорства, примерный пищевой рацион донора, случаи платного донорства и замены бесплатного питания денежной компенсацией, ее размер.

Минздрав России также устанавливает правила клинического использования донорской крови и ее компонентов, норматив их запаса, порядок его формирования и расходования. Он определяет правила учета донаций для награждения лица нагрудным знаком «Почетный донор России» и порядок осуществления ежегодной денежной выплаты почетным донорам.

Кроме того, на Министерство возложены координация деятельности службы крови и нормативное регулирование вопросов реализации регионами переданных им полномочий по осуществлению ежегодной денежной выплаты почетным донорам. Контролирует выполнение субъектами Федерации указанных полномочий Росздравнадзор.

На ФМБА России возложены госконтроль за обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, организация деятельности службы крови. Агентство формирует и ведет единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов.

ПРОИЗВОДСТВО И ТЕХОБСЛУЖИВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ: НОВЫЙ ПОРЯДОК ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ

Постановление Правительства РФ от 3 июня 2013 г. № 469 «Об утверждении Положения о лицензировании деятельности по производству и техническому обслуживанию (за исключением случая, если техническое обслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя) медицинской техники»

Устанавливается новый порядок лицензирования деятельности по производству и техобслуживанию медицинской техники (кроме случаев, когда техобслуживание осуществляется для собственных нужд). Ранее производство и техобслуживание являлись двумя самостоятельными видами лицензируемой деятельности.

Лицензирующим органом по-прежнему выступает Росздравнадзор.

Закрепляется понятие медицинской техники. Ранее оно не определялось.

Скорректированы лицензионные требования. Теперь они разделены на 2 группы. Первая — для соискателя лицензии. Вторая — для лицензиата. Предусмотрено, что регистрация медицинских изделий не требуется, если они будут изготавливаться по индивидуальным заказам пациентов исключительно для личного пользования. Так, у соискателя, намеревающегося производить медтехнику, должна быть необходимая для этого нормативная, техническая документация. А у соискателя, желающего осуществлять техобслуживание — эксплуатационная документация производителя. При производстве медицинской техники у лицензиата должна иметься система производственного контроля, необходимо соблюдать нормативную, техническую документацию. Ранее требовалось, чтобы у соискателя лицензии (лицензиата) были законные основания для производства патентованной медицинской техники и ее продажи. При техобслуживании лицензиат должен соблюдать эксплуатационную документацию производителя. Прежде — нормативную, техническую и эксплуатационную документацию на обслуживание медицинской техники.

Пересмотрен перечень документов, прилагаемых к заявлению о предоставлении лицензии.

Определено, что нужно указывать в заявлении о ее переоформлении.

Сведения о ходе принятия решения о предоставлении (переоформлении) лицензии, о ходе проверки соответствия соискателя лицензионным требованиям и проверки соблюдения их лицензиатом размещаются на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций).

Определен перечень работ (услуг) в составе лицензируемой деятельности (ранее не приводился).

СТРУКТУРА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПЕРЕДАННЫЕ ПОЛНОМОЧИЯ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН, И НАЗНАЧЕНИЕ ИХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ СОГЛАСОВЫВАЮТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С НОВЫМ ПОРЯДКОМ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2013 г. № 252н «Об утверждении порядка согласования назначения на должность (освобождения от должности) руководителей, структуры органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 мая 2013 г. Регистрационный № 28 506.

Структура региональных органов исполнительной власти, осуществляющих переданные федеральные полномочия в области охраны здоровья граждан, назначение на должность (освобождение от нее) их руководителей должны согласовываться с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Устанавливается новый порядок такого согласования. Основные изменения сводятся к следующему. Документы, представляемые для согласования, рассматриваются департаментами Минздрава России и Росздравнадзором, а также специальной Комиссией Минздрава России. Прежде этим занимались департаменты Минздравсоцразвития России, Росздравнадзор.

Решения о согласовании (об отказе в этом) принимаются Министром здравоохранения РФ (а не Министром здравоохранения и социального развития РФ).

При рассмотрении вопроса о согласовании назначения на должность учитываются уровень образования и квалификации кандидата, его опыт, результаты работы, итоги исследования его профессиональных качеств, включая индивидуальное собеседование, анкетирова-

ние, тестирование. А при решении вопроса о согласовании структуры органа оценивается возможность выполнения им переданных полномочий с соблюдением требований законодательства.

Документы рассматриваются в Минздраве в течение 30 рабочих дней.

Ответственный департамент направляет материалы департаментам-соисполнителям. Последние представляют свои предложения. Ответственный департамент по согласованию с председателем Комиссии определяет дату ее заседания и готовит обобщенную информацию по итогам рассмотрения поступивших предложений. По результатам заседания Комиссия выносит рекомендации о согласовании (об отказе в этом).

ПОЛИОМИЕЛИТ: АНАЛИЗ СИТУАЦИИ И ПЛАН ДЕЙСТВИЙ

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13 марта 2013 г. № 11 «О Плане действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации на 2013–2015 гг.» (не вступило в силу

Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 мая 2013 г. Регистрационный № 28 496.

Проанализирована эпидемиологическая ситуация по полиомиелиту в России.

Она осложнилась в 2010 г., когда в страну был завезен дикий полиовирус. Комплекс дополнительных профилактических и противоэпидемических мероприятий позволил стабилизировать эпидобстановку.

Вместе с тем отмечаются недостатки в работе по данному направлению.

Так, в отдельных регионах вакцинацией охвачено менее 95% населения.

Имеются территории, где не регистрируются ОВП или где не выполняется нормативный показатель их выявления (1 случай на 100 тыс. детского населения до 15 лет).

Снизились показатели своевременности выявления больных ОВП и адекватного их обследования. Отмечаются недостатки в системе подготовки медработников по вопросам диагностики ОВП. В ряде случаев не обеспечивается биологическая безопасность в вирусологических лабораториях.

Утвержден план действий по поддержанию свободного от полиомиелита статуса Российской Федерации на 2013–2015 гг.

В частности, предстоит актуализировать нормативную и методическую базы, повысить квалификацию медработников, укрепить материально-техническую базу вирусологических лабораторий, изучить циркуляцию и биохарактеристики полиовирусов, внедрить экспресс-методы диагностики. Важно наладить многоуровневый надзор (контроль) за имуннопрофилактикой.

Поручено разработать аналогичные региональные планы.

МЕДРАБОТНИКАМ ПРЕДЛОЖАТ ДЕЖУРИТЬ НА ДОМУ

Федеральный закон от 7 июня 2013 г. № 125-ФЗ «О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации» (не вступил в силу)

Скорректирован ТК РФ.

Закреплено, что медработникам с их согласия может устанавливаться дежурство на дому.

Под ним понимается пребывание сотрудника дома в ожидании вызова на работу (для оказания медпомощи в экстренной или неотложной форме).

Час дежурства будет учитываться как 1/2 часа рабочего времени.

Особенности учета и режима рабочего времени в рамках дежурств установит федеральный орган власти по выработке госполитики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОТПУСК МЕДИКАМ ЗА РАБОТУ С ВРЕДНЫМИ И (ИЛИ) ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА: ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ

Постановление Правительства РФ от 6 июня 2013 г. № 482 «О продолжительности ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда, предоставляемого отдельным категориям работников»

Некоторым медработникам установлен ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск за работу с вредными и (или) опасными условиями труда. Речь идет о лицах, которые оказывают психиатрическую помощь, непосредственно участвуют в оказании противотуберкулезной помощи, занимаются диагностикой и лечением ВИЧ-инфицированных, работают с материалами, содержащими ВИЧ.

Установлена продолжительность указанного отпуска по должностям (специальностям, категориям) сотрудников. Она колеблется от 14 до 35 дней.

Минтруду России поручено по согласованию с Минсельхозом России установить продолжительность сокращенного рабочего времени и ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска за работу с вредными и (или) опасными условиями труда 2 категориям лиц. Первая — ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи. Вторая — сотрудники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом с/х животных.

ДОНОРСТВО КРОВИ: ПАЕК МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ДЕНЬГАМИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 апреля 2013 г. № 265н «О случаях возможности замены бесплатного питания донора крови и (или) ее компонентов денежной компенсацией и порядке установления ее размера»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 мая 2013 г. Регистрационный № 28 584.

Определены случаи, в которых бесплатное питание для донора крови и (или) ее компонентов может быть заменено денежной компенсацией.

Первый — донорство с использованием мобильных комплексов заготовки крови.

Второй — донорство в помещениях, предоставленных федеральными органами исполнительной власти, в которых предусмотрена военная и приравненная к ней служба.

Третий — по письменному заявлению донора.

Компенсация составляет 5% от величины прожиточного минимума трудоспособного населения, установленной на дату сдачи крови и (или) ее компонентов в регионе, где осуществляется донорство.

ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ТОВАРОВ, СЫРЬЯ И КОМПЛЕКТУЮЩИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ИХ ПРОИЗВОДСТВА, ВВОЗ КОТОРЫХ В РОССИЮ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ НДС, БУДЕТ УТВЕРЖДАТЬ ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ

Федеральный закон от 7 июня 2013 г. № 130-ФЗ «О внесении изменения в статью 150 части второй Налогового кодекса Российской Федерации» (не вступил в силу)

Уточнен порядок применения освобождения от НДС при ввозе в Россию медицинских товаров.

В соответствии с НК РФ НДС не уплачивается при реализации в России важнейшей и жизненно необходимой медицинской техники, техсредств, используемых исключительно для профилактики инвалидности и реабилитации инвалидов, а также очков (кроме солнцезащитных),

оправ для них и линз. Льгота также распространяется на протезно-ортопедические изделия, материалы и сырье для их производства, полуфабрикаты к ним. Перечень таких товаров утверждает Правительство РФ.

Правительство РФ наделено еще одним полномочием. Оно определяет список медицинских товаров (из числа указанных выше), а также сырья и комплектующих изделий для их производства, ввоз которых в Россию освобождается от НДС.

Закон вступает в силу не ранее чем через 1 месяц после официального опубликования и не ранее 1-го числа очередного налогового периода по НДС.

ЗАДЕРЖАННЫЕ ТОЖЕ ИМЕЮТ ПРАВО НА МЕДПОМОЩЬ

Приказ МВД России от 18 марта 2013 г. № 141 «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи задержанным лицам в территориальных органах МВД России» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 мая 2013 г. Регистрационный № 28 554.

Прописано, как организуется оказание медицинской помощи задержанным полицией лицам. Речь идет о водворенных в помещения дежурных частей территориальных органов МВД России на срок до 48 часов (кроме тех, что задержаны за административные правонарушения).

Так, сотрудники ОВД должны безотлагательно организовать оказание медпомощи задержанному по его требованию.

Определены случаи, когда оперативный дежурный обязан вызвать скорую и до ее приезда оказать задержанному первую помощь. Это угроза здоровью или жизни задержанного из-за внезапного заболевания, обострения хронического заболевания, несчастного случая, травмы, отравления; заявление задержанного об ухудшении состояния здоровья; причинение себе телесных повреждений; попытка самоубийства в ОВД.

Во время осмотра задержанного медработниками сотрудники полиции должны обеспечить их безопасность. При наличии медпоказаний производится эвакуация в стационар государственной или муниципальной больницы. Задержанного перевозят медтранспортом, а при невозможности его использовать — служебным.

На время стационарного лечения задержанного его охрана организуется ОВД по согласованию с руководством медучреждения. Медперсонал должен заранее сообщить в ОВД о выписке задержанного.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА К ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСОРГАНОВ: ПОПРАВКИ

Федеральный закон от 7 июня 2013 г. № 112-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и Федеральный закон «Об обеспечении доступа к информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления» (не вступил в силу)

Скорректированы Законы об информации, информтехнологиях и защите информации и об обеспечении доступа к информации о деятельности госорганов и органов местного самоуправления.

Устанавливается, что информация, размещаемая ее обладателями в Интернете в формате, допускающем автоматизированную обработку без предварительных изменений человеком в целях повторного ее использования, является общедоступной информацией, размещаемой в форме открытых данных.

При этом должны соблюдаться нормы законодательства о гостайне, персональных данных и др. Вводятся нормы о единой системе идентификации и аутентификации.

Предусматривается, что Правительство РФ определяет случаи, при которых Интернет-доступ к госинформсистемам предоставляется исключительно пользователям, прошедшим авторизацию в названной единой системе, а также порядок ее применения.

Закрепляется, что общедоступная информация о деятельности госорганов и органов местного самоуправления предоставляется неограниченному кругу лиц посредством ее размещения в Интернете в форме открытых данных.

Периодичность размещения данных, сроки ее обновления, а также иные требования будут определяться в порядке, установленном Правительством РФ.

Поправки вступают в силу с 01.07.2013.

УПОТРЕБЛЯЛ ЛИ ШКОЛЬНИК (СТУДЕНТ) НАРКОТИКИ, ПОКАЖУТ ДОБРОВОЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ И МЕДОСМОТР

Федеральный закон от 7 июня 2013 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ»

Поправки посвящены профилактике незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ.

Так, одной из форм профилактики теперь является раннее выявление незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, состоящее из 2 элементов.

Во-первых, социально-психологическое тестирование обучающихся в образовательных организациях. Минобрнауки России определит, как оно должно проходить.

При этом указанные организации обязаны обеспечить конфиденциальность сведений, полученных в результате тестирования их обучающихся.

Во-вторых, профилактические медосмотры обучающихся с целью раннего выявления незаконного потребления наркотиков и психотропных веществ. Порядок их проведения установит Минздрав России, а условия — региональные органы госвласти.

Для проведения ранней диагностики употребления наркотиков и психотропных веществ требуется письменное информированное согласие одного из родителей (иного законного представителя) обучающихся, не достигших 15 лет, либо их самих (при достижении указанного возраста).

Если в результате социально-психологического тестирования и (или) профилактического медосмотра выявлено незаконное потребление наркотиков и психотропных веществ обучающимся, он направляется в специализированную медорганизацию (ее структурное подразделение), оказывающую наркологическую помощь. Для этого также нужно письменное информированное согласие обучающегося/законного представителя. Порядок установит Минздрав России по согласованию с Минобрнауки России.

Профилактика незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, наркомании возложена на федеральные органы исполнительной власти и органы госвласти субъектов Федерации. Закреплены их полномочия в этой сфере.

Поправки коснулись законов, посвященных наркотическим средствам и психотропным веществам, общим принципам организации законодательных (представительных) и исполнительных органов госвласти субъектов Федерации, образованию, основам системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Поправки вступают в силу по истечении 180 дней после официального опубликования.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ НА 2013 Г.: СЭКОНОМЛЕННЫЕ СРЕДСТВА НАПРАВЛЕНЫ НА РЕШЕНИЕ ПРИОРИТЕТНЫХ ЗАДАЧ

Федеральный закон Государственной Думы Федерального Собрания от 07 июня 2013 г. № 133-ФЗ

Скорректирован федеральный бюджет на 2013 г. и плановый период 2014–2015 гг.

Необходимость поправок обусловлена экономией бюджетных средств по результатам исполнения федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов за 2012 г. и за I квартал 2013 г. Изменения затрагивают показатели бюджета на 2013 г. При этом пересмотр не затронул макроэкономические (ВВП, уровень инфляции) и основные (объем доходов, расходов, дефицита бюджета) параметры, поскольку дополнительных поступлений ненефтегазовых доходов не предвидится.

Перераспределены бюджетные ассигнования на реализацию первоочередных и приоритетных задач и мероприятий. В частности, выделены дополнительные средства на выполнение так называемых майских указов Президента страны (модернизация дошкольного образования, повышение оплаты труда отдельных категорий медработников и др.), увеличено финансирование госпрограммы развития сельского хозяйства. Также дополнительные деньги направлены на перевод телевидения на цифровое вещание и на мероприятия в рамках подготовки к Чемпионату мира по футболу 2018 г.

Увеличен размер финансовой поддержки регионов и уменьшены межбюджетные трансферты бюджетам ПФР и ФСС РФ.

Сокращены ассигнования на фундаментальные и прикладные научные исследования.

Перераспределено финансирование по ряду федеральных целевых программ. Уточнены размеры взносов в уставные капиталы ОАО.

Кроме того, установлены дополнительные основания для внесения изменений в показатели сводной бюджетной росписи федерального бюджета.

Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

В ОБРАЩЕНИИ ОБНАРУЖЕН НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЙ ГЛЮКОМЕТР «СУПЕР ГЛЮКОКАРД II»

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 29 мая 2013 г. № 16И-534/13 «О незарегистрированном медицинском изделии»

Выявлено незарегистрированное медицинское изделие — «Глюкометр «Супер Глюкокард II» производства компаний «ARKRAY».

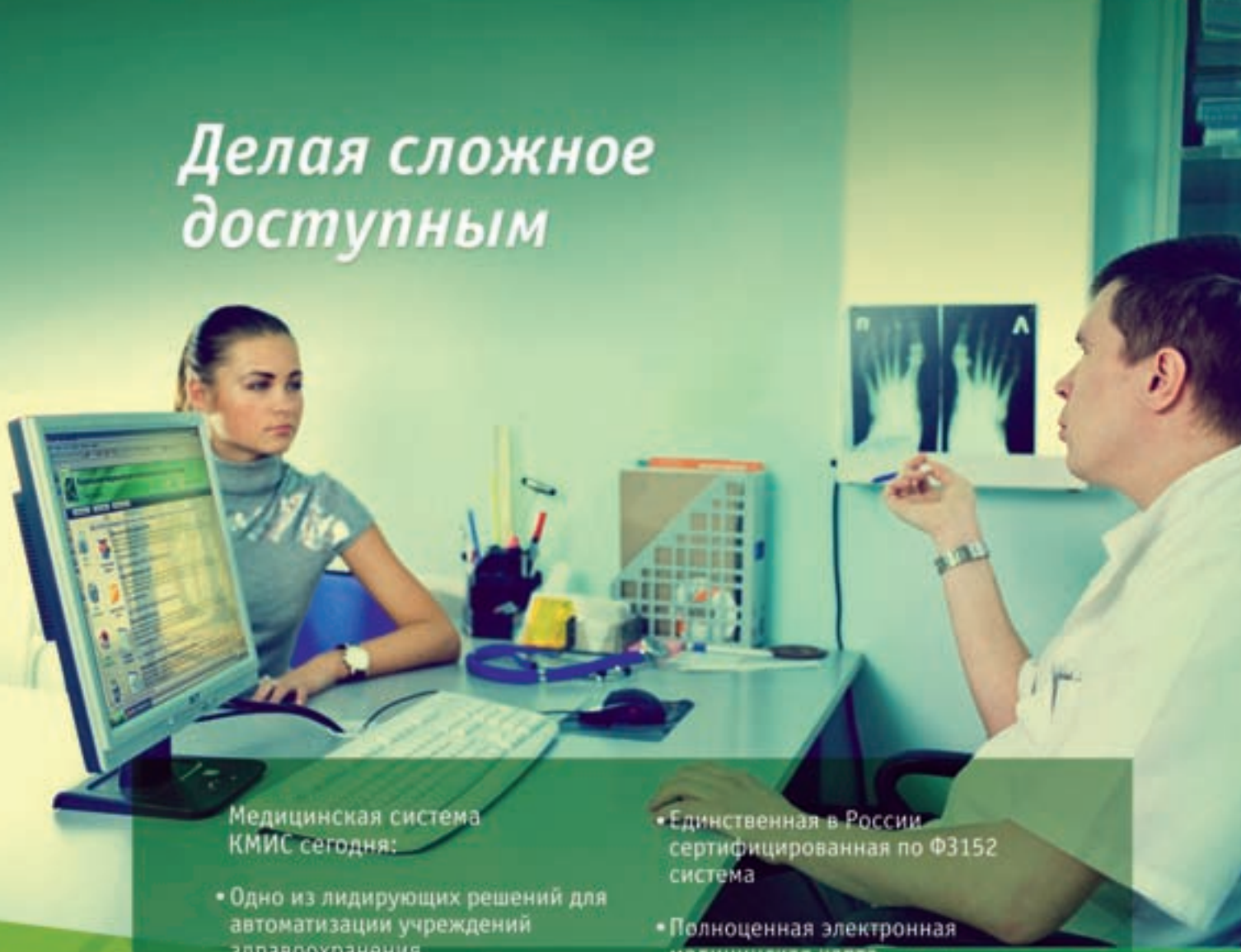
Субъектам обращения медицинской продукции предлагается проверить наличие в обращении указанного изделия, провести мероприятия по предотвращению его обращения в России и о результатах проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: **www.idmz.ru**

Делая сложное доступным



Медицинская система КМИС сегодня:

- Одно из лидирующих решений для автоматизации учреждений здравоохранения, насчитывающее свыше 200 внедрений / 12 тыс. пользователей
- Лучшая медицинская информационная система по результатам конкурса Ассоциации Развития Медицинских информационных Технологий (АРМИТ)
- Единственная в России сертифицированная по Ф3152 система
- Полноценная электронная медицинская карта, сертифицированная на соответствие всем основным ГОСТам и стандартам в области медицинской информатики
- Кросплатформенное решение с поддержкой СПО и работой как в толстом клиенте, так и в web-браузере

www.kmis.ru

КМИС
Комплексные медицинские информационные системы

185030, Республика Карелия
г.Петрозаводск, ул. Лизы Чайкиной, 23Б
тел/факс: (8142) 67-20-10
E-mail : info@kmis.ru

Менеджер
здравоохранения