

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 4.2015



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



**Продолжается подписка на журнал
«Врач и информационные технологии» на 2015 г.
(периодичность – 4 выпуска в год)**



Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д.11.
Тел./факс: (495) 618-07-92
E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru

www.idmz.ru

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82615** на полугодие

20103 на год

**Подписка через редакцию
(с любого номера, на любой срок):**

Стоимость подписки для любого региона РФ

• на один номер — **660 руб.**

• на полугодие — **1320 руб.**

• **2320 руб. – годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

**Оплату подписки следует произвести
по реквизитам:**

Получатель: ООО Издательский Дом

«Менеджер Здравоохранения»

Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва
ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва
р/с: 40702810638050105256,
к/с: 30101810400000000225
БИК 044525225

Код по ОКП 95200. Код по ОКПО 14188349

**В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку
на журнал "Врач и информационные технологии" на 2015 г.»,
Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.**

Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF
(точная копия бумажной версии журнала).

Стоимость годовой подписки на 2015 г. — 1400 рублей.

Стоимость годовой подписки на 2014 г. — 1000 рублей.

Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить
в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить
по электронной почте или скачать с сайта.

**Альтернативные агентства, принимающие подписку
на журнал «Врач и информационные технологии»:**

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/> Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

Уважаемые читатели!

Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов
Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной
подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Почему, по мнению ФАС, страховые компании, работающие в системе ОМС, и Росздравнадзор проводят экспертизу качества медицинской помощи незаконно
- Калькулятор прямых затрат как инструмент экономического обоснования расходов в сфере здравоохранения
- Факторы, влияющие на смертность от болезней системы кровообращения: мнение врачей различных специальностей
- Организационно-правовые проблемы регулирования специальной оценки условий труда медицинских работников



№ 4
2015

В номере:

ЮБИЛЕЙ

В.И. Стародубову – 65 лет

6-9

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Безопасность медицинской деятельности: что это такое и как ее должен обеспечить главный врач

Д.В. Пивень, И.С. Кицул

10-15

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Обеспеченность врачами общей практики и их деятельность в различных федеральных округах страны в период с 2007 по 2013 гг.

И.М. Сон, М.А. Иванова, И.А. Купеева, Т.А. Соколовская

16-24

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов — значение понятий для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи

О.Ю. Александрова, О.А. Нагибин

25-32

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Высокотехнологичная медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования

О.В. Обухова

33-41

МЕДИЦИНСКИЙ ДОКУМЕНТООБОРУТ

Совершенствование отчетности о переливании крови

**У.С. Султанбаев, А.Е. Беляев, Т.В. Гапонова,
Н.Д. Гречанюк, М.В. Зарубин, С.Р. Мадзаев, Х.С. Танкаева, Е.Б. Жибурт**

42-45

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава 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 стратегических 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

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 рекламирующий.

Учредитель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес издателя и редакции:

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

Главный редактор:

академик РАН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@mednet.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

Дата выхода в свет 05 мая 2015 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Стандарты медицинской помощи в России и США

И.В. Самородская, В.И. Степченков,
Ю.В. Батрова, А.В. Саверский

46-54

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Маршрутная карта выбора автоматизированных установок для обеззараживания медицинских отходов физическими методами

Т.В. Тимофеева, А.В. Балакаева,
О.И. Глазунова

55-63

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Поручения Президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения

А.А. Старченко

64-67

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Организационные и правовые основы перевода санитарок в уборщиков производственных или служебных помещений

Ф.Н. Кадыров, А.А. Совпель

68-75

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров

76-78

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

79-80



№4
2015

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Contents:

THE ANNIVERSARY

V.I. Starodubov – 65 years

6-9

FOCUS OF THE PROBLEM

Safety of medical activity: what is it and how the Chief doctor should provide it
D.V. Piven, I.S. Kitsul

10-15

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

**Supply of general practitioners and their activity in different federal districts
of the country in the period from 2007 to 2013 biennium**
I.M. Son, M.A. Ivanova, I.A. Kupeeva, T.A. Sokolovskaya

16-24

**List of vital and life critical drugs; meanings of the definition for specifying
state guarantees for free drug medical aid**
O.U. Alexsandrova, O.A. Nagibin

25-32

FINANCIAL MANAGEMENT

High-tech medical care in the system of compulsory health insurance
O.V. Obukhova

33-41

MEDICAL PAPERFLOW

Improved reporting on blood transfusion

U.S. Sultanbaev, A.E. Belyaev, T.V. Gaponova,
N.D. Grechanyuk, M.V. Zarubin, S.R. Madzaev, H.S. Tankaeva, E.B. Zhiburt

42-45

**Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...**

FOREIGN PRACTICE

Standards of medical care in Russia and USA

I.V. Samorodskaya, V.I. Stepchenkov,
Y.V. Batrova, A.V. Saversky

46-54

TECHNOLOGICAL MANAGEMENT

**A root sheet of selection specialized devices for health-care waste treatment
using physical methods. Part 1**

T.V. Timofeeva, A.V. Balakaeva, O.I. Glazunova

55-63

SPECIAL OPINION

**Orders of the President of Russian Federation: responsibilities of medical underwriters
on protecting citizen's rights in the field of healthcare**

A.A. Starchenko

64-67

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Administrative and legal principals for converting hospital nurses into cleaning
personnel of manufacturing or office premises**

F.N. Kadirov, A.A. Sovpel

68-75

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov

76-78

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

79-80



ВЛАДИМИРУ ИВАНОВИЧУ СТАРОДУБОВУ

— 65 лет!

Годы активной практической и научной деятельности Владимира Ивановича Стародубова пришлись на очень сложный для России период смены и становления новой социально-экономической формации, что напрямую коснулось всей системы отечественного здравоохранения. Именно в это непростое время со всей яркостью раскрылся его талант масштабного организатора здравоохранения, обладающего редкой способностью принимать взвешенные ответственные решения на основе собственного анализа и прогноза, правильной расстановки приоритетов и первоочередных задач. В результате практически все крупные и очень значимые явления, события и процессы, которые произошли, да и во многом происходят сейчас в российском здравоохранении, напрямую связаны с именем Стародубова Владимира Ивановича.

Достаточно вспомнить ключевые реформы и события последних 20 лет, сформировавшие отечественную систему охраны здоровья населения Российской Федерации в том виде, в каком она существует в начале 2015 года...

Первое — это создание и последующее развитие системы обязательного медицинского страхования, которая сегодня представляет собой главный базовый элемент здравоохранения России и обеспечивает финансирование более 90% всех оказываемых в стране объемов медицинской помощи. Владимир Иванович является не только одним из основоположников этой системы и ученым, во многом обеспечившим ее тео-

ретическое обоснование, но и организатором, обеспечившим практическое развитие этого вектора реформ. При активном участии В.И. Стародубова была создана теория, методология и система внедрения медицинского страхования в Российской Федерации, которые были направлены на определение роли и взаимоотношений субъектов медицинского страхования, определения их финансового взаимодействия и места в системе организации медицинской помощи. Под его руководством разрабатывались Федеральные законы «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (1991 год) и «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (1993 год), которые послужили первоосновой для внедрения новых механизмов экономического управления и финансирования здравоохранения. Созданная при непосредственном участии В.И. Стародубова нормативно-методическая база в виде постановлений Правительства России, приказов и распоряжений Минздрава, Минфина России, Федерального фонда ОМС обеспечила функционирование системы обязательного медицинского страхования.

Владимир Иванович является одним из основных разработчиков важнейшего стратегического документа, который, по сути, на долгие годы определил и продолжает определять эволюцию системы здравоохранения России. Речь идет о Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной



Постановлением Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. № 1387. Тогда, в 1997 году, трудно было себе представить, что пройдет всего несколько лет и то, что написано в Концепции, действительно начнет реализовываться. Многим экспертам ее положения показались абсолютно декларативными. Но жизнь доказала обратное. Чего стоит только это, закрепленное в Концепции, положение: «необходимо обеспечение адекватности финансовых ресурсов государственным гарантиям в сфере здравоохранения, поэтапное повышение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения, до 6–7% внутреннего валового продукта!» Эта важнейшая и актуальная на сегодняшний день задача была сформулирована В.И. Стародубовым еще в 1997 году, задав вектор на достижение этого индикатора на многие годы вперед. То же самое можно сказать и о всех федеральных целевых программах и проектах, которые сегодня имеют прочно закрепленное в бюджете финансирование, причем именно в том виде и по тому механизму, который был прописан в Концепции.

Следующим этапом профессионального пути В.И. Стародубова стала разработка и принятие в 1998 году «Программы государственных гарантий по обеспечению населения Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 г.». Сегодня всем организаторам здравоохранения понятно, зачем ежегодно принимается такая Программа. А тогда, в 1998 году, это был первый в истории новой России документ, на основании которого вся деятельность по обоснованию и принятию федерального бюджета в сфере здравоохранения, бюджета ОМС была упорядочена!

До этого исторического момента процесс принятия бюджетов здравоохранения регионов на местах осуществлялся весьма хаотично, **далеко не все до конца понимали**, что и в каком объеме должно финансироваться из бюджета, а что — из ОМС. Принятие этого документа во многом позволило в тот

непростой период стабилизировать финансовую ситуацию в здравоохранении, удержать отрасль от деструкции и раз渲ла в труднейшие 90-е годы и начало нулевых. Более того, этот документ заложил основу на ближайшие годы для дальнейшего развития национальной системы здравоохранения. Вся эта работа было проведена под руководством и при непосредственном участии Владимира Ивановича. Необходимо отметить, что разработанная и принятая в 1998 году «Программа государственных гарантий по обеспечению населения Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 г.» с тех пор практически не изменила свою структуру и по сей день лежит в основе ежегодно принимаемых в стране программ.

Новой и важнейшей вехой в развитии системы ОМС и всего здравоохранения России стало принятие решения о передаче полномочий по финансированию взносов на страхование неработающего населения с уровня муниципалитетов на уровень субъекта Федерации. И вновь ведущая роль в разработке правовых и финансовых механизмов этого весьма непростого вопроса принадлежит Владимиру Ивановичу Стародубову. Эту твердую последовательную позицию он проводил в течение ряда лет, и в конечном итоге она была реализована в формате федерального законодательства. Это привело к заметному увеличению финансирования отрасли, причем на регулярной основе.

Незаурядные организаторские способности Владимира Ивановича с особенной убедительностью проявились при реализации крупнейшего в истории новой России проекта в сфере здравоохранения — приоритетного национального проекта «Здоровье», начавшейся в 2005 году. Именно тогда впервые за многие годы по инициативе и при непосредственном участии В.В. Стародубова были приняты решения по укреплению этапа первичной медико-санитарной помощи: вве-





дены доплаты участковым врачам и медсестрам, врачам общей практики, фельдшерам ФАПов, врачам скорой медицинской помощи, обновлена материально-техническая база станций скорой медицинской помощи. Впервые в стране были введены родовые сертификаты, что позволило не только привлечь в отрасль дополнительные ресурсы (опять же на постоянной основе), но и реально добиться зависимости оплаты оказанной медицинской помощи в системе родовспоможения и детям первого года жизни от ее качества.

В рамках того же приоритетного национального проекта «Здоровье» под руководством и при личном участии Владимира Ивановича новый импульс развития получила российская высокотехнологичная помощь. Буквально за 4–5 лет были построены новые федеральные центры по наиболее востребованным видам высокотехнологичной помощи: трансплантологии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии, перинатологии, кардиохирургии.

Особенно следует отметить, что именно в эти годы по инициативе В.И. Стародубова было заложено сбалансированное формирование и развитие территориальной структуры российской высокотехнологичной медицинской помощи. В регионах не только создавалась сеть новых федеральных центров, но и за счет специально выделенных (и выделяемых поныне) федеральных средств появилась возможность укрепления и развития крупных региональных клиник субъектов Федерации, оказывающих высокотехнологичную помощь. На деле для очень многих пациентов это означало реальную возможность сохранения жизни, уменьшение тяжелой инвалидизирующей патологии, а ведь еще в конце 90-х и начале 2000-х для большинства нуждающихся пациентов медицинская помощь такого уровня была недоступной.

Все эти сложные и последовательные этапы, реализацию которых инициировал или обеспечивал (а чаще и инициировал, и обес-

печивал) Владимир Иванович Стародубов, позволили осуществить реальный переход отечественного здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. В результате радикально изменилась финансовая ситуация в отрасли, значительно укрепилась ее материально-техническая база, сформировалась, по сути, новая система управления.

Закономерным, главным, интегральным результатом эволюции отечественной системы здравоохранения, который все мы после долгого перерыва наблюдаем в последние годы, стали снижение смертности, увеличение продолжительности жизни, рост рождаемости. В достижение этого результата огромную, до конца не оцененную современниками лепту внес Владимир Иванович Стародубов, его идеи и их практическое воплощение.

Развитие сотрудничества в области здравоохранения Российской Федерации с другими странами и с международными организациями, прежде всего со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), также происходило при самом активном и деятельном участии Владимира Ивановича. После распада Советского Союза, уменьшения обязательных взносов в ВОЗ России было необходимо восстановить и укрепить свою роль в глобальном здравоохранении. В.И. Стародубов способствовал назначению высококвалифицированных международных экспертов на должность Специального представителя Генерального директора ВОЗ в России и установлению с ними эффективных рабочих отношений. Как результат с начала 2000-х выступления российских делегаций по широкому кругу вопросов повестки дня сессий руководящих органов ВОЗ становятся все более заметными и резонансными. На 61-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения В.И. Стародубов был избран членом Исполнительного комитета от Российской Федерации на 2008–2010 годы. С этого момента он начал активно пропагандировать в глобальную повестку дня вопросы





борьбы с неинфекционными заболеваниями, способствуя становлению России в качестве лидера глобального здравоохранения по этому направлению.

При поддержке В.И. Стародубова в Центральном НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, который много лет он возглавляет, в 1997 году был создан и результативно работает по сей день Документационный центр ВОЗ, а с 2014 года развернули деятельность два сотрудничающих с ВОЗ центра — по системам здравоохранения и общественного здоровья и по информации здравоохранения. В 2014 году Институт стал одним из инициаторов Европейской инициативы ВОЗ по информации здравоохранения.

В.И. Стародубов без малого два десятилетия активно способствует интеграции российского и международного опыта организации систем здравоохранения. В 1998 году он стал сопредседателем Комитета по здравоохранению Российско-Американской объединенной комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству, а в 2011 году — сопредседателем подгруппы по научному сотрудничеству в сфере здравоохранения в Двухсторонней президентской комиссии. В рамках двухстороннего сотрудничества с Францией он возглавляет направление профилактики фетального алкогольного синдрома новорожденных; с Финляндией — направление укрепления здоровья во всех секторах и оценки потенциально потерянных лет жизни из-за преждевременной смертности, с Германией — направление по оценке качества медицинской помощи. С момен-

та создания Партнерства «Северного измерения» в области здравоохранения и социального благополучия ЦНИИОИЗ играет ведущую роль в сотрудничестве со странами Северной Европы.

Академик РАН В.И. Стародубов продолжает активную деятельность и в качестве администратора медицинской науки. Сегодня он исполняет обязанности академика-секретаря отделения медицинских наук РАН, является заместителем председателя ВАК, председателем диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение».

У Стародубова все получилось и получается, потому что он — масштабный государственник, профессионал, патриот! Сложностей и испытаний в его профессиональном восхождении за последние 20 лет возникало, наверное, неизмеримо больше, чем удовлетворенности от сделанного и признания заслуг. К сожалению, это — типичный удел результативных и масштабных людей.

Наверное, еще нужно какое-то дополнительное время, чтобы с еще большего расстояния увидеть и по-новому оценить роль Владимира Ивановича в становлении и развитии российской системы здравоохранения, в достижении ощутимых и позитивных перемен. К сожалению, соотечественникам свойственно запаздывать с осмыслением того, что сделано их выдающимися современниками. Поэтому очень хорошо, что есть юбилеи, которые дают повод оценить уникальных и дерзновенных творцов современной истории России, ее лучших сынов, Граждан с большой буквы.



С юбилеем Вас, дорогой наш Владимир Иванович!

Будьте здоровы!

Коллеги, ученики,
организаторы здравоохранения,
все, для кого дорого и свято имя юбиляра
Д.В.Пивень





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



БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ЧТО ЭТО ТАКОЕ И КАК ЕЕ ДОЛЖЕН ОБЕСПЕЧИТЬ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. Безопасность медицинской деятельности: что это такое и как ее должен обеспечить главный врач [г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, Россия]

Аннотация. В статье обосновывается и раскрывается содержание работы в медицинской организации по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности. Сформулированы первоочередные задачи, которые должны быть решены каждым руководителем медицинской организации по данному направлению. Подчеркнуто, что основным органом медицинской организации для рассмотрения вопросов и принятия решений по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности должна быть врачебная комиссия.

Ключевые слова: безопасность медицинской деятельности, качество медицинской деятельности, медицинская организация, врачебная комиссия, главный врач.

Прошло уже более 3 лет со дня принятия Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы), закона, в котором впервые в Российской Федерации перед руководителями медицинских организаций была поставлена задача по обеспечению не только качества, но и безопасности медицинской деятельности. Очевидно, что в содержательном плане данная задача не стала абсолютно новой, так как теми или иными вопросами безопасности медицинской деятельности организаторы здравоохранения занимались всегда. В то же время было бы совершенно неверным утверждать, что понятие **безопасность медицинской деятельности** просто является новым понятием, содержанием которого являются «старые» и при этом хорошо известные направления деятельности медицинской организации. Полагаем, что все в этом вопросе гораздо сложнее и причин для этого можно назвать несколько.

Во-первых, задача обеспечения и контроля безопасности медицинской деятельности как самостоятельное направление сформулирована в главном отраслевом законе все-таки впервые, ранее так предметно она не ставилась и в лучшем случае необходимость обеспечения безопасности лишь подразумевалась в том числе.

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2015 г.



Во-вторых, без четкого системного понимания, что такое **безопасность медицинской деятельности** и как она связана с качеством медицинской деятельности, обеспечить, а, следовательно, и контролировать ее в медицинской организации будет просто невозможно.

В-третьих, сегодня каждому руководителю медицинской организации необходимо выработать соответствующий алгоритм управленческих решений по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности. Не стоит забывать и то, что сейчас безопасность медицинской деятельности становится предметом все более пристального контроля со стороны надзорных органов.

В своих публикациях мы уже не раз говорили о том, что крайне необходимо дополнить Основы определением понятия **безопасность медицинской деятельности** [1, 2, 6, 7, 8, 11]. Да и определение понятия **безопасность медицинской помощи** тоже необходимо сформулировать, так как на наш взгляд, эти понятия отнюдь не являются тождественными. К сожалению, пока этого не произошло, и Основы не дополнены этими понятиями, но в том, что это непременно произойдет, никаких сомнений быть не может.

Уже сейчас можно сделать вывод о том, что в настоящее время в здравоохранении Российской Федерации формируется новое самостоятельное направление работы медицинских организаций — **обеспечение и контроль безопасности медицинской деятельности**. И завершится этот непростой процесс не завтра.

Для того, чтобы разобраться с содержанием данной работы и с технологией ее организации, на уровне медицинской организации напомним, что ранее нами было предложено следующее определение безопасности медицинской деятельности [1].

Безопасность медицинской деятельности — совокупность характеристик, отражающих безопасность составляющих медицинскую деятельность работ (услуг),

ресурсов, в том числе кадровых и материально-технических, безопасность в сфере обращения медицинских изделий, лекарственных средств, а также безопасность условий оказания медицинской помощи.

Обращаем внимание читателя, что в приведенной формулировке дано определение понятия **безопасность медицинской деятельности**, а не понятия **безопасность**. Это принципиально важно потому, что, если в данном случае считать, что здесь дается определение понятия **безопасность**, то получится, что **безопасность** это и есть **безопасность**. Как авторы представленного выше определения мы это прекрасно понимаем, и именно поэтому нами предложено определение развернутого понятия **безопасность медицинской деятельности**.

Что же касается понятия **безопасность**, то в законодательстве Российской Федерации оно существует уже достаточно давно. Базовым документом, регламентирующим в России вопросы обеспечения безопасности, является Закон РФ от 5 марта 1992 г. № 2446-1 «О безопасности» (далее Закон о безопасности). Статья 1 данного закона гласит:

«Безопасность — состояние защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства от внутренних и внешних угроз.

Жизненно важные интересы — совокупность потребностей, удовлетворение которых надежно обеспечивает существование и возможности прогрессивного развития личности, общества и государства.

К основным **объектам безопасности** относятся: личность — ее права и свободы; общество — его материальные и духовные ценности; государство — его конституционный строй, суверенитет и территориальная целостность».

Полагаем, что указанные выше определения из Закона о безопасности являются весьма удачными и хорошо проецируются, в том





числе и на медицинскую деятельность. Ну, а так как медицинская деятельность, как известно, напрямую касается защищенности здоровья и жизни, то последние, безусловно, являются жизненно важными интересами личности и общества.

Коль скоро в соответствии с Основами обеспечение и контроль безопасности медицинской деятельности сегодня являются одной из важнейших задач, стоящих перед каждым главным врачом, приведем еще ряд актуальных положений из Закона о безопасности, о которых стоит напомнить.

В статье 2 данного закона сказано, что «граждане, общественные и иные организации и объединения являются субъектами безопасности, обладают правами и обязанностями по участию в обеспечении безопасности в соответствии с законодательством Российской Федерации...». А статья 4 Закона о безопасности констатирует, что «безопасность достигается проведением единой государственной политики в области обеспечения безопасности, системой мер экономического, политического, организационного и иного характера, адекватных угрозам жизненно важным интересам личности, общества и государства».

С учетом представленных выше положений Закона о безопасности можно сделать два важных вывода.

- безопасность медицинской деятельности является совершенно конкретным отраслевым сегментом безопасности в целом;
- обеспечение безопасности медицинской деятельности достигается системой мер, принимаемых и реализуемых в здравоохранении в целом, в том числе и на уровне каждой медицинской организации.

Очевидно, что Основам сегодня весьма не хватает ряда статей, обеспечивающих определенную преемственность в части нормативно-правового регулирования безопасности медицинской деятельности с Законом о безопасности и наполняющих ее конкретным отраслевым содержанием. То же самое

касается и Закона о безопасности, который в данном случае требует необходимой коррекции и конкретизации в части отраслевых составляющих безопасности, а также уточнения полномочий организаций, в том числе и полномочий медицинских организаций в соответствующих ведомственных вопросах. Надеемся, что профильные комитеты Государственной Думы обратят на это внимание, и правовые основы обеспечения безопасности медицинской деятельности в указанных выше законах будут раскрыты более полно, конкретно и взаимосвязанно, так как необходимость в этом давно назрела.

Несмотря на то, что законодательное регулирование вопросов безопасности медицинской деятельности еще весьма далеко от совершенства, действующей редакцией Основ на руководителей медицинских организаций уже сейчас возложена обязанность по ее обеспечению и контролю.

Очевидно, что первым шагом в этой работе для руководителя каждой медицинской организации должно стать определение основных направлений безопасности медицинской деятельности, проще говоря, их перечня.

Как мы уже отмечали в наших предыдущих публикациях [1, 2], **безопасность медицинской деятельности** включает следующие направления, работа по которым должна постоянно проводиться в медицинской организации:

- обеспечение безопасности медицинских вмешательств и медицинских услуг;
- обеспечение безопасного обращения медицинских изделий;
- обеспечение безопасного обращения лекарственных средств;
- обеспечение инфекционной безопасности в медицинской организации;
- обеспечение безопасного обращения медицинских отходов;
- обеспечение надлежащего уровня подготовки и квалификации медицинских кадров;
- обеспечение безопасности при обработке персональных данных и работе с конфиденциальной информацией;



- обеспечение безопасных условий оказания медицинской помощи;
- обеспечение иных мер безопасности, предусмотренных действующим законодательством (противопожарной и т.д.);
- антикоррупционная безопасность;
- антитеррористическая и т.д.

Безусловно, предлагаемый перечень направлений обеспечения безопасности медицинской деятельности — неисчерпывающий и может (должен) быть дополнен и расширен.

Необходимо отметить, что каждое из указанных выше направлений безопасности медицинской деятельности не является для руководителей медицинской организации абсолютно новым, так как в той или иной степени работа по ним всегда проводилась и проводится.

Так что же изменилось? Какие же новые задачи стоят сегодня перед каждым главным врачом?

Частично мы уже ответили на эти вопросы выше, теперь акцентируем внимание на задачах.

Новые первоочередные задачи, стоящие перед руководителем медицинской организации в части обеспечения и контроля безопасности медицинской деятельности, можно сформулировать следующим образом.

Задача 1. Необходимо утвердить в медицинской организации основные направления работы медицинской организации по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности, выделив при этом наиболее актуальные именно для данной организации. Часть таких направлений мы представили выше.

Задача 2. Необходимо сформировать порядок работы медицинской организации по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности. Данный порядок должен включать следующее;

- назначение лица, отвечающего за безопасность медицинской деятельности в целом;

— назначение лиц, ответственных за каждое конкретное направление работы медицинской организации по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности;

— разработку планов работы по указанным направлениям, а также создание внутренних регламентирующих документов.

Задача 3. Необходимо по каждому из утвержденных в медицинской организации направлений безопасности медицинской деятельности определить реальные и потенциальные угрозы безопасности и меры по их предотвращению.

Задача 4. Необходимо создать систему внутреннего контроля безопасности медицинской деятельности, включающую его этапы, механизмы, ответственных лиц, взаимодействия и т.д.

Следует подчеркнуть, что если не проделать эту работу, то в медицинской организации никакого системного содержания, а значит, и никаких системных решений по вопросам обеспечения и контроля безопасности медицинской деятельности в соответствии с новыми требованиями разработано и принято не будет. Увы, такая ситуация сегодня весьма распространена.

Для того, чтобы работа по обеспечению и контролю безопасности медицинской деятельности носила системный характер, местом рассмотрения и решения соответствующих вопросов должна быть исключительно врачебная комиссия медицинской организации, а не какой-либо иной совещательной орган. Все вопросы, связанные с безопасностью медицинской деятельности, должны быть постоянно в поле зрения именно врачебной комиссии как высшего совещательного органа медицинской организации и регулярно включаться в план-график ее работы. В этой связи в крупных медицинских организациях целесообразно было бы создать соответствующую подкомиссию.

В медицинской организации эффективность работы по каждому направлению





безопасности медицинской деятельности сегодня определяется и будет определяться в дальнейшем умением собирать и анализировать те федеральные нормативные документы, которые к данному направлению предъявляют определенные требования, и соблюдение которых в свою очередь и надо будет контролировать. А таких нормативных документов, как правило, бывает очень много, и при этом издаются они нередко разными ведомствами, а не только МЗ РФ.

Например, для организации работы по безопасному обращению медицинских изделий как минимум необходимо проанализировать и организовать выполнение следующих федеральных нормативно-правовых актов:

— Закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

— Закона Российской Федерации от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений»;

— Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

— Постановления Правительства РФ от 25 сентября 2012 г. № 970 г. «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий»;

— Постановления Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»;

— Постановления Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»;

— Приказа МЗ РФ от 15 августа 2012 г. № 89н «Об утверждении Порядка проведения испытаний в целях утверждения типа средств измерений, а также Перечня медицинских изделий, относящихся к средствам измерений в сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, в отношении которых проводятся испытания в целях утверждения типа средств измерений»;

— нормативных документов Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии;

— Приказа МЗиСР РФ № 1198н от 27 декабря 2011 г. «Об утверждении Правил в сфере обращения медицинских изделий»;

— Приказа МЗ РФ от 6 июня 2012 г. № 4н «Об утверждении Номенклатурной классификации медицинских изделий»;

— Приказа МЗ РФ от 14.09.2012 № 175н «Об утверждении Порядка осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий»;

— Приказа МЗ РФ от 20 июня 2012 г. № 12н «Об утверждении Порядка сообщения субъектами обращения медицинских изделий обо всех случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, о нежелательных реакциях при его применении, об особенностях взаимодействия медицинских изделий между собой, о фактах и об обстоятельствах, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий».

И это далеко не полный перечень «крупных» документов всего лишь по одному направлению безопасности медицинской деятельности, требования которых должны быть в медицинской организации не только тщательно проработаны, но и в последующем должны постоянно выполняться и контролироваться. Кроме того, совершенно очевидно и то, что без четкой внутренней регламентации выполнение установленных федеральных требований невозможно. Поэтому разработка тематических локальных нормативных актов по каждому направлению обеспечения безопасности медицинской деятельности является стратегической задачей для каждой медицинской организации [1–12].

С учетом того, что в Основах обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности фактически представлено важнейшей двуединой задачей, мы всегда имен-



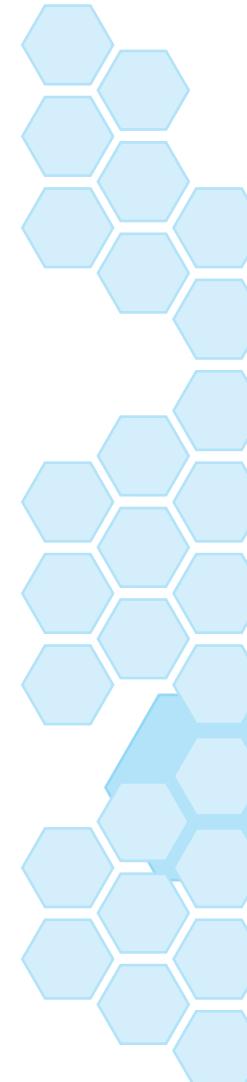
но с этих позиций рассматривали самые разные вопросы работы медицинских организаций [3, 4, 5, 9, 10, 11, 12]. В то же время обеспечение безопасности медицинской деятельности имеет определенную специфику

и особенности, а это в свою очередь требует конкретных и последовательных действий от руководителей медицинских организаций, наиболее значимые фрагменты которых мы обозначили в данном материале.



Литература

- 1.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности: монография. — М.: Менеджер здравоохранения, 2014. — 172 с.
- 2.** Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 16–26.
- 3.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 6–12.
- 4.** Пивень Д.В., Кицул И.С. О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 7. — С. 15–20.
- 5.** Пивень Д.В., Кицул И.С. О праве пациента на проведение консультаций врачами-специалистами по его требованию или по требованию его законных представителей//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10. — С. 12–17.
- 6.** Пивень Д.В., Кицул И.С. О некоторых проблемах реализации Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 12. — С. 6–13.
- 7.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Коррупция в медицинской организации: механизмы противодействия//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 2. — С. 6–12.
- 8.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Качество медицинской помощи или качество и безопасность медицинской деятельности: что же сегодня все-таки контролируется в медицинских организациях?//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 5. — С. 15–22.
- 9.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Обращение медицинских изделий в медицинской организации: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 1//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 7. — С. 15–22.
- 10.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Обращение медицинских изделий в медицинской организации: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 2//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 8. — С. 6–11.
- 11.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 11. — С. 6–10.
- 12.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Работа с обращениями граждан в медицинской организации как один из важнейших индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности//Менеджер здравоохранения. — 2015. — № 2. — С. 6–12.



UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. *Safety of medical activity: what is it and how it should be provided by the chief doctor* (Saint-Petersburg, Irkutsk, Russia)

Abstract. The article deals with the contents of medical organization working to support and monitor the safety of medical activity. Priorities that should be decided by each head of the medical organization in this field. Emphasized that the main body of the medical organization for addressing issues and making decisions on ensuring and monitoring the safety of medical practice must be a medical Commission.

Keywords: safety of medical activity, quality of medical activity, medical organization, medical Commission, chief doctor.



И.М. Сон,

д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Центральный НИИ организаций и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

М.А. Иванова,

д.м.н., профессор, заведующая отделением «Нормирование труда медицинских работников» ФГБУ «Центральный НИИ организаций и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

И.А. Купеева,

д.м.н., заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

Т.А. Соколовская,

к.м.н., главный специалист отделения «Нормирование труда медицинских работников» ФГБУ «Центральный НИИ организаций и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, y-sokolovskaya@mail.ru

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАЗЛИЧНЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГАХ СТРАНЫ В ПЕРИОД С 2007 ПО 2013 ГГ.

УДК 614.2

Сон И.М., Иванова М.А., Купеева И.А., Соколовская Т.А. *Обеспеченность врачами общей практики и их деятельность в различных федеральных округах страны в период с 2007 по 2013 гг. (ФГБУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ; г. Москва, Россия; Министерство здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В Российской Федерации с 2007 по 2013 гг. показатель обеспеченности врачами общей практики стабильно возрастал. Наиболее выраженные положительные тенденции регистрировались в Южном ФО (53,9%), наименьшие — в Сибирском ФО (2,6%). Наряду с этим, показатели функции врачебной должности и коэффициенты ее отклонения имели значительную вариабельность (максимальные в Северо-Кавказском ФО: +40,6%, минимальные — в Уральском ФО: +14,6%). Также отмечалось снижение числа специалистов, особенно в Северо-Западном и Уральском ФО, что способствовало росту объемов оказания медицинской помощи ВОП в целом по стране, что за период с 2007 по 2013 гг. составило +31,4%. Увеличилось и доля пациентов ВОП на дому, особенно сельскими жителями. Подавляющее число посещений врачей данной специальности было по поводу заболеваний. Подобная ситуация требует переоценки оказания первичной медико-санитарной помощи для населения с целью повышения доступности медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики, с учетом положительного опыта ряда субъектов Российской Федерации.

Ключевые слова: врачи общей практики, обеспеченность, функция врачебной должности, укомплектованность, медицинская помощь, сельские жители.

Актуальность

Врачи общей практики (семейные врачи, далее — ВОП) являются специалистами первичного звена, которые отвечают за здоровье прикрепленного населения, оказывая профилактическую и лечебно-диагностическую помощь, в том числе выполняя функции врачей других специальностей (хирургов, неврологов, оториноларингологов и т.д.) [7, 4]. В связи с чем их значение в развитии первичной медико-са-

© И.М. Сон, М.А. Иванова, И.А. Купеева, Т.А. Соколовская, 2015 г.



Таблица 1

Обеспеченность врачами общей практики (семейными врачами) (занятыми врачебными должностями) в поликлинике (амбулатории) в Российской Федерации, федеральных округах в динамике за 2007–2013 годы (на 10 000 всего населения)

Субъекты	Годы							Темпы прироста / убыли (%)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2012/2007	2013/2007
Российская Федерация	0,56	0,63	0,68	0,71	0,74	0,76	0,7	12,8	8,0	5,5	4,1	2,6	37,4	+25,0
Центральный ФО	0,46	0,54	0,60	0,63	0,64	0,66	0,6	17,2	10,4	4,4	2,2	2,6	41,6	+30,4
Северо-Западный ФО	0,66	0,73	0,79	0,87	0,88	0,93	0,8	11,1	7,8	10,0	1,4	5,6	41,1	+21,2
Южный ФО	0,26	0,30	0,32	0,38	0,42	0,44	0,4	15,5	6,5	18,6	9,7	4,4	67,2	+53,9
Северо-Кавказский ФО	0,52	0,53	0,55	0,53	0,50	0,48	0,4	2,0	4,0	-3,7	-5,0	-4,9	-7,5	-23,1
Приволжский ФО	1,00	1,11	1,16	1,25	1,33	1,36	1,2	10,7	4,5	7,7	6,2	2,4	35,4	+20,0
Уральский ФО	0,38	0,48	0,54	0,55	0,57	0,59	0,5	26,2	13,9	1,5	2,8	4,6	56,9	+31,6
Сибирский ФО	0,39	0,42	0,47	0,48	0,50	0,50	0,4	9,2	10,9	2,2	3,6	0,8	29,2	+2,6
Дальневосточный ФО	0,31	0,37	0,39	0,43	0,44	0,47	0,4	20,0	6,0	8,0	2,9	6,7	50,9	+29,0

нитарной помощи трудно переоценить, особенно для жителей сельских муниципальных образований [3]. Кроме того, развитие общих врачебных практик является инструментом повышения доступности медицинской помощи в условиях недостатка врачебного персонала, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях [1, 2, 5, 6].

Цель исследования: провести анализ обеспеченности и деятельности врачей общей практики в различных федеральных округах страны.

Материал и методы: для того, чтобы оценить обеспеченность и роль ВОП в развитии первичной медико-санитарной помощи методом описательной статистики нами проведен анализ данных форм федерального статистического наблюдения № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических работниках» за 2007–2013 гг.

Результаты и их обсуждение

По данным федерального статистического наблюдения, в Российской Федерации в це-

лом в период с 2007 по 2013 гг. показатель обеспеченности врачами общей практики стабильно возрастал. Так, в 2007 г. обеспеченность населения ВОП составляла 0,56 на 10 000 населения, к 2013 г. она выросла до 0,7. Прирост за анализируемый период составил 25,0%. Подобная ситуация была характерна для большинства федеральных округов (далее — ФО), за исключением Северо-Кавказского ФО, где произошло снижение обеспеченности ВОП на 23,1%. Наибольший прирост показателя наблюдался в Южном ФО (53,9%), наименьший — в Сибирском ФО (2,6%) (табл. 1).

Максимальный положительный коэффициент отклонения показателя обеспеченности населения врачами общей практики от среднероссийского уровня в начале и в конце анализируемого периода (2007 и 2013 гг.) отмечен в СЗФО (118,2 — 114,3%) и ПФО (180,3 — 171,4%), минимальный (отрицательный) — в ЮФО (46,9 — 57,1%) (табл. 2).

Динамика функции врачебной должности ВОП за период с 2007 по 2013 гг. отмеча-





Таблица 2

**Коэффициенты отклонения обеспеченности врачами общей практики
(семейными врачами) в федеральных округах по соотношению
к Российской Федерации в динамике за 2007–2013 годы (%)**

Субъекты	Годы						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Центральный ФО	83,4	86,6	88,5	87,6	85,9	85,9	85,7
Северо-Западный ФО	118,2	116,4	116,2	121,1	117,9	121,3	114,3
Южный ФО	46,9	48,0	47,4	53,2	56,1	57,1	57,1
Северо-Кавказский ФО	92,9	84,1	81,0	73,9	67,5	62,5	57,1
Приволжский ФО	180,3	176,9	171,1	174,6	178,1	177,7	171,4
Уральский ФО	67,8	75,8	79,9	76,9	75,9	77,4	71,4
Сибирский ФО	69,9	67,7	69,5	67,3	66,9	65,8	57,1
Дальневосточный ФО	55,7	59,2	58,1	59,5	58,8	61,2	57,1

Таблица 3

**Фактическая функция врачебной должности врачей общей практики
(семейных врачей) в Российской Федерации, федеральных округах
в динамике за 2007–2013 годы**

Субъекты	Годы							Темпы прироста / убыли (%)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2012/2007	2013/2007
Российская Федерация	4293,0	4586,6	4781,2	4809,5	4726,4	4681,2	4722	6,8	4,2	0,6	-1,7	-1,0	9,0	+10,0
Центральный ФО	3767,8	4253,4	4360,7	4495,3	4403,7	4467,7	4520,4	12,9	2,5	3,1	-2,0	1,5	18,6	+10,0
Северо-Западный ФО	4121,5	4346,4	4576,2	4528,2	4492,7	4389,5	4409,8	5,5	5,3	-1,0	-0,8	-2,3	6,5	+20,0
Южный ФО	4715,3	5088,6	5605,9	5339,7	5266,2	5162,8	5587,4	7,9	10,2	-4,7	-1,4	-2,0	9,5	+7,0
Северо-Кавказский ФО	4360,3	4515,4	5202,8	5425,4	5847,3	6356,0	6129,8	3,6	15,2	4,3	7,8	8,7	45,8	+18,5
Приволжский ФО	4651,5	4933,7	5099,3	5039,1	4934,1	4896,9	4861,2	6,1	3,4	-1,2	-2,1	-0,8	5,3	+40,6
Уральский ФО	3739,4	4098,1	4535,8	4435,6	4344,8	4014,9	4034,9	9,6	10,7	-2,2	-2,0	-7,6	7,4	+4,5
Сибирский ФО	4282,1	4584,4	4724,9	4793,0	4573,9	4377,4	4546,2	7,1	3,1	1,4	-4,6	-4,3	2,2	+7,9
Дальневосточный ФО	4536,1	3995,6	4481,8	4387,1	4433,1	4224,3	4502,4	-11,9	12,2	-2,1	1,0	-4,7	-6,9	+6,2

ется нестабильностью показателя. Так, минимальное ее значение было зарегистрировано в 2007 г., когда функция врачебной должности составляла 4293 посещения в поликлинике (амбулатории) и на дому на одну

занятую должность ВОП. К 2010 г. значение показателя увеличилось до 4809,5 посещений. Далее в 2011–2012 гг. наблюдалось снижение, в 2013 году показатель вновь вырос до 4722 посещений на занятую дол-



Таблица 4

Коэффициенты отклонения фактической функции врачебной должности врачей общей практики (семейных врачей) в федеральных округах по отношению к Российской Федерации в динамике за 2007–2013 годы (%)

<i>Субъекты</i>	<i>Годы</i>						
	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
Российская Федерация	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Центральный ФО	87,8	92,7	91,2	93,5	93,2	95,4	95,7
Северо-Западный ФО	96,0	94,8	95,7	94,2	95,1	93,8	93,4
Южный ФО	109,8	110,9	117,2	111,0	111,4	110,3	118,3
Северо-Кавказский ФО	101,6	98,4	108,8	112,8	123,7	135,8	129,8
Приволжский ФО	108,4	107,6	106,7	104,8	104,4	104,6	102,9
Уральский ФО	87,1	89,3	94,9	92,2	91,9	85,8	85,4
Сибирский ФО	99,7	100,0	98,8	99,7	96,8	93,5	96,3
Дальневосточный ФО	105,7	87,1	93,7	91,2	93,8	90,2	95,3

жность. При этом в целом за 2007–2013 гг. функция врачебной должности ВОП по Российской Федерации увеличилась на 10,0%. В большинстве федеральных округов динамика функции врачебной должности соответствует среднероссийской. В Южном и Северо-Кавказском федеральных округах функция врачебной должности ВОП превышала среднероссийский показатель. К примеру, в 2013 году в Северо-Кавказском ФО превышение показателя было на 29,8%, в Южном ФО — на 18,3%. Максимально низкие показатели по отношению к среднероссийскому остаются в Уральском (на 14,6%) и Северо-Западном (на 6,6%) федеральных округах.

Максимальное число посещений с приростом на 40,6% за период с 2007 по 2013 гг. было отмечено в Северо-Кавказском ФО, где функция врачебной должности ВОП в рассматриваемом периоде выросла на 40,6%, составив в 2013 г. 6129,8 посещений на одну занятую должность.

В федеральных округах показатели отклонений функции врачебной должности по отношению к общероссийским были выше 80,0%: в 2012–2013 гг. в Северо-Кавказском ФО отклонение составило 135,8 и 129,8%, Южном — 110,3 и 118,3%, Приволжском — 104,6 и 102,9%, соответственно (табл. 4).

Результаты анализа укомплектованности физическими лицами врачами общей практики в разрезе федеральных округов за период с 2007 по 2013 гг., представленные в таблице 5, свидетельствуют о снижении числа специалистов за последние два года в Северо-Западном и Уральском федеральных округах. Незначительный рост относительно предыдущего года произошел в Южном, Дальневосточном и Сибирском федеральных округах (на 7,3–5,7 и 3,0%, соответственно).

В 2007–2010 гг. коэффициент совместительства ВОП в медицинских организациях страны составлял 1,1, в 2011–2012 гг. увеличился до 1,2. За анализируемый период коэффициент совместительства ВОП в Центральном и Северо-Западном ФО стабильно составлял 1,2, в Южном ФО и Северо-Кавказском ФО — 1,1. В остальных федеральных округах показатель несколько варьировал. В 2013 году коэффициент совместительства вырос в Южном ФО (с 1,1 до 1,2) (табл. 6).

Анализ объемов медицинской помощи в поликлинике (амбулатории) и на дому в расчете на 1000 населения, оказываемых врачами общей практики в Российской Федерации, в целом в период с 2007 по 2012 гг. стабильно возрастал. Так, в 2007 г. общее число посещений ВОП в целом по стране

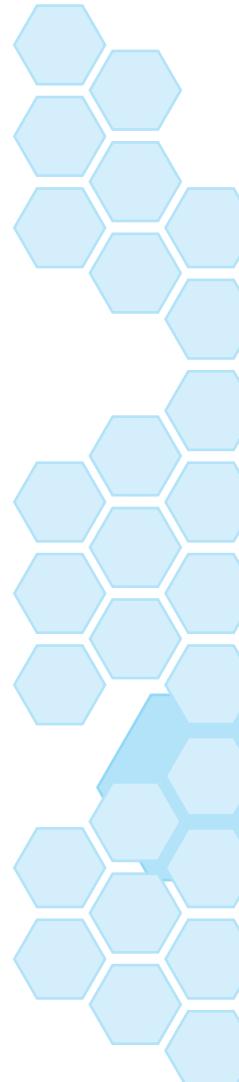




Таблица 5

Укомплектованность врачами общей практики (семейными врачами) в Российской Федерации, федеральных округах в динамике за 2007–2013 годы (%)

Субъекты	Годы						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	94,6	94,3	94,1	93,8	92,3	90,7	85,4
Центральный ФО	94,3	95,0	94,7	93,6	92,7	91,4	85,4
Северо-Западный ФО	94,1	92,3	93,6	94,0	91,9	91,1	89,2
Южный ФО	92,5	92,2	91,0	90,0	87,3	84,4	78,1
Северо-Кавказский ФО	94,9	95,8	93,9	93,5	89,0	84,6	77,5
Приволжский ФО	95,7	94,8	94,6	94,3	93,2	91,7	96,8
Уральский ФО	95,1	94,7	95,5	95,9	95,2	93,1	83,3
Сибирский ФО	92,0	92,0	91,4	92,2	91,5	90,9	86,3
Дальневосточный ФО	94,8	96,8	94,1	95,9	90,7	87,4	96,7

Таблица 6

Коэффициент совместительства врачей общей практики (семейных врачей) в Российской Федерации, федеральных округах в динамике за 2007–2013 годы (в долях единицы)

Субъекты	Годы						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Центральный ФО	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Северо-Западный ФО	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Южный ФО	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2
Северо-Кавказский ФО	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Приволжский ФО	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Уральский ФО	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2
Сибирский ФО	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Дальневосточный ФО	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2

составляло 238,7 на 1000 населения, в 2013 г. — 313,6 (прирост на 31,4%). Подобная ситуация была характерна и для всех федеральных округов страны. Различия были только в величине прироста. Так, наиболее выраженный прирост числа посещений ВОП наблюдался в Южном (75,5%), Центральном (47,9%) и Уральском (47,8%) федеральных округах, минимальный — в Сибирском ФО (13,1%) (табл. 7).

В таблице 8 представлена доля посещений пациентов ВОП на дому в целом по стране и в разрезе федеральных округов

в динамике за последние семь лет (с 2007 по 2013 гг.). По данным таблицы, в стране в целом доля посещений пациентов врачами общей практики на дому не изменилась (в 2007 — 14,8%, в 2013 г. — 14,7%). Данная тенденция характерна для Приволжского (14,5 и 14,3%, соответственно), Уральского (13,3 и 12,2%, соответственно), Сибирского (16,9 и 15,9%, соответственно) федеральных округов, в Дальневосточном ФО данный показатель уменьшился практически в два раза (с 23,4 до 12,9%). Динамика показате-



Таблица 7

Общее число посещений врачей общей практики (семейных врачей) в Российской Федерации, федеральных округах в динамике за 2007–2013 годы (на 1000 всего населения)

Субъекты	Годы							Темпы прироста / убыли (%)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2008/2007	2009/2008	2010/2009	2011/2010	2012/2011	2012/2007	2013/2007
Российская Федерация	238,7	287,7	324,0	343,8	351,8	357,6	313,6	20,5	12,6	6,1	2,3	1,6	49,8	+31,4
Центральный ФО	174,7	231,1	261,5	281,4	281,7	293,3	258,3	32,3	13,1	7,6	0,1	4,1	67,9	+47,9
Северо-Западный ФО	270,8	317,3	360,2	392,0	394,3	406,8	365,4	17,2	13,5	8,8	0,6	3,2	50,2	+34,9
Южный ФО	123,0	153,3	179,9	203,2	219,8	225,1	215,9	24,6	17,4	13,0	8,2	2,4	83,0	+75,5
Северо-Кавказский ФО	225,3	238,1	285,4	286,7	293,6	303,6	258,2	5,7	19,9	0,4	2,4	3,4	34,8	+14,6
Приволжский ФО	466,4	547,6	591,2	629,1	654,2	664,9	572,4	17,4	8,0	6,4	4,0	1,6	42,6	+22,7
Уральский ФО	140,9	194,9	245,6	243,8	245,5	237,3	208,2	38,3	26,0	-0,7	0,7	-3,3	68,5	+47,8
Сибирский ФО	166,5	194,6	222,3	230,4	227,8	219,9	188,3	16,9	14,3	3,6	-1,1	-3,5	32,1	+13,1
Дальневосточный ФО	140,4	148,5	176,6	186,6	194,1	197,4	186,0	5,7	18,9	5,7	4,0	1,7	40,5	+32,5

Таблица 8

Удельный вес посещений врачами общей практики (семейными врачами) на дому в Российской Федерации, федеральных округах в динамике за 2007–2013 годы (%)

Субъекты	Годы						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	14,8	14,5	14,5	14,5	14,6	14,2	14,7
Центральный ФО	13,9	14,4	14,6	15,0	14,9	15,0	15,9
Северо-Западный ФО	13,7	13,9	13,9	13,3	13,7	13,3	13,9
Южный ФО	14,2	14,2	12,8	12,9	15,2	16,6	16,0
Северо-Кавказский ФО	15,7	16,9	15,0	16,5	14,6	13,6	13,8
Приволжский ФО	14,5	14,3	14,8	14,4	14,6	13,9	14,3
Уральский ФО	13,3	12,6	13,0	12,9	13,6	12,8	13,2
Сибирский ФО	16,9	16,6	16,5	16,4	15,7	15,1	15,9
Дальневосточный ФО	23,4	13,7	12,0	12,2	12,6	12,9	12,9

ля в остальных федеральных округах характеризуется ростом, в том числе в Центральном (с 13,9 до 15,9%) и Южном (с 14,2 до 16,0%) федеральных округах.

Таблица 9 отражает долю посещений ВОП прикрепленным населением по поводу заболеваний. Показатели по Российской Федерации в целом за период с 2007

по 2013 гг. составляли от 81,5 до 92,8%, в Центральном ФО, Северо-Западном ФО и Приволжском ФО показатели близки к общероссийскому уровню. В Северо-Кавказском ФО (74,7–79,0%), Уральском ФО (73,8–79,4%), Сибирском ФО (71,2–74,6%) и Дальневосточном ФО (75,8–77,4%) показатели были ниже среднероссийских данных.





Таблица 9

Число посещений врачей общей практики (семейных врачей) в поликлинике (амбулатории) в Российской Федерации, федеральных округах в динамике за 2007–2012 годы (на 1000 населения)

Субъекты	Посещения в поликлинике на 1000 населения							Удельный вес посещений по поводу заболеваний (%)							Удельный вес посещений сельскими жителями (%)						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	203,5	246,0	276,9	294,1	300,5	306,8	267,5	83,1	81,7	81,6	81,5	83,3	82,7	92,8	48,9	50,1	50,4	49,0	48,3	47,1	55,9
Центральный ФО	150,4	197,9	223,3	239,3	239,6	249,5	217,4	84,6	84,5	84,5	83,9	85,0	83,2	96,5	51,2	51,3	50,5	50,4	49,2	49,8	58,3
Северо-Западный ФО	233,6	273,2	310,1	339,8	340,2	352,6	314,4	84,9	86,0	84,3	84,7	86,1	87,3	97,4	30,9	31,0	30,1	28,7	30,3	30,2	33,4
Южный ФО	105,5	131,5	156,9	176,9	186,5	187,6	181,4	79,3	79,3	79,6	82,2	83,3	83,6	91,4	78,6	80,0	79,0	76,0	68,4	65,2	73,4
Северо-Кавказский ФО	189,9	198,0	242,7	239,3	250,8	262,4	222,6	76,9	77,7	74,8	74,7	79,0	77,5	88,0	72,6	76,6	72,4	71,8	69,9	67,9	81,4
Приволжский ФО	398,9	469,6	503,7	538,6	558,5	572,7	490,3	85,9	83,3	84,3	84,2	86,3	85,5	92,3	42,8	44,2	45,1	43,2	42,9	39,5	48,4
Уральский ФО	122,1	170,3	213,7	212,5	212,1	206,8	180,6	79,4	76,5	75,2	73,8	73,9	74,5	84,5	45,7	50,6	52,5	51,8	52,0	53,2	61,8
Сибирский ФО	138,3	162,3	185,7	192,7	192,2	186,7	158,3	74,6	71,6	72,4	71,2	72,6	71,8	84,0	61,1	62,6	63,3	61,6	63,3	64,8	78,9
Дальневосточный ФО	107,5	128,1	155,3	164,0	169,7	171,9	162,0	75,8	76,2	77,3	75,8	77,4	77,0	82,8	56,8	53,6	52,2	51,3	52,6	58,0	66,2

По данным таблицы 9, посещения ВОП сельскими жителями в 2007–2013 гг. в Российской Федерации составляли практически половину от общего числа посещений при максимальных значениях в 2013 г. — 50,4%. Реже всех к ВОП обращались сельские жители Северо-Западного ФО (максимальная посещаемость отмечалась в 2013 г. — 33,4%). В Южном ФО посещения ВОП сельских жителей за весь период были выше 65,0%, в Северо-Кавказском ФО (от 67,9% в 2011 до 81,4% в 2013 гг.).

Выводы

1. В Российской Федерации в целом в период с 2007 по 2013 гг. показатель обеспеченности врачами общей практики незначительно, но стабильно возрастал. Так, в 2007 г. обеспеченность населения ВОП составляла 0,56 на 10 000 населения, в 2013 г. выросла до 0,7. Прирост за анализируемый период составил 25,0%. Подобная ситуация была характерна для большинства федераль-

ных округов (далее — ФО), за исключением Северо-Кавказского ФО, где произошло снижение обеспеченности ВОП на 23,1%. Наибольший прирост показателя наблюдается в Южном ФО (53,9%), наименьший — в Сибирском ФО (2,6%).

2. Анализ функции врачебной должности на основании данных федерального статистического наблюдения за период с 2007 по 2013 гг. показал, что минимальное значение функции врачебной должности ВОП в Российской Федерации наблюдалось в 2007 г. — 4293 посещения в поликлинике (амбулатории) и на дому на одну занятую должность. До 2010 г. значение показателя увеличивалось, составив 4809,5 посещения, после снижения в 2011–2012 гг., вновь произошел рост до 4722 посещений на занятую должность. За период с 2007 по 2013 гг. функция врачебной должности ВОП выросла до 10,0%. В большинстве федеральных округах наблюдается аналогичная ситуация. Максимальное число посещений с приростом



на 40,6% за период с 2007 по 2013 гг. было отмечено в Северо-Кавказском ФО, где функция врачебной должности ВОП в рассматриваемом периоде выросла на 40,6%, составив в 2013 г. 6129,8 посещения на одну занятую должность.

3. Укомплектованность врачами общей практики в федеральных округах страны за последние два года имеет тенденцию к снижению числа специалистов в Северо-Западном и Уральском федеральных округах. Незначительный рост относительно предыдущего года произошел в Южном и Сибирском федеральных округах. При этом коэффициент совместительства ВОП в Центральном и Северо-Западном ФО стабильно составлял 1,2, в Южном ФО и Северо-Кавказском ФО — 1,1. В остальных федеральных округах показатель несколько варьировал. В 2013 году данный показатель вырос в Южном ФО (с 1,1 до 1,2), что связано с сокращением числа специалистов.

4. На фоне сокращения числа специалистов объемы оказания медицинской помощи ВОП в целом по стране за период с 2007 по 2013 гг. выросли на 31,4%. Аналогичная ситуация была характерна и для федеральных округов страны. Наиболее выраженный прирост числа посещений ВОП наблюдался в Южном (75,5%), Центральном (47,9%) и Уральском (47,8%) федеральных округах, минимальный — в Сибирском ФО (13,1%), что свидетельствует об актуальности расширения сети ВОП в данных регионах.

5. В целом по стране доля посещений пациентов ВОП на дому не изменилась (в 2007 г. — 14,8%, в 2013 г. — 14,7%). Данная тенденция характерна для Приволжского

(14,5 и 14,3%, соответственно), Уральского (13,3 и 12,2%, соответственно), Сибирского (16,9 и 15,9%, соответственно) федеральных округов, в Дальневосточном федеральном округе данный показатель уменьшился (с 23,4 до 12,9%). Динамика показателя в остальных федеральных округах характеризуется ростом, в том числе в Центральном (с 13,9 до 15,9%) и Южном (с 14,2 до 16,0%).

6. В целом по стране наблюдалась высокая посещаемость ВОП по поводу заболеваний (от 81,5 в 2007 г. до 92,8% в 2013 г.). Practически половину от общего числа посещений при максимальных значениях в 2013 г. — 50,4% приходится на сельских жителей. Реже всех к ВОП обращались сельские жители Северо-Западного ФО (максимальная посещаемость отмечалась в 2013 г. — 33,4%). В Южном ФО посещения ВОП сельских жителей за весь период были выше 65,0%, в Северо-Кавказском ФО (от 67,9% в 2011 до 81,4% в 2013 гг.).

Таким образом, несмотря на положительную динамику абсолютного числа ВОП в Российской Федерации, его значение в оказании первичной медико-санитарной помощи остается все еще недооцененным. Учитывая ситуацию с обеспеченностью кадрами медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, руководителям этих организаций, вероятно, следует обратить внимание на положительный опыт субъектов Российской Федерации, в которых отмечается наиболее высокая обеспеченность населения ВОП (к примеру, ряд субъектов Северо-Западного и Приволжского федеральных округов), для того, чтобы повысить доступность первичной медико-санитарной помощи для населения.



Литература

- Алгарова Л.С. Совершенствование организации амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами общей практики и участковыми терапевтами//Общественное здоровье и здравоохранение. — 2008. — №4. — С. 66–71.





2. Данилова Н.В. Анализ состояния медицинских кадров на этапе обновления региональных систем здравоохранения//Социальные аспекты здоровья населения. — 2011. — Т. 22. — № 6. — С. 10.
3. Дзугаев А.К. Приоритетные направления кадровой политики в РФ//Социальные аспекты здоровья населения. — 2012. — Т. 23. — № 1. — С. 8.
4. Зуев В.И. Формы организации медицинской помощи на селе: социологический анализ проблем становления службы врачей общей практики//Вестник ВЭГУ. — 2011. — № 3. — С. 124–128.
5. Плутницкий А.Н. Совершенствование планирования деятельности врачебного персонала амбулаторного приема ЛПУ//Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. — 2012. — № 6. — С. 112–115.
6. Сабанов В.И., Дьяченко Т.С., Иванова Н.А. Состояние участковой службы в Волгоградской области//Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2013. — № 1. — С. 3–6.
7. Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н., Сорокина Ю.А. Российские и региональные показатели деятельности врачей общей практики//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 10. — С. 6–19.

UDC 614.2

Son I.M., Ivanova M.A., Kupeeva I.A., Sokolovskaya T.A. *Supply of general practitioners and their activity in different federal districts of the country in the period from 2007 to 2013 biennium* (Federal Research Institute for Health Organization of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; The Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. In the Russian Federation from 2007 to 2013 biennium. indicator of the availability of general practitioners has steadily increased. The most pronounced positive trend registered in the southern federal district (53,9%), the lowest-in the Siberian federal district (2,6%), along with the indicators of the medical and the coefficients of its rejection had considerable variability (maximum in the North Caucasus federal district: +40,6%, minimum-VLS: +14,6%) Also decreased the number of specialists, particularly in the Northwest and VIs, which contributed to the growth in health care ISSUES for the country as a whole, over the period from 2007 to 2013 biennium. was +31,4%. Increased proportion of patients and GPS at home, especially rural people. The overwhelming number of visits to doctors in that specialty was about diseases. This situation requires re-evaluation of the primary health care for the population in order to increase the availability of care provided by general practitioners, and the basis of the positive experience of a number of constituent entities of the Russian Federation.

Keywords. General practitioners, security, function of medical posts, staffing, medical services, rural residents.

Здравоохранение-2015

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА ПРОВЕРИЛА ОПТИМИЗАЦИЮ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По информации, представленной всеми регионами, под мероприятия по оптимизации подпадают 952 медицинских организаций, из них 472 — в 2015 г. (49,6%). Из 952 медицинских организаций за 2014–2018 гг. предполагается ликвидировать 41 медицинскую организацию, реорганизовать в качестве филиалов 911 медицинских организаций. В 2014 г. в мероприятиях по оптимизации участвовало 359 медицинских организаций, из них было ликвидировано 26. 330 потеряли свою самостоятельность. До конца 2018 г. планируется закрыть еще 15 медорганизаций и реорганизовать 581. В основном это больницы и поликлиники. В результате к концу 2018 г. по сравнению с 1 января 2014 г. численность больничных организаций сократится на 11,2%, амбулаторно-поликлинических организаций — на 7,2%.

Источник: Medvestnik.ru



О.Ю. Александрова,

д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении
ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова, г. Москва, Россия, aou18@mail.ru

О.А. Нагибин,

к.м.н., главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника №2 г. Рязани», г. Рязань, Россия

ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ – ЗНАЧЕНИЕ ПОНЯТИЙ ДЛЯ КОНКРЕТИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



УДК 614.2

Александрова О.Ю., Нагибин О.А. *Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов – значение понятий для конкретизации государственных гарантий бесплатности лекарственной медицинской помощи (ГБОУ ВПО ПМГМУ им И.М. Сеченова; г. Москва, Россия; ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 г. Рязани», г. Рязань, Россия)*

Аннотация. В статье речь идет о конкретизации государственных гарантий бесплатности медицинской помощи для гражданина на основе стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, перечней лекарственных препаратов. Государственной гарантией бесплатного обеспечения лекарственными препаратами для граждан являются лекарственные препараты для медицинского применения из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Ключевые слова: стандарт медицинской помощи, перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, государственные гарантии бесплатности медицинской помощи.

Гарантией прав граждан на лекарственное обеспечение при оказании им медицинской помощи является закрепленное в ч. 2 статьи 80 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» ФЗ «Об основах охраны здоровья» право граждан:

«2. При оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в **перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов....**».

Таким образом, **государственной гарантией бесплатного лекарственного обеспечения медицинской помощи всем гражданам (а не отдельным льготным категориям граждан) являются именно**





лекарственные препараты (ЛП), входящие в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), а не в стандарты медицинской помощи.

Далее в ч. 3. статьи 80 ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

«3. При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет личных средств граждан:

1) оказание медицинских услуг, назначение и применение лекарственных препаратов, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов...

2) назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, — в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям...»

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в последней редакции утвержден Распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. № 2782-р [9] и содержит международные непатентованные названия (МНН) лекарственных средств.

Необходимо обратить внимание на то, что в соответствии с ч. 2 статьи 80 ФЗ «Об основах охраны здоровья» обеспечение ЛП из Перечня ЖНВЛП осуществляется не только при оказании специализированной медицинской помощи (всегда оказывается в стационарных условиях), но и при оказании первичной медико-санитарной помощи в дневном стационаре и в неотложной форме. То есть при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях — в поликлиниках. Опыт общения с руководителями медицинских организаций показывает, что они уверены в том, что на оказание медицинской помощи в поликлиниках Перечень

ЖНВЛП не распространяется. Это ошибочное мнение.

Именно в амбулаторных условиях должны лечиться больные с длительными хроническими заболеваниями (например, больные с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями). И при оказании медицинской помощи таким пациентам в условиях дневного стационара (в том числе поликлиники) они должны обеспечиваться препаратами из Перечня ЖНВЛП. На практике это означает, что теперь пациент имеет право получать любую терапию препаратами из перечня ЖНВЛП, например, терапию таргетными лекарственными препаратами, включенными в Перечень ЖНВЛП с раком печени как на уровне специализированной медицинской помощи в круглосуточном стационаре, так и в условиях дневного стационара при онкологическом диспансере или поликлинике по месту жительства. Поэтому нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в дневных стационарах в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи изменились в 2014 году в сторону увеличения.

Перечень ЖНВЛП сформирован в целях государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЛП), и он формировался независимо от стандартов медицинской помощи. Поэтому на сегодняшний день ЛП, входящие в СМП, и ЛП, входящие Перечень ЖНВЛП, это различные ЛП, зачастую совпадающие.

Именно лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП (по МНН), как правило, закупаются сегодня в целях лечения пациентов в тех медицинских организациях, которые оказывают медицинскую помощь по видам и условиям, указанным в ч. 2 статьи 80. Всем больным при лечении в стационаре и дневном стационаре должны быть гарантированы препараты из Перечня ЖНВЛП и соответственно данные препараты должны закупаться медицинской организацией.



Поскольку перечень ЖНВЛП сформирован по МНН лекарственных средств, то теоретически медицинские организации могут закупать для лечения пациентов в своей организации препараты как оригинальные (и, соответственно, более дорогие), так и воспроизведенные (соответственно, более дешевые) с одним МНН. Но в условиях требования осуществления закупок в соответствии с Федеральным законом от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее Закон № 44-ФЗ) [10] конкурс выигрывают юридические лица, предлагающие более дешевые препараты из всех ЛП с одним МНН (то есть не оригинальные, а воспроизведенные).

Таким образом, в реальности больному гарантироваются не все ЛП из Перечня ЖНВЛП, а самые дешевые.

В НПА отсутствуют ограничения по закупкам любых ЛП, необходимых для лечения пациентов в стационарных условиях (входящих или не входящих в Перечень ЖНВЛП, или СМП, или других препаратов, не входящих ни в какие списки, но необходимых для лечения пациента «по жизненным показаниям», или при индивидуальной непереносимости).

В Приказе ФФОМС от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования» [11] сказано:

«Соблюдения обязательства медицинской организации по использованию средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в том числе:

- по структуре тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:

- осуществления расходов на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;

- на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);

- организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации).

При проверке осуществляется сопоставление сумм произведенных расходов (в том числе на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов) с утвержденной сметой расходов.

Проверяется: обоснованность цен при закупках товаров (работ, услуг) за счет средств обязательного медицинского страхования; соблюдение сроков поставки и оплаты, соответствие сумм, указанных в договорах, фактически произведенным расходам; своевременность, полнота и правильность оприходования лекарственных средств и расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов; сохранность, учет и списание лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов; наличие раздельного учета медикаментов, приобретаемых за счет средств обязательного медицинского страхования и за счет средств, поступающих в медицинскую организацию из других источников.

Проводится анализ закупленных лекарственных средств (отражается наличие лекарственных средств с истекшим сроком годности)».





На соответствие закупаемых лекарственных препаратов стандарту медицинской помощи или ПЖНВЛП медицинская организация не проверяется.

При этом, «по жизненным показаниям», больному гарантируются любые ЛП как за пределами СМП (ч. 5 статьи 37 ФЗ «Об основах охраны здоровья»), так и за пределами Перечня ЖНВЛП (п. 2. ч. 3. статьи 80 ФЗ «Об основах охраны здоровья»). Решение о назначении таких лекарственных препаратов принимается врачебной комиссией медицинской организации.

Однако медицинские организации при закупках лекарственных препаратов **НЕ** из Перечня ЖНВЛП имеют определенные риски, связанные не только с недостаточностью финансирования медицинских организаций в целом и ограничениями Закона № 44-ФЗ.

Это риски, связанные с возмещением материального вреда (ущерба) пациенту, купившему ЛП, который оказался неэффективным в лечении его заболевания.

Рассмотрим варианты.

1 вариант.

Медицинская организация закупает препараты из Перечня ЖНВЛП.

Врач назначает лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП.

Лечение эффективно.

Данный вариант самый благоприятный и устраивает все стороны (пациента, медицинскую организацию, контролирующие органы).

2 вариант.

Медицинская организация закупает препараты из Перечня ЖНВЛП

Врач назначает лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП.

Лечение неэффективно.

Врач назначает лекарственные препараты за пределами Перечня ЖНВЛП.

Лечение эффективно.

Возникает вопрос, кто должен заплатить за эффективные лекарственные препараты не из Перечня ЖНВЛП?

Ответ 1. При индивидуальной непереносимости или по жизненным показаниям данные ЛП для пациента должна закупить медицинская организация (с учетом требований Закона № 44-ФЗ).

Возникает **вариант 2.1.**

Медицинская организация закупает препараты из Перечня ЖНВЛП.

Врач назначает лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП.

Лечение неэффективно.

Врач назначает лекарственные препараты за пределами Перечня ЖНВЛП (по жизненным показаниям или индивидуальной непереносимости).

Медицинская организация закупает препараты **НЕ** из Перечня ЖНВЛП

Лечение эффективно.

Риск. При закупке данного ЛП медицинская организация вынуждена тратить средства из общего объема средств, определенных для финансирования медицинской организации в целом. Если деятельность медицинской организации связана с оказанием медицинской помощи больным с тяжелыми заболеваниями (например, онкологические больные), и медицинская организация будет закупать для практически всех больных ЛП «по жизненным показаниям» за пределами Перечня ЖНВЛП, то определенных на весь год финансовых средств (определенными в соответствии с согласованными объемами медицинской помощи) ей не хватит. Поскольку общий объем финансирования медицинской организации на год определяется исходя из **СРЕДНЕЙ** стоимости законченного случая лечения (по определенной КСГ), медицинская организация, в итоге, не будет иметь финансовых средств для обеспечения своей деятельности.

Ответ 2. Данные ЛП должен оплатить сам пациент.

При отсутствии индивидуальной непереносимости и необходимости ЛП по жизненным показаниям, но необходимости (обоснованной в медицинской документации) примене-



ния данного ЛП в целях достижения наибольшей эффективности лечения, пациент должен купить данный ЛП сам.

Данное положение подтверждается Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006).

В соответствии п. 7 данных Правил: «Медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

...применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень...»

В случае эффективности лечения претензий не должно быть ни со стороны пациента, ни со стороны проверяющих органов (*при условии обоснования лечения пациента данными ЛП в медицинской документации*).

Но возможны и варианты, когда лечение ЛП *НЕ* из Перечня ЖНВЛП оказывается неэффективным.

Вариант 3.1.

Медицинская организация закупает препараты из Перечня ЖНВЛП.

Врач назначает лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП.

Лечение неэффективно.

Врач назначает лекарственные препараты за пределами Перечня ЖНВЛП.

Медицинская организация закупает ЛП не из Перечня ЖНВЛП.

Лечение неэффективно.

Риск. Финансовые потери медицинской организации + Проверки контролирующих органов. Руководителю медицинской организации придется отвечать на вопрос — почему закуплен неэффективный ЛП.

Вариант 3.2.

Медицинская организация закупает препараты из Перечня ЖНВЛП.

Врач назначает лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП.

Лечение неэффективно.

Врач назначает лекарственные препараты за пределами Перечня ЖНВЛП.

Пациент самостоятельно покупает ЛП не из Перечня ЖНВЛП.

Лечение неэффективно.

Риск. В данном варианте возможно предъявление претензии к медицинской организации со стороны пациента (требование о возмещении материального ущерба — стоимости купленного пациентом ЛП).

Таким образом, лечение пациента (в условиях стационара или дневного стационара) ЛП не из Перечня ЖНВЛП связано для медицинской организации с вышеуказанными рисками.

Но самое главное заключается в том, что с лечащего врача (и соответственно с медицинской организацией), и пациент, и его родственники, и контролирующие деятельность медицинской организации органы (системы ОМС, органы управления здравоохранением, Росздравнадзор и т.д., включая прокуратуру) — все требуют «ЭФФЕКТИВНОГО» лечения.

Не вдаваясь в анализ понятий «эффективность», «результат» лечения, ясно одно. *Врач должен лечить больного наиболее эффективными способами и средствами.*

И это не значит, что все наиболее эффективные с точки зрения врача лечебно-диагностические мероприятия и ЛП должны входить в СМП или различные списки ЛП, которые могут быть оплачены государством.

В соответствии со статьей 73 ФЗ «Об охране здоровья граждан»:





«2. Медицинские работники обязаны:

1) оказывать медицинскую помощь в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями...».

Обязанности медицинских работников назначать ЛП из СМП или ПЖНВЛП в тексте закона нет.

Понятие стандарта медицинской помощи не используется в определении понятия «качество медицинской помощи» ни в ФЗ «Об охране здоровья граждан», ни в ФЗ «Об ОМС» № 326-ФЗ.

В статье 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» ФЗ «Об охране здоровья граждан» дано следующее определение:

«...21) качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

В статье 64 «Экспертиза качества медицинской помощи» ФЗ «Об охране здоровья граждан» сказано:

«1. Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата...».

В статье 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» ФЗ «Об ОМС» № 326-ФЗ сказано:

«...6. Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата...».

Таким образом, в идентичных определениях федеральных законов понятия «качество медицинской помощи» не употребляются ни СМП, ни Перечень ЖНВЛП, ни другие ограничительные списки.

Но при этом, в соответствии с ч. 2 ст. 64: «Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых в соответствии с частью 2 статьи 76 настоящего Федерального закона, и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Данная часть ФЗ «Об охране здоровья граждан» вступает в силу с 1 января 2015 года, и предполагается, что Министерством здравоохранения РФ будут разработаны критерии оценки качества медицинской помощи, сформированные по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Будем ожидать данных документов.

В вышеуказанной ч. 2 ст. 64 ФЗ «Об основах охраны здоровья» в законодательство вводится понятие **«клинических рекомендаций (протоколов лечения)»**.

В статье 76 «Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими работниками и фармацевтическими работниками» ФЗ «Об основах охраны здоровья» сказано:

«2. Профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством Российской Федерации порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья, в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил, порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской



помощи, программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников и фармацевтических работников, принимать участие в аттестации медицинских работников и фармацевтических работников для получения ими квалификационных категорий. Медицинские профессиональные некоммерческие организации разрабатывают и утверждают **клинические рекомендации (протоколы лечения)** по вопросам оказания медицинской помощи...»

Таким образом, полномочия по разработке и утверждению клинических рекомендаций (протоколов лечения) законом возложены на медицинские профессиональные некоммерческие организации.

Клинические рекомендации (протоколы лечения), в отличие от СМП, должны содержать алгоритмическую составляющую медицинской помощи при определенных заболеваниях. В целях достижения наибольшей клинической эффективности возможно включение в клинические рекомендации (протоколы лечения) **дополнительных** по отношению к СМП лечебно-диагностических мероприятий и лекарственных препаратов в определенных клинических ситуациях. Клинические рекомендации (протоколы лечения) могут содержать любые зарегистрированные на территории РФ ЛП, в том числе не входящие в СМП, Перечень ЖНВЛП и др. списки ЛП.

Клинические рекомендации (протоколы лечения) должны содержать описание лечеб-

но-диагностического процесса в определенной клинической ситуации в зависимости от ее развития. КР — это рекомендации для врача по наиболее эффективному лечению пациента. Лечебно-диагностические мероприятия и лекарственные препараты, рекомендуемые к применению в КР, не гарантируются пациенту на бесплатной основе. КР не содержат государственных гарантий бесплатности медицинской помощи.

Врач должен лечить пациента **наиболее эффективными** методами и средствами, но информируя пациента о тех методах и средствах, которые гарантируются пациенту государством на бесплатной основе. *Пациент принимает решение о выборе: лечиться на бесплатной основе или применять лечебно-диагностические мероприятия и лекарственные препараты на платной для него основе.* Выбор за пациентом.

На сегодняшний день нередко существуют ситуации, когда имеется утвержденный СМП, но нет КР (наиболее часто встречающаяся ситуация). Или наоборот, есть КР, но нет утвержденного СМП. В таких случаях врач может ориентироваться на любой из имеющихся документов, но должен помнить, что лечить пациента он должен **наиболее эффективными методами и средствами**. Данное лечение должно быть обосновано в медицинской документации пациента.

Вышеизложенные заключения и выводы обобщены в таблице.

	СМП	Перечень ЖНВЛП	КР	Любые ЛП, зарегистрированные на территории РФ, наиболее эффективные для лечения пациента с точки зрения врача
Врач обязан назначить ЛП				+
Защита врача от проверяющих органов при назначении ЛП	+	+	+	
Государственные гарантии бесплатности лекарственной помощи		+		





Литература

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
4. Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».
6. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
7. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Приказ Федерального фонда ОМС от 14 ноября 2013 г. № 229 «Об утверждении «Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) и клинико-профильных групп (КПГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования».
9. Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. № 2782-р «Об утверждении перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 год».
10. Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».
11. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 апреля 2012 г. № 73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования».

UDC 614.2

Alexandrova O.U., Nagibin O.A. *List of vital and life critical drugs, meaning of the definition for specifying state guarantees for free drug medical aid* (National Scientific Research Institute of Public Health and Health care Management after I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; «Municipal polyclinic № 2», Ryazan, Russia)

Abstract. There is analysed an issue of specifying state guarantees for free medical aid provided to citizens within the standard medical aid system, clinical recommendations, lists of medications. State guaranteed free medications for citizens are those mentioned in the List of vital and life critical drugs.

Keywords: standards of medical aid, list of vital and life critical drugs, state guarantees, list of vital and life critical drugs, state guarantees for free medical aid.



О.В. Обухова,

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ», г. Москва, Россия

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2

Обухова О.В. Высокотехнологичная медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия)

Аннотация. Реформы системы здравоохранения затронули и такой весьма затратный и, на первый взгляд, не страховой вид медицинской помощи, как высокотехнологичная медицинская помощь. Начиная с 2015 года, как и было запланировано новым федеральным законодательством, вся высокотехнологичная медицинская помощь перешла на финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования.

Ответу на вопросы, какова цель перевода высокотехнологичной медицинской помощи на страховые рельсы, весь ли объем этого вида медицинской помощи на сегодняшний день подчинен жестким требованиям системы обязательного медицинского страхования, какие затраты медицинской организации, участвующей в оказании этого вида медицинской помощи, в каком объеме и за счет каких средств возмещаются, какие медицинские организации могут получить объемы ВМП, посвящен данный материал.

Ключевые слова: высокотехнологичная медицинская помощь, программа государственных гарантий, обязательное медицинское страхование, тарифы в системе обязательного медицинского страхования.

Согласно положениям федерального законодательства [1, 2], начиная с 2015 года, вся высокотехнологичная медицинская помощь (далее — ВМП) оказывается за счет средств обязательного медицинского страхования (далее — ОМС). Целью такого шага послужила необходимость создания полноценной одноканальной системы финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования, основная задача которой — создание прозрачного, контролируемого и управляемого механизма расходования государственных средств медицинскими организациями.

Система обязательного медицинского страхования построена на принципе возмещения оказанной медицинскими организациями медицинской помощи с учетом оценки ее качества, объемов, сроков представления и удовлетворенности пациентов. В сегодняшних сложных экономических и политических условиях вопросы эффективного расходования государственных средств звучат как никогда актуально, в том числе и по отношению к такой социальной сфере экономики страны, как здравоохранение. Как известно, высокотехнологичная медицинская помощь характеризуется не только применением новейших эксклюзивных и сложных методов лечения с использованием инновационных технологий, но и является весьма затратным видом медицинской помощи.

Процесс включения ВМП в финансирование из средств ОМС начался в 2013 году, когда Министерством здравоохранения было решено наиболее растиражированные методы (так называемый перечень «459 мето-



дов ВМП») «погрузить» в базовую программу обязательного медицинского страхования, тем самым расширив как число организаций, оказывающих такую помощь, так и увеличив объем оказанной населению ВМП. Причем, как показала практика, не самые дешевые методы ВМП были переданы в систему ОМС.

Работа медицинских организаций в новых финансовых условиях в течение 2014 года продемонстрировала дефекты организационного и финансового плана. Высокотехнологичная помощь встраивалась в территориальные программы ОМС без соответствующего финансового сопровождения, а в условиях финансовой несбалансированности территориальных программ госгарантий такая ситуация привела к значительному занижению стоимости законченного случая, не обеспечивающей окупаемость затрат медицинских организаций.

Разрешить выявленные проблемы позволил мониторинг финансового обеспечения законченных случаев ВМП, проводимый на уровне Федерального фонда ОМС. В результате работы были определены средний размер норматива финансовых затрат по каждому из методов лечения, структура расходов в тарифе, средний объем высокотехнологичной медицинской помощи в расчете на 1 жителя составляет на 2015 год 0,0041 случая госпитализации, на 2016 год – 0,0047 случая госпитализации, на 2017 год – 0,005 случая госпитализации.

Аналогичная работа по федеральным медицинским организациям нами проводилась и по анализу финансовых затрат по видам ВМП, не попавшим в систему ОМС, на основе данных мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета, осуществляющего Минздравом России, а также данных, полученных от медицинских организаций, осуществляющих наибольший объем по каждому профилю высокотехнологичной медицинской помощи и ведущих персонифицированный

учет затрат по каждому случаю лечения (так называемая «электронная история болезни»).

Итак, с 2015 года впервые в рамках Программы госгарантий [3] утверждены не только перечни видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках Программы, но и средние нормативы финансовых затрат по каждой затратной группе, а также объемный норматив ВМП на 1 жителя:

- Перечень I — Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (так называемые «459 методов»);
- Перечень II — Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период (так называемые «1007 методов»).

Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее — ФЗ-323) [1] установлены следующие источники финансирования оказанной медицинскими организациями ВМП:

- средства ОМС по перечню I:
 - в рамках базовой программы ОМС;
 - в рамках территориальной программы ОМС на дополнительное финансирование и расширение ВМП сверх базовой программы ОМС за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации;

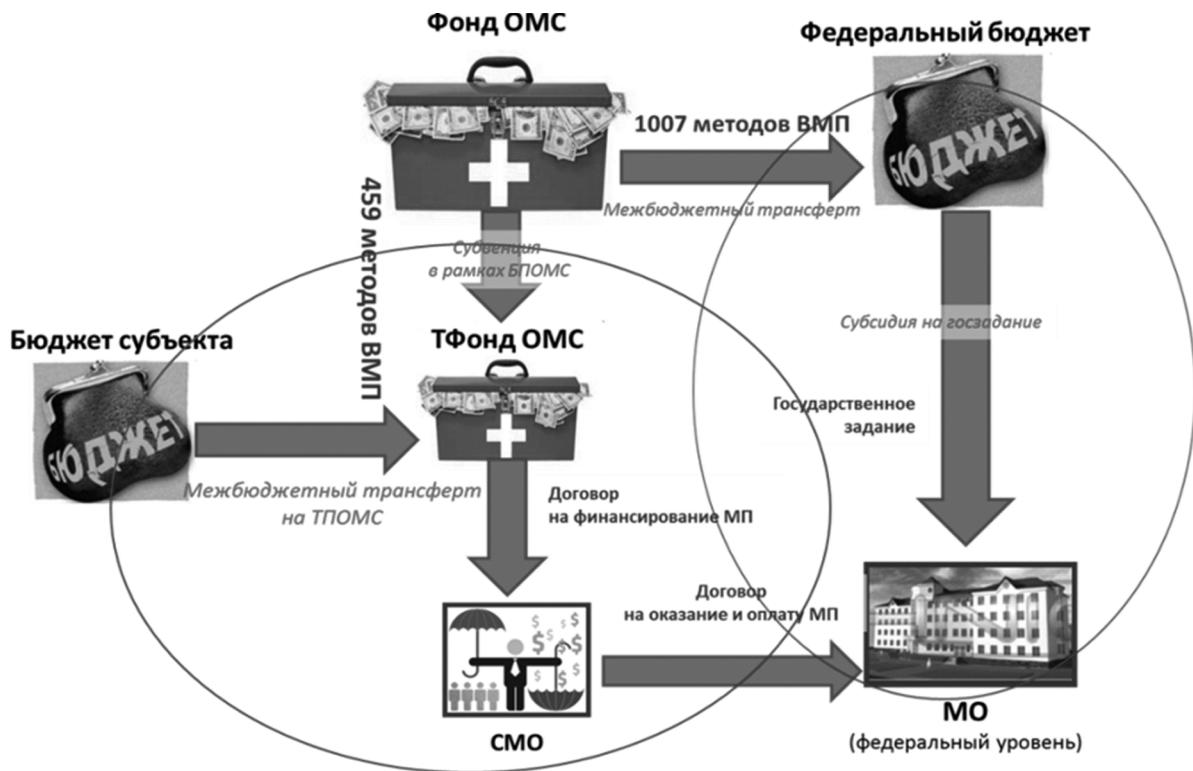


Рис. 1. Схема финансового обеспечения федеральных медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь

- средства федерального бюджета по перечню II:

— средства бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования), в виде субсидии на выполнение государственного задания, источником которой являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, выделяемые медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти;

— в виде субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи;

— иных источников.

Схематично финансирование ВМП по каждому перечню в отношении медицинской организации федерального уровня представлено на рис. 1.

В отношении перечня I основной финансовый поток представляет собой субвенции Федерального фонда ОМС на реализацию базовой программы ОМС. При наличии обоснованной потребности в дополнительном финансировании ВМП и финансовой возможности у субъекта территориальная программа включает и средства бюджетов субъектов (межбюджетные трансферты) на финансирование ВМП сверх базовой программы ОМС.





Объемы ВМП и финансирование для медицинской организации устанавливаются договором на оказание и оплату медицинской помощи, заключаемым между медицинской организацией и страховой медицинской организацией. Средства на выполнение объемов ВМП из перечня II являются средствами нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере 82,1 млрд. руб., включая субсидии на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации 5 млрд. руб. [4]. Данные средства передаются в федеральный бюджет в виде межбюджетного трансфера, главным распорядителем которого является Министерство здравоохранения РФ. Далее механизм передачи средств на оказание ВМП не отличается от реализованного в предыдущие годы для бюджетных медицинских учреждений. В рамках государственного задания для каждой медицинской организации устанавливаются объемные показатели в виде числа пролеченных пациентов по видам ВМП с указанием объема финансирования.

Согласно положениям действующей нормативно-законодательной базы, высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (далее — БПОМС), оказывается медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС. Соответственно для получения объемов помощи ВМП из средств ОМС медицинской организации необходимо подать соответствующее уведомление в территориальный фонд ОМС о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (далее — уведомление), на бумажном носителе или в электронном виде до 1 сентября года, предшествующего году, в котором намерена осуществлять деятельность в сфере ОМС.

В уведомлении указывается перечень видов и объемы медицинской помощи, кото-

рые может оказывать медицинская организация в рамках территориальной программы ОМС.

Медицинские организации, претендующие на получение объемов ВМП из средств ОМС, должны иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей оказание услуг по высокотехнологичной медицинской помощи соответствующего профиля.

За распределение и утверждение объемов медицинской помощи, подлежащих оплате за счет средств ОМС, между медицинскими организациями,ключенными в реестр, отвечает Комиссия по разработке территориальной программы ОМС. В состав Комиссии входят: представители органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций и профессиональных союзов медицинских работников.

Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню «1007 методов» оказывается:

- федеральными государственными учреждениями, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации [5],
- медицинскими организациями, перечень которых утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании сведений территориальных фондов обязательного медицинского страхования представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного



медицинского страхования, в срок до 10 декабря года, предшествующего отчетному.

Министерство здравоохранения Российской Федерации формирует единый список медицинских организаций, оказывающих ВМП по обоим перечням.

Согласно ст. 37 ФЗ-323, медицинская помощь, в том числе и высокотехнологичная, организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Здесь же указано, что порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Возникает вопрос о правомочности использования стандартов медицинской помощи, разработанных на уровне субъектов Российской Федерации. В данном случае в качестве аргумента в пользу применения региональных стандартов медицинской помощи можно использовать Письмо Минздравсоцразвития России от 01.09.2011 «Ответы на вопросы, поступившие из субъектов РФ, по формированию программы модернизации здравоохранения в субъекте РФ на 2011–2012 гг.», в котором указано, что «...в отсутствие федеральных стандартов применяются региональные стандарты оказания медицинской помощи».

Следует отметить, что данный аспект весьма важен для видов медицинской помощи, вошедших в перечни высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденные в рамках ПГГ, так как более половины методов лечения ВМП не подтверждены соответствующими стандартами медицинской помощи (практически полностью отсутствуют стандарты оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия», «комбустиология» др.).

Статьями 35 и 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — ФЗ-326)

регламентируется, что нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

Федеральным законом ФЗ-323 установлены условия предоставления высокотехнологичной помощи: в стационаре дневного и круглосуточного пребывания. Соответственно и нормативы в Программе госгарантий должны устанавливаться как для условий дневного, так и для условий круглосуточного стационара. Тем не менее, Программой установлен объемный показатель — случай госпитализации ВМП на 1 жителя, то есть только для ВМП, оказываемой в условиях круглосуточного стационара.

Как известно, нормативы в Программе устанавливаются за счет бюджетных средств на 1 жителя, в рамках программы ОМС — на 1 застрахованное лицо. Если ВМП финансируется в рамках системы ОМС, то и норматив должен быть установлен на застрахованное лицо.

Как указывалось выше, объемный показатель для ВМП — законченный случай или случай госпитализации. Если для перечня II объемный показатель никак не связан с механизмом возмещения расходов медицинской организации за пролеченного больного, то в случае с оказанной ВМП из перечня I оплата производится по факту оказанной медицинской помощи в соответствии с требованиями контроля объемов и качества медицинской помощи в соответствии с положениями договора на оказание и оплату медицинской помощи между медицинской организацией и страховой организацией.

Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования [9] установлены исключения из видов медицинской помощи, оплата которых производится по клинико-статистическим группам заболеваний. К таковым исключениям





в 2015 году рекомендовано отнести и перечни ВМП.

В то же время в рамках деятельности межведомственной рабочей группы по разработке методики расчета норматива затрат медицинских организаций при оказании высокотехнологичной медицинской помощи и подготовке предложений по установлению нормативов финансовых затрат на высокотехнологичную медицинскую помощь (содержащего в том числе методы лечения) специалистами ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России совместно со специалистами Минздрава России и ФОМС была осуществлена предварительная группировка методов лечения внутри каждого профиля по критерию затратности.

Какие же расходы медицинской организации, оказывающей ВМП, возмещаются в рамках установленного ПГГ норматива финансовых затрат?

До 2015 года [10] субсидии федерального бюджета на оказание высокотехнологичной медицинской помощи обеспечивали следующие статьи расходов государственных учреждений:

- оплата труда работников, обеспечивающих оказание высокотехнологичной медицинской помощи, с учетом начислений на заработную плату;
- приобретение медикаментов, расходных материалов, включая оплату дорогостоящих расходных материалов (в том числе имплантов, имплантатов, других медицинских изделий, имплантируемых в организм человека), предусмотренных стандартами медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- приобретение, техническое обслуживание, предусмотренное нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя, и ремонт медицинской техники, используемой при оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации.

Причем объем расходов на закупку медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и лекарственных препаратов не ограничивался.

Начиная с 2015 года, норматив финансовых затрат, утвержденный в рамках Программы как для первого, так и для второго перечней ВМП, включает следующие статьи расходов [2]:

- расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов;
- продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;
- расходы на оплату стоимости лабораторных и инstrumentальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);
- расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества;
- расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций;
- прочие расходы;
- расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу.

Расходы государственных и муниципальных медицинских организаций в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу и иные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований бюджетов соответствующего уровня.



Нормативы финансовых затрат на оказание ВМП из средств ОМС рассчитываются в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования. Нормативы же финансовых затрат на оказание ВМП за счет средств бюджета устанавливаются в рамках государственного задания в виде нормативных затрат на оказание государственных услуг и на 2015 год рассчитываются в соответствии с порядком определения нормативных затрат на оказание государственными учреждениями государственных услуг и нормативных затрат на содержание их имущества.

Следует отметить, что уровень норматива финансовых затрат (далее — НФЗ) на 2015 год по сравнению с уровнем нормативов на 2014 год увеличен в среднем на 28,7%. Рост размера НФЗ обусловлен включением в норматив финансовых затрат статей расходов на содержание медицинских организаций, а также с учетом коэффициента инфляции (5,5%) на 2015 год.

Как было отмечено выше, в целях учета имеющихся значительных разбросов в размере фактических затрат по методам лечения внутри профилей высокотехнологичной медицинской помощи нами впервые была произведена группировка видов по уровню нормативов финансовых затрат. Группа формировалась с шагом среднего норматива финансовых затрат в 25%. Всего по перечню «1007 методов» сформировано 64 группы, по 459 методам — 30 затратных групп. Данная работа служит начальным шагом для формирования единого подхода к способу оплаты специализированной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп заболеваний.

При установлении субъектами Российской Федерации средней стоимости единиц объема высокотехнологичной медицинской помощи по группам видов (методов) по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, субъекты Российской Федерации

могут дифференцировать установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи с учетом особенностей организации и оказания высокотехнологичной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, в том числе набора оказываемых видов и методов, оснащения медицинских организаций, наличия медицинского оборудования, квалификации медицинского персонала и других факторов [8].

Нормативы финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленные Программой, являются базовыми по каждому виду высокотехнологичной медицинской помощи из перечня, предусмотренного в рамках Программы, и рассчитаны без учета влияния районных коэффициентов.

С целью дифференциации нормативов финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в зависимости от уровня заработной платы в субъекте Российской Федерации, климатических и географических особенностей региона установленный Программой базовый норматив финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи по видам высокотехнологичной медицинской помощи корректируется с учетом коэффициента дифференциации.

Коэффициент дифференциации в субъекте Российской Федерации рассчитывается исходя из районного коэффициента к заработной плате, индекса бюджетных расходов, соотношения средней заработной платы по экономике в субъекте Российской Федерации к значению по Российской Федерации (далее — коэффициент заработной платы), которое учитывает объективное удорожание стоимости бюджетных услуг в связи с более высоким уровнем заработной платы, в том числе в городах Москве, Санкт-Петербурге, Московской области.

Кроме того, применение районного коэффициента к заработной плате и коэффициента заработной платы позволяет учесть дифференциацию заработной платы в субъектах





Российской Федерации в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части увеличения заработной платы медицинским работникам. Данные коэффициенты учитываются в коэффициенте дифференциации из расчета доли заработной платы в структуре расходов 60%.

Применение индекса бюджетных расходов позволяет учесть климатические и географические особенности региона и транспортную доступность медицинских организаций.

Учитывая, что доля заработной платы в нормативах финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи в среднем составляет менее 60% и в значительной степени варьируется в разрезе видов высокотехнологичной медицинской помощи, применение коэффициента дифференциации осуществляется к установленной доле норматива финансовых затрат.

Формула для расчета фактического норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения):

$$H3_{\phi} = H3_{n_{ee}} \times (K_{diff} \times d + (1 - d)),$$

где:

$H3_{\phi}$ — фактический норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения);
 $H3_{n_{ee}}$ — норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том

числе методы лечения), установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; K_{diff} — коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

d — доля норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ($H3_{n_{ee}}$), к которой применяется коэффициент дифференциации.

Указанные в материале проблемы, сопровождающие деятельность по обоснованию размеров тарифов, являются обоснованием для продолжения данной работы. На наш взгляд, основным шагом в этом направлении является ревизия действующих нормативных документов (например, стандартов оказания медицинской помощи), регламентирующих объем и состав высокотехнологичной медицинской помощи) пересмотр перечня лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения по каждому методу лечения, входящему в перечень ВМП, на соответствие современным подходам лечения совместно с главными внештатными специалистами по соответствующему профилю.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».





- 2.** Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- 3.** Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
- 4.** Постановление Правительства РФ от 27.12.2014 № 1572 «О предоставлении в 2015 году субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования».
- 5.** Приказ Минздрава России от 31.12.2014 № 967н «Об утверждении Перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются иные межбюджетные трансферты, предоставленные из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету».
- 6.** Приказ Минздрава России от 31.12.2013 № 1117н «Об утверждении Перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации».
- 7.** Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
- 8.** Письмо Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
- 9.** Письмо Минздрава России от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»).
- 10.** Постановление Правительства РФ от 26.12.2011 № 1136 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в 2012 году».

UDC 614.2

Obukhova O.V. *High-tech medical care in the system of compulsory health insurance* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. Health care reform had an impact on the such expensive type of medical services as a high-tech medical care. Since in 2015, as planned new federal legislation, went into the system of compulsory health insurance.

Answer to the question, what is the purpose of the transfer of high-tech health care insurance rails, whether all the volume of this type of medical care today is subordinate stringent requirements of the compulsory health insurance, and what kind of the medical organization involved in providing this type of care, to what extent and for the what funds are reimbursed which health organizations can get the volume of the entire high-tech medical care, dedicated to this material.

Keywords: high-tech medical care, program of state guarantees, compulsory health insurance, tariffs in the public health insurance system.





**У.С. Султанбаев, А.Е. Беляев, Т.В. Гапонова, Н.Д. Гречанюк,
М.В. Зарубин, С.Р. Мадзаев, Х.С. Танкаева, Е.Б. Жибурт,**
Рабочая группа Российской ассоциации трансфузиологов, г. Москва, Россия



СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТЧЕТНОСТИ О ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ

УДК 615.38

Султанбаев У.С., Беляев А.Е., Гапонова Т.В., Гречанюк Н.Д., Зарубин М.В., Мадзаев С.Р., Танкаева Х.С., Жибурт Е.Б. *Совершенствование отчетности о переливании крови* (Рабочая группа Российской ассоциации трансфузиологов, г. Москва, Россия)

Аннотация. Методом Дельфи с участием 58 экспертов проведен трехэтапный поиск показателей отчетности о работе по переливанию крови и ее компонентов. Предложена лапидарная форма отчета, содержащая информацию о переливаемых в клинике дозах компонентов крови и количестве реципиентов.

Ключевые слова: переливание крови, отчет, статистика, метод Дельфи.

Существующие показатели статистической отчетности о трансфузиологическом пособии в российском стационаре: некорректны, предполагают смешанный учет компонентов крови и кровезаменителей, не подлежат однозначному толкованию.

Схоластическое применение существующих статистических показателей обуславливает их практическую непригодность и невозможность какого-либо анализа гемотрансфузионной терапии в российских клиниках [1].

Цель исследования — предложить рациональные показатели отчетности о работе по переливанию крови и ее компонентов.

Для поиска путей решения указанных вопросов применили метод Дельфи.

Метод Дельфи (иногда дельфийский метод) был разработан в 1950–1960 годы в США для прогнозирования влияния будущих научных разработок на методы ведения войны. Имя заимствовано от Дельфийского Оракула.

Суть этого метода в том, чтобы с помощью серии последовательных действий — опросов, интервью, мозговых штурмов — добиться максимального консенсуса при определении правильного решения. Анализ с помощью дельфийского метода проводится в несколько этапов, результаты обрабатываются статистическими методами.

Базовым принципом метода является то, что некоторое количество независимых экспертов (часто не связанных и не знающих друг о друге) лучше оценивает и предсказывает результат, чем структурированная группа (коллектив) личностей. Позволяет избежать открытых столкновений между носителями противоположенных позиций, так как исключает непосредственный контакт экспертов между собой и, следовательно, групповое влияние, возникающее при совместной работе и состоящее в приспособлении к мнению большинства, дает возможность проводить

© У.С. Султанбаев, А.Е. Беляев, Т.В. Гапонова, Н.Д. Гречанюк, М.В. Зарубин, С.Р. Мадзаев, Х.С. Танкаева, Е.Б. Жибурт, 2015 г.



Таблица 1

Применение компонентов крови (учтываются лечебные дозы)

Компонент	Доз, шт.	Пациентов, чел.	Неблагоприятных реакций, шт.
Эритроцитсодержащие среды			
Концентрат тромбоцитов			
Плазма свежезамороженная			
Криопреципитат			
Концентрат гранулоцитов			

Таблица 2

Списание компонентов крови

Компонент	Получено, доз	Стоимость, руб.	Списано, доз
Эритроцитсодержащие среды			
Концентрат тромбоцитов			
Плазма свежезамороженная			
Криопреципитат			
Концентрат гранулоцитов			

Таблица 3

Аутогемотрансфузии

Компонент	Доз, шт.	Пациентов, чел.
Дооперационное резервирование, заготовлено		
Дооперационное резервирование, перелито		
Гемодилюция		
Реинфузия		

опрос экстерриториально, не собирая экспертов в одном месте (например, посредством электронной почты).

Субъекты:

- группы исследователей, каждый из которых отвечает индивидуально в письменной форме;
- организационная группа — сводит мнения экспертов воедино [2, 3].

На первом этапе (7 июля 2014 г.) разместили на сайте transfusion.ru и в рассылке Российской ассоциации трансфузиологов показатели работы клинических трансфузиологов, которые собираются для отчетов в России, США, Таджикистане и Европе.

Пригласили коллег к поиску оптимальных статистических инструментов методом группово-

го экспертного прогноза. Эксперты выбрали нужные, с их точки зрения, показатели для практического использования в работе клиники. Также приветствуются творчество и предложение собственных показателей.

Получены ответы от 58 экспертов, 23 из которых поделились собственными наработками, внедренными в субъектах Российской Федерации и отдельных организациях.

На втором этапе (6 ноября 2014 г.) по тем же каналам были отправлены три таблицы, в которые были сведены предложения экспертов (табл. 1–3).

По результатам второго исследования (ответы 42 экспертов) определены 19 основных несогласованных вопросов, по которым подготовлена анкета. 29 экспертов на третьем

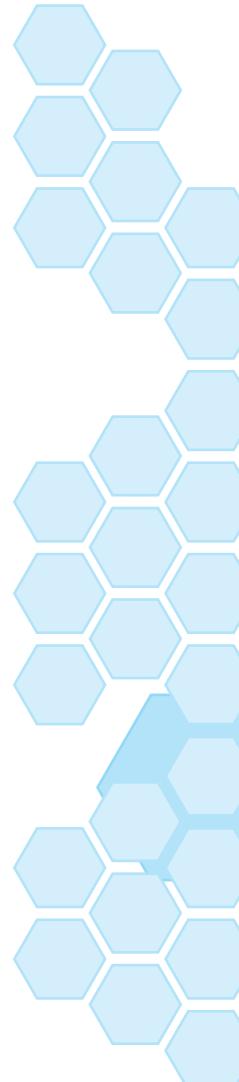




Таблица 4

Оценка предложений 3-го этапа поиска оптимального отчета о переливании крови в клинике (от 1 до 10 баллов), n=29

Предложение	Медиана	Среднее	Квартиль	
			Нижн.	Верх.
Надо учитывать компоненты крови в дозах, а не в литрах	10	7,39	5	10
Количество переливаний не надо учитывать — нужны пациенты и дозы	10	7,75	5	10
Отдельно указать количество переливаний детям до 14 лет	10	7,61	5	10
Сделать таблицу с минимумом данных. Освоим ее, понадобится больше данных — расширим	10	8,66	9	10
Для анализа брака необходимо выносить причину списания компонента крови	10	7,61	5	10
Эритроцитсодержащие компоненты крови разбить на взвесь и массу	9	7,48	5	10
В отдельной таблице дать характеристику осложнений и реакций	9	6,68	4	10
Включить в отчет информацию о трансфузационной активности	8	6,75	4	10
Указать все 4 вида аутодонорства и количество списанной аутологичной крови	7	6,46	5	10
Дополнить таблицей о введении препаратов крови (альбумин, иммуноглобулин)	7	6,25	4,5	10
Указать остаток компонентов крови на конец и начало года	6	5,96	1,75	10
Указывать поставщика крови	5	5,14	1	10
Дать разъяснение, что лечебная доза эритроцитов и плазмы для взрослого пациента получаются (эквивалентны полученным) из одной дозы цельной крови донора	5	5,57	1,75	9,25
У нас отложены подробные отчеты ЛПУ перед региональной СПК, и на федеральные формы мы не обращаем никакого внимания	5	4,19	1	5,5
Отчет об осложнениях не нужен, он будет дублировать данные уже собранные ФМБА	5	5,14	1	10
Надо учитывать компоненты крови в литрах, а не в дозах	2	3,69	1	5
Добавить графу «Стоимость списанного компонента»	1	3,82	1	6,75
Откуда мы узнаем цену полученной крови?	1	3,80	1	7
Нужно указывать номер акта списания крови и подпись ответственного сотрудника	1	3,67	1	7,5

Таблица 5

Применение компонентов крови (учитываются лечебные дозы)

Компонент	Доз, шт.	Пациентов, чел.
Эритроцитсодержащие среды		
Концентрат тромбоцитов		
Плазма свежезамороженная		
Криопреципитат		
Концентрат гранулоцитов		



этапе исследования оценили важность каждого вопроса в баллах (1 — минимальная важность, 10 — максимальная важность) (табл. 4).

Таким образом установлено, что логично создать форму отчета, содержащую информацию о переливых в клинике дозах компонентов крови и количестве реципиентов (табл. 5).

Заключение

Выступая на Гайдаровском форуме в январе 2015 г., министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова отметила, что «в 2015 году в рамках формирования единой электронной медицинской карты планируется подойти к формированию электронного бенчмаркинга на основе скрытых критериев качества, процессуальных и временных критериев, специально сформированных для каждой группы заболеваний» [4].

В отсутствие порядка оказания трансфузиологической помощи важным инструмен-

том клинического бенчмаркинга является поиск характеристик трансфузионной терапии в самых эффективных клиниках [5]. Объем трансфузионной терапии и соотношение перелитых компонентов крови — предмет современных топ-исследований [6].

В результате проведенного исследования предложена форма статистической отчетности российской клиники о переливании компонентов крови. Характеристики предложенной формы:

- минимализм, обуславливающий необременительность бюрократической работы;
- информативность, радикально выше существующих таблиц отчета клиники;
- возможность расширения как по клиническим направлениям, так и по процессам менеджмента компонентов крови.

Благодарности: авторы признательны за консультации М.Л. Галимову, М.Н. Губановой, Т.Г. Копченко, И.Я. Савину



Литература

1. Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р., Кузьмин Н.С. Особенности национальной отчетности о переливании крови // Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 10. — С. 40–46.
2. Мадзаев С.Р., Бельская Т.Е., Вафин И.А. и др. Три вопроса повышения эффективности работы службы крови. Метод Дельфи // Трансфузиология. — 2013. — Т. 14. — № 4. — С. 57–64.
3. Метод Дельфи. <http://ru.wikipedia.org> (взято 16.03.2015).
4. Министр Вероника Скворцова приняла участие в Гайдаровском форуме. <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/01/14/2196-ministr-veronika-skvortsova-prinyala-uchastie-v-gaydarovskom-forume> (взято 28.03.2015).
5. Жибурт Е.Б. Бенчмаркинг заготовки и переливания крови. — М.: РАЕН, 2009. — 364 с.
6. Holcomb J.B., Tilley B.C., Baraniuk S. et al. Transfusion of plasma, platelets, and red blood cells in a 1:1:1 vs a 1:1:2 ratio and mortality in patients with severe trauma: the PROPPR randomized clinical trial // JAMA. — 2015. — V. 313. — № 5. — P. 471–482.

UDC 615.38

Sultanbaev U.S., Belyaev A.E., Gaponova T.V., Grechanyuk N.D., Zarubin M.V., Madzaev S.R., Tankaeva H.S., Zhiburt E.B. Improved reporting on blood transfusion (Working Party of the Russian Transfusionist Association, Moscow, Russia)

Abstract. By Delphi method with 58 experts there was carried out a three-step search for indicators reporting on the work of blood transfusion. Lapidary report form containing number of transfused blood components units and recipients has been proposed.

Keywords: blood transfusion, reports, statistics, Delphi method.





И.В. Самородская,

д.м.н., профессор, руководитель лаборатории демографических аспектов здоровья населения ГНИЦ «Профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия, samor2000@yandex.ru

В.И. Степченков,

начальник Департамента Смоленской области по здравоохранению, г. Смоленск, Россия, zdrav@admin.smolensk.ru

Ю.В. Батрова,

к.м.н., заместитель главного врача ОГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1», выпускник Президентской программы «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011–2014 годах», г. Смоленск, Россия, yv202@rambler.ru

А.В. Саверский,

президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов», член Экспертного совета при Правительстве РФ, г. Москва, Россия

СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ И США

УДК 614.251.2

Самородская И.В., Степченков В.И., Батрова Ю.В., Саверский А.В. Стандарты медицинской помощи в России и США [ГНИЦ «Профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия; Департамент Смоленской области по здравоохранению, г. Смоленск, Россия; ОГБУЗ «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1», г. Смоленск, Россия; Общероссийская общественная организация «Лига защитников пациентов», г. Москва, Россия]

Аннотация: Проведен анализ применения термина «стандарт медицинской помощи» в Российской Федерации и США. Приведен перечень нормативных документов, регулирующих процесс стандартизации медицинской помощи, определена роль и область применения клинических руководств и стандартов, их правовая составляющая при разрешении конфликтных и спорных клинических ситуаций в здравоохранении. Отмечено, что проведение работ по стандартизации медицинской помощи обусловлено объективной социально-экономической необходимостью обобщения, унификации, стремления к повышению доступности медицинской помощи, в том числе новых медицинских технологий, и связано с развитием управления качеством медицинской помощи.

Ключевые слова: стандартизация, нормативные документы, качество медицинской помощи, клинические рекомендации.

Стандарты медицинской помощи в России

Работа по стандартизации медицинской помощи в России началась еще в 1992 году в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации». Основные положения стандартизации в здравоохранении были утверждены решением коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации, Государственного комитета Российской Федерации по стандартизации, метрологии и сертификации, Совета исполнительных директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования № 14/43/6-11 от 3 декабря 1997 года. 4 июля 2001 года издан Приказ МЗ РФ № 181 «О включении отраслевого стандарта ОСТ 91.500.01.007-2001 «Система

© И.В. Самородская, В.И. Степченков, Ю.В. Батрова, А.В. Саверский, 2015 г.



ма стандартизации в здравоохранении. Основные положения». Согласно этому документу, под стандартизацией в здравоохранении понимают «деятельность, направленную на достижение оптимальной степени упорядочивания продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении, путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик, условий». В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 11.08.2008 № 410н порядок создания стандартов медицинской помощи был формализован.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н, и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг, зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, компонентов крови, видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, иного, исходя из особенностей заболевания (состояния). Таким образом, методика разработки стандартов предполагала создание экспертыным путем модели пациента (заболевание, форма, степень тяжести), перечня и кратности медицинских услуг, медикаментов и расходных материалов, используемых при ведении данной модели пациента, перечня и кратности, дополнительных медицинских услуг, медикаментов и расходных материалов. На сегодня разработанных стандартов уже более тысячи. Безусловно, сам процесс создания стандартов как процедуры формализации медицинских терминов, понятий,

процессов диагностики и лечения очень сложный, и на протяжении более чем 10-летнего периода создания отраслевых стандартов была проведена гигантская работа. Теоретически стандарты медицинской помощи должны были помочь в решении ряда вопросов: оценке стоимости и качества медицинской помощи, облегчить разрешение некоторых спорных вопросов при ее оказании, помочь структурировать систему здравоохранения [1, 2].

Не вызывает сомнений обязательность исполнения стандарта и медицинской организацией, и врачом в силу следующих норм законов.

Так, согласно ст. 10 ФЗ РФ № 323 от 21.11.2012 «Об основах охраны здоровья граждан» (далее — «Основы»), доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Согласно ч. 1 ст. 37 Основ, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. Также и в соответствии с ч. 1 ст. 79 Основ медицинская организация обязана осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи. Медицинская организация должна руководствоваться следующими требованиями (ст. 309 ГК РФ — критерии гражданской невиновности медицинской организации). Также и Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, что следует из ч. 7 ст. 80 названного Закона.





Согласно ч. 4 ст. 81 Основ, при формировании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи также учитываются: порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. А согласно ч. 3 той же статьи, территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при условии выполнения финансовых нормативов, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, могут содержать дополнительные виды и условия оказания медицинской помощи, а также дополнительные объемы медицинской помощи, в том числе предусматривающие возможность превышения усредненных показателей, установленных стандартами медицинской помощи. Логично, что и государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, что следует из ч. 7 ст. 88 Основ. А согласно ст. 64 Основ, критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Согласно ст. 94 Основ, сведения о лицах, которым оказываются медицинские услуги, включают в себя информацию о примененных стандартах медицинской помощи. В то же время, согласно ч. 5 ст. 37 Основ, назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным

показаниям) по решению врачебной комиссии.

Таким образом, стандарт является обязательным для исполнения при работе медицинской организации и врача, но от него можно отступить при назначении лекарств, медицинских изделий и специализированных продуктов питания. Очевидно, что перечень оснований для отступления от стандарта должен быть шире, например: наличие заболеваний, требующих применения взаимоисключающих или дублирующих стандартов (конфликт или дублирование стандартов), нестандартная клиническая ситуация, индивидуальное течение болезни. При этом в экстренной ситуации у лечащего врача должно быть самостоятельное право на отклонение от стандартов, а не через комиссию, но это право должно иметь ясные основания в интересах больного [3]. Согласно ч. 4 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

В.И. Стародубов на Всероссийском общественном форуме медицинских работников в мае 2012 г. отметил необходимость срочного устранения противоречий в законодательной базе. Из материалов его доклада следует, что клиническая рекомендация является основой медицинских знаний, основой поведения врача у постели больного. Они используются в первую очередь для подготовки врача, принятия решения врачом относительно конкретного пациента. Стандарты должны быть использованы для планирования тех объемов медицинской помощи, которые государство обязано обеспечить своим гражданам, и для расчета тех территориальных программ государственных



гарантий Российской Федерации [12]. Дискуссия о том, что стандарт является либо экономическим документом, либо правовым, либо медицинским не имеет смысла, поскольку он — и то, и другое, и третье. Однако очевидно, что врачи-специалисты не должны область своих знаний ограничивать только стандартами, а динамично и прогрессивно развивать клиническое мышление, ведь основа основ — это правильно диагностировать патологический процесс, в то время как определиться с тактикой ведения пациента с позиции клинико-экономической эффективности помогут стандарты медицинской помощи [4, 5]. Наличие в стандарте усредненной частоты предоставления той или иной услуги без нормативно описанных оснований ее непредставления означает право каждого пациента такую услугу получить полностью, а вот исключение врачом из стандарта процедур без обоснования следует считать неоказанием помощи, если врач не докажет, что это неоказание было в интересах пациента. Если бы стандарт вовсе не имел кратности, у врача все равно было бы право в интересах здоровья и жизни пациента отступить от стандарта. Экономически стандарт является основанием тарифа ОМС. И, наконец, стандарт имеет нормативно-правовой статус, отраженный в законе и приказах Минздрава, по существу, являясь синтезом медицинской и экономической составляющей. Нормативно-правовой характер стандарта подтвержден решением ряда судов. В реальной клинической практике для организации последовательного лечебного процесса также используются клинические рекомендации.

В последние годы Минздрав занял активную позицию по отношению к созданию клинических рекомендаций научными профессиональными сообществами с учетом международного и отечественного опыта для их применения в практической деятельности российского врача.

Понятие о стандартах медицинской помощи в США

Стандарт медицинской помощи, как правило, определяется путем оценки врача, обвиняемого в халатности, экспертами в соответствующей области. Стандарты медицинской помощи могут значительно различаться (информация представлена на сайте юридической службы LegalMatch (США). Например, ресурсы сельской больницы часто значительно меньше, чем ресурсы столичной клиники, и это должно быть принято во внимание при определении соответствующего стандарта. Национальный стандарт медицинской помощи определяется как требование к врачу оказания квалифицированной медицинской помощи (то есть признание экспертами, что в рамках определенной специальности при тех же или аналогичных обстоятельствах сделано все возможное и необходимое).

Согласно данным Peter Moffett и Gregory Moore, в США при рассмотрении исков об оказании медицинской помощи суды придерживаются точки зрения, что стандартом медицинской помощи является то, что с точки зрения экспертов сделал бы компетентный врач в тех же условиях, обладая тем же набором ресурсов. Основой для определения стандарта медицинской помощи могут также быть клинические рекомендации в том смысле этого слова, что рекомендации отражают должны, лучшие на сегодняшний день тенденции оказания медицинской помощи. Но нормативных документов, отражающих правила использования этих документов, в суде для оценки качества медицинской помощи нет. В то же время, как отмечают авторы, в случае рассмотрения в суде иска о случае некачественного оказания медицинской помощи клинические рекомендации могут использоваться и используются, но каждая из сторон должна дать объяснение, почему данный документ может или не может быть использован как стандарт медицинской помощи, учитывая, что многие положения в рекомендациях основаны





не на доказательствах, а на экспертных мнениях специалистов [11].

Согласно существующей судебной практике, в США для того, чтобы выиграть в суде дело по обвинению врача в ненадлежащей медицинской помощи и халатности, истец должен доказать, что врач был обязан выполнить определенные действия, невыполнение которых можно рассматривать как нарушение врачебного долга, и что это повлекло за собой ухудшение состояния пациента. Есть много способов, с помощью которых истцы (пациенты, адвокаты, их представляющие) могут продемонстрировать, что именно врач должен был делать в конкретной ситуации и какой стандарт медицинской помощи должен был соблюдать. Экспертные оценки (показания независимых специалистов, привлеченных для оценки конкретного случая) являются в настоящее время наиболее распространенным методом, с помощью которого истцы пытаются доказать, имела ли место врачебная халатность и были ли соблюдены стандарты медицинской помощи. Эксперт знакомится с медицинскими записями о состоянии пациента, а затем на основе своих знаний и опыта делает заключение о соответствии оказания медицинской помощи пациенту.

Соблюдение принципов ведения пациента, которые сформулированы в клинических рекомендациях (Guidelines), является еще одним способом, с помощью которого истцы могут попытаться доказать, соблюдал ли врач стандарт медицинской помощи. Клинические рекомендации (Guidelines) в суде, как правило, не принимаются в качестве самостоятельного доказательства — эксперт должен подтвердить, что конкретные пункты рекомендаций применимы для оценки медицинской помощи по данному делу. Например, в 2013 г. Апелляционный суд Луизианы постановил, что методы лечения и оценки состояния пациента после укуса паука, описанные в соответствующих Клинических рекомендациях (Guidelines), были недостаточными для

того, чтобы их рассматривать в качестве стандарта медицинской помощи профилактики абсцесса в таких случаях, поэтому без экспертного мнения нельзя признавать случай следствием неправильного лечения [13].

Сегодня клинические рекомендации (Guidelines) используются в практике врача в процессе установления диагноза и назначения лечения, ими пользуются и страховые компании с целью обоснования компенсации затрат за лечение или отказ в выплате.

Страховые компании, в том числе системы Medicare и Medicaid, обычно создают медицинские рекомендации по лечению, ориентированные на компенсацию затрат клиникам. Например, согласно рекомендациям Medicare, для того, чтобы расходы на реабилитационные услуги были оплачены, необходима предшествующая 3-дневная госпитализация (как минимум). Коммерческие принципы страхования часто требуют предварительного одобрения (согласования) со страховыми компаниями необходимости выполнения определенных процедур, иначе они не будут оплачены. Например, если врач назначит МРТ без предварительного получения согласия от страховой компании, то страховая компания может не оплатить это исследование. Маловероятно, что именно такие рекомендации по принципам оплаты будут использоваться в качестве доказательств неправильной медицинской помощи или халатности при судебных разбирательствах, но другие рекомендации по компенсации затрат могут иметь отношение к обвинениям. Например, если врач не отразил в медицинских документах социальный и семейный анамнез пациента, то, согласно рекомендациям Medicare, услуга «комплексный осмотр пациента» не может быть включена в счет. В большинстве случаев при отсутствии таких записей вряд ли можно говорить о халатности, тем не менее, эксперт может сказать, что, не уточнив семейный анамнез, врач недооценил риск, связанный с наличием боли в области сердца и несвоевременно диагно-



стировал острый коронарный синдром или инфаркт миокарда.

Адвокаты истца также могут использовать такие рекомендации в качестве доказательства халатности. Например, существует «список осложнений, которые никогда не должны происходить», созданный Национальным форумом качества (National Quality Forum) и принятый позднее в Центрах Medicare & Medicaid Services. В этот список входят серьезные травмы матери или новорожденного во время родов с низким риском осложнений, любые травмы в результате падений пациентов в клинике, развитие пролежней 3- или 4-й стадий, послеоперационная смерть у пациентов с низким уровнем риска, инфицирование *Clostridium difficile* и послеоперационный тромбоз глубоких вен. Однако следует вспомнить, что данный список был создан с целью сократить медицинские расходы в соответствии с Законом о социальном обеспечении. Но во время судебного разбирательства адвокат истца может попытаться утверждать, что нарушение рекомендаций, составленных для регулирования оплаты или оценки качества медицинской помощи «в целом», является доказательством несоответствующего оказания медицинской помощи и проявлением халатности врача. Адвокат истца может утверждать, что в связи с тем, что послеоперационная смерть входит в список событий, которые «никогда не должны случаться», то смерть пациента после операции является доказательством халатности [6].

Рекомендации являются ценным источником информации для принятия медицинских решений по вопросам диагностики и лечения. Такие рекомендации основаны на заслуживающих доверия исследований и перед публикацией обычно проверяются и обсуждаются экспертами с достижением консенсуса. Однако вряд ли можно автоматически рассматривать любое отклонение от рекомендаций как несоблюдение стандарта медицинской помощи. И прежде, чем на основе рекомендаций принять решение

о том, что оказанная медицинская помощь не соответствует стандартам, имеет смысл изучить исследования и доказательства, подтверждающие эти рекомендации. В некоторых случаях даже «сильные» доказательства основаны на «неприемлемых данных» [7, 9].

Рекомендации в США можно рассматривать в качестве «безопасных убежищ» и в качестве стандартов медицинской помощи. В прошлом в нескольких штатах были реализованы pilotные проекты с целью ответить на вопрос: влияет ли факт соблюдения рекомендаций на частоту обращения в суд. Врачам была предоставлена возможность следовать или не следовать клиническим рекомендациям. Если врач выбирал возможность участия в программе и принимал решения на основе рекомендаций, то в том случае, если в последующем ему было предъявлено обвинение в халатности, врач мог использовать свою приверженность к рекомендациям в качестве защиты, по существу, этот врач становился застрахованным от ответственности. Проект продолжался почти 10 лет, но в конце концов был отменен в связи с тем, что анализ результатов не выявил влияния ни на частоту исков, ни на решения судов, ни на сумму выплат. Возможно, такие результаты были получены в связи с тем, что число исков в год было небольшим и трудно было дать оценку результатам. Следует отметить, что после прекращения проекта число исков возросло на 23% [10].

Таким образом, необходимо понимать, что рекомендации, составленные для компенсации затрат учреждениям, и клинические рекомендации преследуют разные цели. И рекомендации по оплате медицинских услуг не могут быть использованы в качестве клинического стандарта медицинской помощи.

Эксперты ВОЗ в 2014 году отметили, что, несмотря на успех стандартизации в других отраслях промышленности, в здравоохранении эти процессы происходят крайне медленно и не демонстрируют пока положительно-





го влияния на безопасность медицинской помощи для пациентов. 5 лет назад в проекте ВОЗ «The High 5s project» поднимался вопрос, насколько реально стандартизовать процессы оказания помощи в отдельных больницах, нескольких больницах в отдельных странах и в нескольких странах? Почти через 5 лет после начала проекта ответа на данный вопрос нет. Основные причины: сложность самого процесса стандартизации оказания медицинской помощи (разные условия и технические возможности оказания помощи, недостаточное количество доказательств на фоне значительного разногласия мнения специалистов по одним и тем же вопросам); устойчивая вера почти всех потребителей и поставщиков медицинских услуг, что причиной нарушения безопасности пациентов и ошибок в оказании медицинской помощи являются отдельные специалисты, несмотря на достижение согласия между экспертами, что в большинстве случаев оказания медицинской помощи — это качество работы всей системы оказания помощи; естественное природное сопротивление людей к стандартизации и опасение того, что это будет препятствовать развитию инноваций [8, 14].

По мнению экспертов ВОЗ, стандартизация в здравоохранении — это процесс разработки, согласования и внедрения единых технических характеристик, критериев, методов, процессов, действий, которые могут улучшить безопасность, воспроизводимость и качество медицинской помощи. В процессе стандартизации проводятся спецификация и детализация оказания медицинской помощи на уровне, достаточном для последовательной и поддающейся проверке различными пользователями, в разное время и в различных условиях [15].

Таким образом, многолетний опыт и анализ показывают, что с проведением работ по стандартизации связано повышение эффективности оказания медицинской помощи различным группам пациентов, регулиро-

вание затрат на их лечение и охрану здоровья населения. Несомненно, стандартизация — это деятельность по установлению научно обоснованных оптимальных норм, правил и характеристик — обеспечивает интегральное качество и медико-социальную эффективность медицинских услуг, является гарантией неизменности качества продукта или услуги, их совместимости, безопасности и эффективности. А планомерное внедрение комплексной системы нормативного обеспечения оказания медицинской помощи посредством проведения работ по стандартизации в здравоохранении позволит использовать единые методологические подходы к разработке и совершенствованию стандартов, обеспечить возможность эффективного управления качеством медицинской помощи.

Следует отметить, что медицинские услуги — это наиболее сложный объект стандартизации. Они имеют ряд особенностей по сравнению с другими видами услуг: индивидуальный характер, врачебную тайну, информированное согласие, своевременность и условия оказания услуги (гигиенические, психологические и другие). Качественному и эффективному оказанию медицинской помощи способствует обязательное выполнение требований, установленных нормативными документами, регламентирующими порядок ее оказания (медицинские стандарты, клинические протоколы). Именно с помощью стандартизации предполагается обеспечить достижение и поддержание соответствующего современным реалиям уровня медицинской помощи; постоянное динамическое повышение качества профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий; надлежащее качество предоставляемых населению медицинских услуг; решение задач сохранения и улучшения здоровья граждан.

Несмотря на широкое использование слов «стандарт медицинской помощи» во всех системах здравоохранения, понятия, вкладываемые в это словосочетание, значительно



варьируют. Однако в экономически развитых странах за последние 10–15 лет созданы организационные структуры и соответствующая нормативно-правовая база, обеспечивающие деятельность организаций здравоохранения и медицинских работников в рамках правовой и доказательной медицины. Разработка и внедрение различных нормативных документов, регулирующих процесс оказания медицинской помощи, будь то клинические рекомендации, стандарты, клинические протоколы, в настоящее время остаются одним из наиболее значимых направлений развития системы обеспечения качества в здравоохранении во многих странах мира.

Несомненно, Российская Федерация является самой прогрессивной страной по организации стандартизации медицинской помощи. До сих пор во многих странах понятие стандарт медицинской помощи используется в контексте разработанных Европейской экономической комиссией ООН и Международной организацией по стандартизации международных и межотраслевых стандартов ИСО

9000 (в том числе на окружающую среду и услуги здравоохранения) или в контексте регулярно обновляемых клинических рекомендаций. Множество лиц в США, заинтересованных в том или ином качестве и статусе стандартов, серьезно затрудняют процесс стандартизации, ставя достижения медицины в зависимость от интересов государства, страховых компаний, ученых, врачей, частных медицинских центров, пациентов, адвокатов и др., в частности, влияя на это через решения судов.

На сегодняшний день Россия — передовая страна по разработке и внедрению сотен стандартов, которые упорядочивают представление лечебной помощи населению, способствуют повышению прозрачности затрат на здравоохранение, повышают общий уровень медицинской помощи. Наличие стандартов как элементов законодательной базы в сфере медицинских услуг имеет важное значение в определении прав, а также области ответственности пациентов и врачей.

Литература

- 1.** Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Фуфаев Е.Н., Афанасьева Е.Ю. Некоторые проблемы оценки соответствия реальной клинической практики и стандартов, выявленные с помощью информационных систем//Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2008. — № 2. — С. 13–18.
- 2.** Батрова Ю.В., Самородская И.В., Козырев О.А. Особенности стандартизации медицинской помощи в практическом здравоохранении//Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2010. — № 5–6. — С. 37–43.
- 3.** Бокерия Л.А., Салагай О.О., Самородская И.В., Сокольская Н.О., Сон И.М., Волкова И.И., Крупянко С.М. Стандарты медицинской помощи в соблюдении баланса качества и стоимости в сердечно-сосудистой хирургии: правовой и организационный аспекты//Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2012. — № 4. — С. 4–9.
- 4.** Стародубов В.И., Флек В.О. Эффективность использования финансовых ресурсов при оказании медицинской помощи населению Российской Федерации//Менеджер здравоохранения. — 2006. — С. 15–33.





- 5.** Стародубов В.И., Короткова А.В. Обеспечение качества медицинской помощи — приоритет системы здравоохранения//В кн. Обеспечение и контроль качества медицинской и социальной помощи населению: Научные труды Российской научно-практической конференции (Москва, 25–26 мая 2005 г.).
- 6.** Agency for Healthcare Research and Quality. Patient safety primers [Electronic resource]. — Access mode: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx> (дата обращения: 24.02.2015).
- 7.** ACEP's TPA debate goes public. Emergency Physicians Monthly. [Electronic resource]. — Access mode: <http://www.epmonthly.com/features/current-features/acep-s-tpa-debate-goes-public> (дата обращения: 25.02.2015).
- 8.** Dorland's Medical Dictionary for Health Consumers [Electronic resource]. — Access mode: <http://legal-dictionary.thefreedictionary.com> (дата обращения: 27.02.2015).
- 9.** Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines//BMJ. — 2013. — No. 14. — P. 346. <http://www.bmjjournals.org/content/346/bmj> (дата обращения: 24.02.2015).
- 10.** Le Craw L.L. Use of clinical practice guidelines in medical malpractice litigation// Oncol. Pract. — 2007. — No. 3. — P. 254. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2793844> (дата обращения: 27.02.2015).
- 11.** Moffett Peter, Moore Gregory. The Standard of Care: Legal History and Definitions: the Bad and Good News//Western Journal of Emergency Medicine. — 2011. — No. 12 (1). — P. 109–112.
- 12.** <http://www.nacmedpalata.ru?action=show&id=6601>.
- 13.** <http://caselaw.findlaw.com/la-court-of-appeal/1651097.html> (дата обращения: 5.02.2015).
- 14.** <http://www.nice.org.uk/guidance/qualitystandards/moreinfoaboutnicequality-standards.jsp> (дата обращения: 27.02.2015).
- 15.** <http://www.accreditation.ca> (дата обращения: 25.02.2015).

UDK 614.251.2

Samorodskaya I.V., Stepchenkov V.I., Batrova Y.V., Saversky A.V. **Standards of medical care in Russia and USA** /FSFI «VNIIIMT» Federal Compliance Service the sphere of healthcare, Moscow, Russia; Health care Department of Smolensk region, Smolensk, Russia; State Health Care Institution «Consultancy-diagnostic polyclinic № 1», Smolensk, Russia; National social organization «Patients defenders League», Moscow, Russia)

Annotation. The analysis of the use of the term «standard of care» in the Russian Federation and the United States. The list of normative documents regulating the process of standardization of medical care, defined role and scope of clinical guidelines and standards of their legal component in the resolution of conflict and controversial clinical situations in health care. It is noted that the work on standardization of medical care due to objective socio-economic necessity of generalization, unification, of the desire to improve access to health care, including new medical technologies associated with the development of quality management of medical care.

Keywords: standardization, regulations, quality health care, clinical recommendations.



Т.В. Тимофеева,

ООО «ТТ-Стандарт», г. Москва, Россия

А.В. Балакаева,

ФГБУ «НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина» Минздрава России, г. Москва, Россия

О.И. Глазунова,

ООО «ТТ-Стандарт», г. Москва, Россия

МАРШРУТНАЯ КАРТА ВЫБОРА АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ УСТАНОВОК ДЛЯ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ ФИЗИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ. ЧАСТЬ 1



УДК 615.47

Тимофеева Т.В., Балакаева А.В., Глазунова О.И. *Маршрутная карта выбора автоматизированных установок для обеззараживания медицинских отходов физическими методами (ООО «ТТ-Стандарт», г. Москва, Россия; ФГБУ «НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В последнее время все большее распространение получает аппаратный метод обеззараживания медицинских отходов. Выбор технологии и модели специализированной установки представляет отдельную проблему для медицинских организаций в связи с разнообразием представленных на рынке моделей, информации об их эпидемиологической, технологической и экономической эффективности. В статье приводится маршрутная карта выбора автоматизированной установки для обеззараживания медицинских отходов от этапа выбора технологии до реализации проекта и сдачи участка обеззараживания медицинских отходов в эксплуатацию.

Ключевые слова: медицинские отходы, установки для обеззараживания медицинских отходов, технологическая эффективность, экономическая эффективность, участок для обеззараживания медицинских отходов, этапы создания участка для обеззараживания медицинских отходов.

Введение

В последнее десятилетие в РФ наметилась тенденция отказа от химического метода обеззараживания и роста численности технопарка автоматизированных специализированных установок для обеззараживания медицинских отходов (МО). Это объясняется в первую очередь изменением нормативно-правовой базы: как выходом новой редакции СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами», так и Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Более жесткие требования к эпидемиологической безопасности медицинских отходов в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь населению, оправданы сложной эпидемиологической обстановкой, высокой опасностью МО, отсутствием во многих медицинских организациях организованной системы сбора, хранения, транспортировки и удаления отходов [1]. Выделение физических методов обеззараживания МО как приоритетных стало основанием

© Т.В. Тимофеева, А.В. Балакаева, О.И. Глазунова, 2015 г.

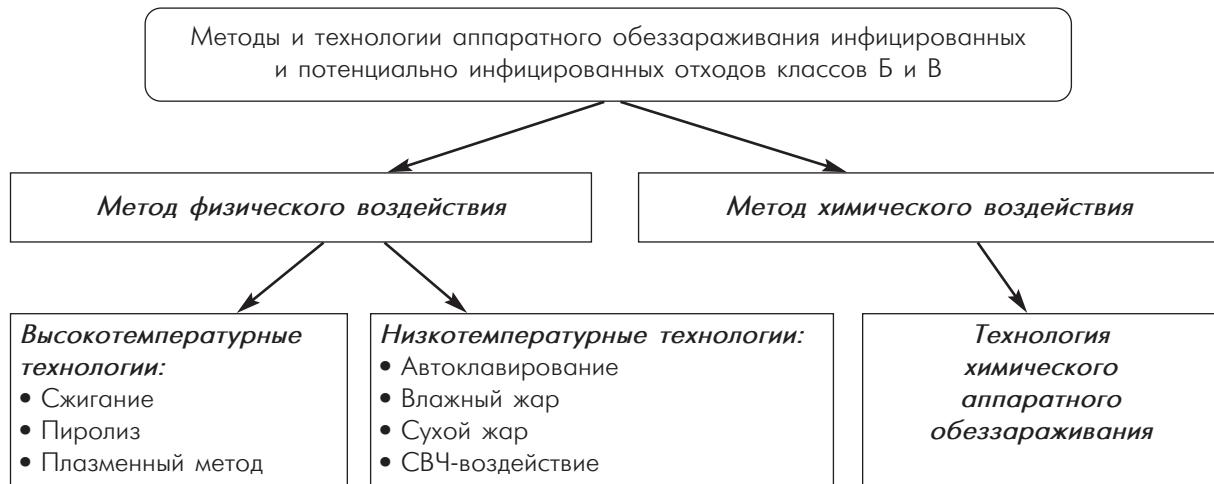


Рис. 1. Классификация аппаратных методов и технологий обеззараживания МО

для расширения парка специализированного оборудования.

Все зарегистрированные в РФ автоматизированные установки (AY) можно разделить на три основные группы технологий, две из которых относятся к физическим методам воздействия и одна — к химическому (рис. 1).

Выбор АY представляет собой сложную задачу для медицинской организации или иного хозяйствующего субъекта, образующего отходы классов Б, В, Г и Д.

Опыт решения вопросов по оснащению медицинских организаций в крупных городах РФ (Москва, Санкт-Петербург, Казань, Чебоксары, Белгород) показал отсутствие теоретической и практической баз для осуществления адекватного выбора АY. Как правило, принятие решений базировалось на сравнительном анализе рекламных материалов, представляемых дистрибуторами или производителями. В последующем, после начала эксплуатации, медицинские организации нередко сталкиваются с целой серией проблем: несоответствие требованиям СанПиН 2.1.7.2790-10 (например, из-за отсутствия функции видоизменения МО), несоответствие заявленным мощности энергопотребления, производительности и пр. Департамент здравоохранения города Мос-

квы с 2006 года реализует программу по совершенствованию системы обращения с МО, опасными в эпидемиологическом отношении. Впервые ретроспективный анализ критериев выбора был представлен по более 200 АY, эксплуатируемых в системе государственного здравоохранения г. Москвы. Материалом для составления маршрутной карты выбора АY стали данные мониторинга функционирования АY на участках обеззараживания МО [2].

Задачи исследования

Настоящее исследование — первая попытка составления маршрутной карты выбора АY с учетом таких критериев, как технологическая и экономическая эффективность. В связи с тем, что в государственной системе здравоохранения города Москвы высокотемпературная технология обеззараживания/обезвреживания используется лишь в одной медицинской организации, расположенной за чертой города, в настоящей работе мы сосредоточим свое внимание на более распространенных в системе технологиях низкотемпературного аппаратного обеззараживания: автоклавирования, влажного жара и СВЧ-воздействия на отходы.

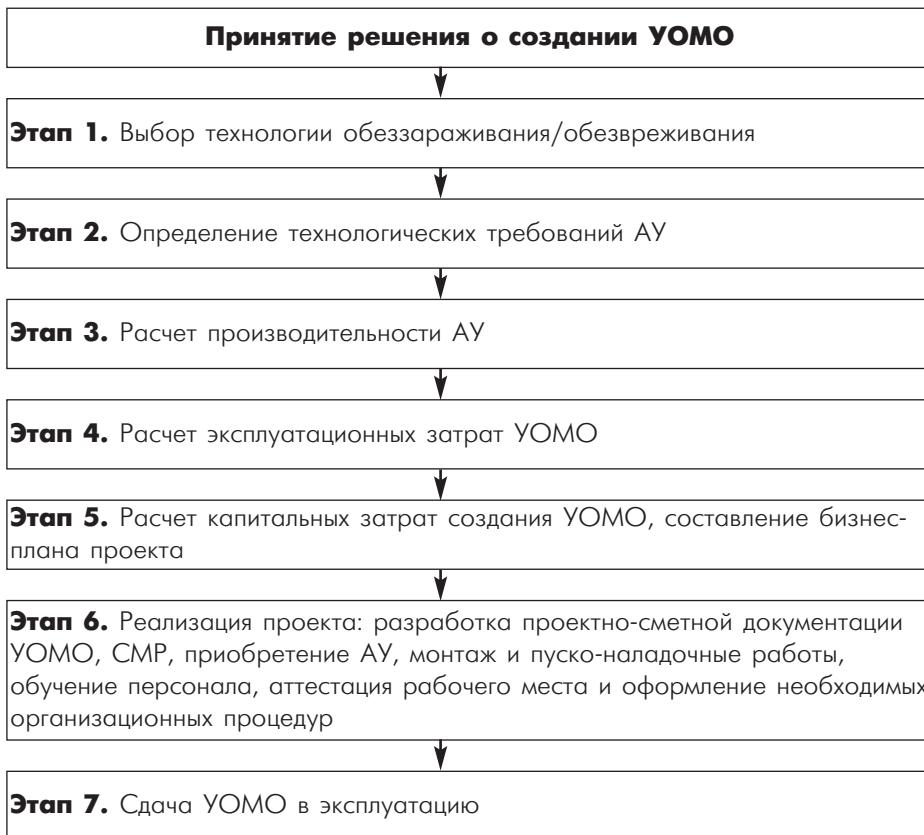


Рис. 2. Этапы маршрутной карты создания УМО и выбора АУ в медицинской организации

Материалы и методы

В работе использованы данные мониторинга функционирования 108 участков обеззараживания медицинских отходов (УМО) в подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы медицинских организациях, оказывающих стационарную/амбулаторно-поликлиническую помощь населению, по состоянию на конец 2013–2014 годов. Также использованы собственные экспериментальные данные по измерению объемно-весовых параметров МО, прошедших обеззараживание в различных специализированных АУ, и временных параметров технологического процесса АУ. Статистическая обработка данных проводилась общепринятыми методами вычисления средних величин и показателей процентов.

Результаты и обсуждение

Маршрутная карта выбора АУ для конкретного медицинского учреждения представляет собой схему реализации бизнес-проекта по созданию специализированного УМО, оснащенного АУ, в котором можно условно выделить 7 этапов (рис. 2).

Ниже мы остановимся на основных этапах выбора АУ для УМО медицинской организации, оказывающей стационарную или амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

Маршрутная карта выбора АУ

Этап 1. Выбор технологии обеззараживания/обезвреживания.

Критериями выбора низкотемпературной технологии обеззараживания медицинских





Таблица 1

Критерии выбора технологии низкотемпературного обеззараживания

№ п/п	Наименование технологии	Отнесение к физическим методам, +/−	Возможность обеззараживания МО класса В, +/−	100% эпидемиологическая эффективность, +/−
1	Автоклавирование	+	+	+
2	Влажный жар	+	+	+
3	СВЧ-воздействие	+	+	+
4	Химическая аппаратная дезинфекция	−	−	−

отходов могут служить три основных требования:

1. Отнесение к физическим методам обеззараживания согласно СанПиН 2.1.7.2790-10.

В случае, если рассматриваемая технология обеззараживания основана на физических методах воздействия, перечисленных в п. 5.4. СанПиН 2.1.7.2790-10, то после изменения внешнего вида обеззараженные отходы могут храниться, вывозиться совместно с твердо-бытовыми (п. 2.2.). Согласно п. 4.21 вышеуказанных Правил, лишь технологии, использующие физические методы воздействия, могут использоваться для обеззараживания отходов класса В [3].

2. Возможность применения технологии для обеззараживания МО класса В, что особенно актуально для медицинских организаций инфекционного профиля, включая фтизиатрические и кожно-венерологические. Для обеззараживания таких отходов СанПиН 2.1.7.2790-10 жестко регламентирует использование технологии, основанной на физических методах воздействия (п. 4.21).

3. Гарантированное достижение 100% эпидемиологической эффективности в связи с допущением возможности совмещения потоков МО классов Б и В после аппаратного обеззараживания и твердо-бытовых отходов (ТБО) для дальнейшего транспортирования к местам конечного обезвреживания (полигоны предприятия/высокотемпературное сжигание) (п. 2.2). Как показали результа-

ты испытаний эпидемиологической эффективности АУ, этому критерию удовлетворяют лишь те из них, которые основаны на принципе автоклавирования, влажного жара и СВЧ-воздействия на отходы, тогда как аппаратная химическая дезинфекция не гарантирует 100% эффективности [4, 5].

Из таблицы 1 видно, что химическая аппаратная дезинфекция не соответствует выделенным трем основным критериям и не может рассматриваться как метод выбора для нужд медицинской организации, образующей отходы, опасные в эпидемиологическом отношении.

Дополнительными критериями выбора технологии аппаратного обеззараживания являются:

1) достижение заданных/необходимых физических параметров цикла обеззараживания: температурный режим, давление, длительность цикла и др.;

2) наличие системы вторичной стерилизации эмиссии отдельно от обеззараживаемых отходов, что обеспечивает санитарно-эпидемиологическую и экологическую безопасность выбросов и стоков;

3) наличие нескольких независимых электронных и механических систем измерения рабочих параметров;

4) наличие системы контроля эффективности каждого цикла обеззараживания;

5) наличие возможности документирования параметров цикла обеззараживания отходов в электронном и печатном видах.



Эти критерии, наряду с вышеописанными тремя основными, также должны приниматься в расчет, так как пренебрежение ими может привести к негативному результату: проект реализован, но при первой же проверке надзорными органами не признается правомерным использование данного типа оборудования для обеспечения всех требуемых параметров обеззараживания МО на местах образования. В качестве таких примеров могут служить случаи, когда медицинской организацией при закупке оборудования приобреталась не специализированная АУ для обеззараживания МО (что должно быть подтверждено регистрационным удостоверением государственного образца), а приспособленное для этих целей стерилизационное оборудование. Специализированные для МО стерилизаторы в обязательном порядке снабжены специальным программным обеспечением, которое предусматривает большее время стерилизационной экспозиции по сравнению с неспециализированными автоклавами, большее количество пульсов при вакуумном фракционировании, увеличение времени сушки. Кроме того, внутренние агрегаты и системы в специализированных для работы с МО стерилизаторах, в частности, парогенератор и вакуумный насос, предусматриваются более мощными, чтобы обеспечить проникновение пара и любого стерилизующего агента равномерно во всю толщу массы МО, загруженных в рабочую камеру (герметично упакованными). Также нередки случаи, когда медицинской организацией приобретается АУ, которая не обеспечивает без дополнительных технологических устройств (шредера, пресса-деструктора) необходимое изменение внешнего вида и потерю потребительских свойств. По предписанию надзорных органов приходится проводить дооснащение УМО, что требует дополнительных временных и финансовых затрат. При правильном выборе технологии не возникает препятствий как для последующей эффективной работы УМО,

так и экономии средств на транспортирование МО к местам конечного обезвреживания в составе ТБО, утилизацию.

Таким образом, результатом аналитической деятельности на этапе 1 является определение технологии обеззараживания МО.

Этап 2. Определение технологических требований к АУ.

В зависимости от целого ряда санитарно-эпидемиологических и экономических задач, которые должны быть решены медицинской организацией при создании УМО, к планируемой для закупки АУ предъявляются различные технологические требования; последние могут быть представлены следующим образом в порядке убывающей значимости:

- изменение внешнего вида МО после цикла аппаратного обеззараживания;
- уменьшение объема МО после цикла аппаратного обеззараживания;
- уменьшение веса МО после цикла аппаратного обеззараживания;
- уменьшение влажности МО после цикла аппаратного обеззараживания.

В таблице 2 представлены наши данные по критериям технологической эффективности различных АУ, составляющих технопарк Департамента здравоохранения города Москвы (использующих физические методы воздействия).

Из четырех выделенных критериев наиболее важными, с технологической точки зрения, являются первые два: изменение внешнего вида отходов после обеззараживания и уменьшение объема МО.

Наличие опции по измельчению (мелкофракционному или крупнофракционному) является, безусловно, существенным. Те АУ, в технологическом цикле которых не предусмотрено измельчение или спекание, делающие невозможным повторное использование МО и любых их фрагментов, требуют дополнительного оснащения шредером или прессом-деструктором. Однако следует отметить, что не всегда измельчение в процессе цикла обеззараживания себя оправдывает.



Таблица 2

Критерии технологической эффективности АУ, использующих физические методы воздействия

№ п/п	Наименование технологии	Наименование АУ, модель	Характер изменения внешнего вида	Изменение объема МО, %	Изменение веса МО, %	Изменение влажности МО
1	Автоклавирование без измельчения	СМО 250, 400, 560	Спекание	Уменьшение до 15	Уменьшение до 10	Уменьшение
		Tuttner 3870-BH – 6690BH	Спекание	Уменьшение до 15	Уменьшение до 10	Уменьшение
2	Автоклавирование с измельчением	Экос/T150/T300	Мелкофракционное измельчение	Уменьшение до 50	Уменьшение до 10 / Увеличение до 10	Без изменения / Увеличение
		Гидроклав Н-07	Крупнофракционное измельчение	Уменьшение до 40	Уменьшение до 10 / Увеличение до 10	Без изменения / Увеличение
3	Влажный жар	Ньюстэр-10	Мелкофракционное измельчение	Уменьшение до 70	Уменьшение до 25	Уменьшение
		Конвертер Н10 – Н500	Мелкофракционное измельчение	Уменьшение до 70	Уменьшение до 25	Уменьшение
4	СВЧ-воздействие	УМОМО-01/150-«О-ЦНТ»	Без изменения внешнего вида	Без изменения	Увеличение	Увеличение

Так, медицинские организации, имеющие в составе МО высокое процентное содержание нетканых материалов, текстиля и латексных изделий, в процессе эксплуатации АУ с мелкофракционным измельчением неизбежно столкнутся с проблемой частой смены ножей и иных частей режущих механизмов [2, 6]. Для таких учреждений в большей степени подходит АУ с крупнофракционным измельчением, которое достигается за счет встроенного вращающегося вала и специальной конструкции внутренней камеры (например, установка «Гидроклав Н-07»). В ряде случаев, когда морфологическая структура МО включает большое количество одноразового инструментария, одноразового расходного материала, в том числе из нетканого материала, средств личной гигиены, в технологическом плане наиболее эффективными оказываются специализированные стерилизаторы, обеспечивающие спекание. При необходимости с целью уменьшения

объема после цикла обеззараживания используется пресс-деструктор. Любая АУ с предусмотренной технологией функцией измельчения (мелкофракционного, крупнофракционного) не гарантирует 100%-ное изменение внешнего вида и потерю товарных свойств колюще-режущих частей и составляющих МО, особенно игл, наконечников скальпелей и пр. Не говоря уже о том, что металлические фрагменты отходов (особенно иглы большого диаметра) нередко служат источником поломок встроенных шредеров АУ. Поэтому определение требований к АУ в части внешнего вида МО после цикла обеззараживания должно строиться с учетом объективных факторов необходимости получения МО после обеззараживания следующего вида: без изменения внешнего вида; мелкофракционные; крупнофракционные; спекшиеся/частично спекшиеся.

Уменьшение объема МО после аппаратного обеззараживания является важным тех-



Таблица 3

Изменение объема МО после аппаратного обеззараживания (л, %)

№ п/п	Наименование АУ	Полезный объем рабочей камеры, л	Объем МО до цикла, л	Объем МО после цикла, л	Изменение объема МО, %
1	Tuttnauer 5596BH	167	160±8,9	144±8,0	10±2,9
2	Tuttnauer 6690BH	227	218±13,2	195±10,2	10,45±3,1
3	Tuttnauer 66120BH	285	280±10,0	239±10,4	14,58±4,0
4	СМО-250 «Т3 МОИ»	251	260±12,9	221,5±15,0	14,81±4,0
5	Экос / Экодас / Т 300	233	233±14,2	115±12,0	50,7±3,5
6	Гидроклав Н-07	195	195±9,2	117±11,0	40,08±3,5
7	Ньюстэр-10	98	100,5±7,2	29,5±1,5	70,5±2,2
8	Конвертер Н 25	150	150±4,5	44,5±2,7	70,33±1,7
9	УМО-01/150-«О-ЦНТ»	45*	48,9±3,5	48,9±3,5	0

* При объеме рабочей камеры 100 л, полезный объем — 45 л представляет собой 2/3 от объема специализированных баков-контейнеров для обеззараживания (60 л).

нологическим критерием, так как позволяет экономить средства на хранение и транспортирование МО за пределы территории медицинской организации.

В таблице 3 представлены экспериментальные данные по изменению объема МО после проведения циклов аппаратного обеззараживания на различных АУ [2, 7].

С учетом того, что изучение изменения объемов МО проводилось на нативных отходах в медицинских организациях (табл. 3), можно считать эти данные более приближенными к реальности, нежели показатели уменьшения объема МО, представленные в технических паспортах АУ и иных информационных документах, в том числе рекламного характера, полученных при испытании АУ на материалах, имитирующих МО.

Вес МО после цикла аппаратного обеззараживания неразрывно связан с исходной влажностью массы отходов, помещаемых в камеру АУ. Исходный вес значительно варьирует и зависит от морфологической структуры отходов, профиля оказания медицинской помощи населению и пр. Влажность отходов до 35–40% считается максимально допустимой для аппаратного обеззараживания. Чем выше влажность отходов до цикла,

тем ниже вероятность уменьшения веса МО после завершения цикла аппаратного обеззараживания. В некоторых АУ вес отходов увеличивается за счет использования в технологическом процессе жидкого сред (сенсибилизаторы, вода и пр.). В автоклавах типа «Экос», «Гидроклав Н-07» вес отходов может как уменьшаться, что обеспечивается сушкой и выпариванием жидкостей, так и увеличиваться — за счет насыщения влагой сорбирующих материалов. При определении приоритетными таких технологических критериев, как вес и влажность МО после аппаратного обеззараживания, следует уточнить по техническому паспорту АУ границы предельных допустимых значений процентного содержания влаги помещаемых в рабочую камеру отходов. Кроме того, даже если технология допускает обработку жидкого МО в составе общего объема загрузки (например, кровь и ее продукты, жидкие пищевые отходы и пр.), следует учитывать, что производительность АУ неизбежно будет снижаться за счет увеличения времени цикла обеззараживания (до двух раз и более). Для нужд обеззараживания жидкого МО целесообразно дооснащение УМО специализированными для этих целей установками [2, 8].





Таблица 4

Изменение веса МО после аппаратного обеззараживания (кг, %)

№ п/п	Наименование АУ	Вес МО до цикла, кг	Вес МО после цикла, кг	Изменение веса МО, %
1	Tuttnauer 5596BH	32,5±3,6	30,2±3,5	Уменьшение на 7,04±3,94
2	Tuttnauer 6690BH	47,2±3	43,4±1,8	Уменьшение на 7,82±4,37
3	Tuttnauer 66120BH	70,0±2,4	63,2±2,1	Уменьшение на 9,69±2,82
4	СМО-250 «ТЗ МОИ»	63,3±2,9	57,4±2,8	Уменьшение на 9,33±1,46
5	Экос / Экодас / Т 300	65,7±14,3	67,8±14,6	Увеличение макс. на 11,3 / Уменьшение макс. на 4,3
6	Гидроклав Н-07	39,5±1,28	36,9±3,5	Уменьшение макс. до 13,8 / Увеличение макс. до 0,6
7	Ньюстар-10	23,9±1,0	18±1,2	Уменьшение на 25,0± 2,4
8	Конвертер Н 25	35,7±1,1	26,7±1,3	Уменьшение на 25,13±3,33
9	УМО-01/150-«О-ЦНТ»	18,1±1,6	21,7±1,9	Увеличение на 19,9±1,0

Проведенные экспериментальные замеры веса МО в процессе аппаратного обеззараживания представлены в таблице 4. При этом влажность МО находилась в пределах среднестатистических значений — от 15 до 20%.

Как видно из таблицы 4, достоверно можно утверждать, что существенное уменьшение веса МО наблюдается у «Конвертер Н 25», «Ньюстар-10». В остальных случаях этот критерий можно считать не первостепенным при выборе АУ.

Измерение влажности МО с учетом особенностей их доставки от мест первичного образования на УМО в герметичной упаковке представляет сложно решаемую задачу. В отличие от веса и объема, которые можно измерить, понятие «влажность» для МО остается умозрительным. Если считать за «среднюю норму» влажности МО 15–20%, то можно утверждать, что влажность преимущественно увеличивается в АУ,

основанных на технологии автоклавирования и СВЧ-воздействия. При автоклавировании, не предусматривающем измельчения, влажность изменяется незначительно; при измельчении — уменьшается за счет лучшей возможности высушивания отходов, не защищенных упаковочными материалами. Уменьшение влажности МО очевидно в технологии влажного жара.

Таким образом, результатом аналитической деятельности на этапе 2 являются:

- 1) принятие решения о необходимости изменения внешнего вида МО после цикла аппаратного обеззараживания без дополнительных устройств (пресс-деструктор, шредер);
- 2) определение необходимости изменения объема МО после цикла аппаратного обеззараживания;
- 3) определение необходимости изменения веса МО после цикла аппаратного обеззараживания.

Продолжение читайте в следующем номере

Литература

1. Акимкин В.Г., Бормашов А.В. Современное состояние и перспективы решения проблемы обращения с медицинскими отходами в Российской Федерации//Медицинский алфавит. Эпидемиология и гигиена. — 2013. — № 2. — С. 48–53.





- 2.** Акашкина Л.В., Балакаева А.В., Булганина М.С., Зудинова Е. А., Корольков В.С., Мамонтова Л.С. и др. Оценка экономической, санитарно-гигиенической и экологической эффективности проведения мероприятий, предусмотренных государственной программой города Москвы «Столичное здравоохранение» на 2012–2015 гг. АНО УМЦ «ТТ-эксперт». Деп. в ВИНИТИ 25.06.2014. № 179-В2014. — М., 2014. — 130 с.
- 3.** СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами». — М., 2010. — 32 с.
- 4.** Акашкина Л.В., Акимкин В.Г., Балакаева А.В. и др. Опыт реализации мероприятий по совершенствованию системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений в Юго-Восточном административном округе г. Москвы (в рамках pilotного проекта в 2006–2007 гг.), АНО УМЦ «ТТ-эксперт». Деп. в ВИНИТИ 25.05.2012. № 241-В2012. — М., 2012. — 79 с.
- 5.** Игонина Е.П., Шеенков Н.В. Балакаева А.В. Оценка эффективности работы установок для обеззараживания отходов ЛПУ по эпидемиологическому и санитарно-гигиеническому показателям//В кн. Проблемы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений: Сборник материалов V Международной конференции. — М., 2009. — С. 51–52.
- 6.** Акашкина Л.В., Балакаева А.В., Зудинова Е.А и др. Сборник рекомендаций и инструкций по техническому обеспечению безаварийной работы специализированных автоматизированных установок для обеззараживания медицинских отходов классов Б и В в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы: Практ. руководство. — М.: НО «Издательский центр «Московедение», 2014. — 96 с.
- 7.** Боравский Б.В., Боравская Т.В., Десяткова К.С. Справочное руководство по обращению с отходами лечебно-профилактических учреждений//Под ред. Н.В. Русакова, В.Л. Гончаренко. — М.: ООО «Мир Прессы», 2006. — 432 с.
- 8.** Сопрун Л.А. Гигиеническое обоснование выбора метода обезвреживания медицинских отходов//Автореф. дис.... канд. мед. наук. — СПб., 2014. — 160 с.
- 9.** Акашкина Л.В., Акимкин В.Г., Балакаева А.В. и др. Медицинские отходы. Опыт безопасного обращения в Российской Федерации/Под общей редакцией академика РАМН Н.В. Русакова, члена-корреспондента РАМН В.Г. Акимкина. — М.: Научный мир, 2013. — 286 с.
- 10.** Акашкина Л.В., Балакаева А.В., Гогитидзе Н.В. и др. Практическое руководство по порядку обращения с медицинскими отходами (сбору, временному хранению, обеззараживанию, транспортированию, обезвреживанию) в соответствии с СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами», АНО УМЦ «ТТ-эксперт»; под ред. Н.В. Русакова, Т.В. Тимофеевой. — 2-е изд., доп. — М.: НО «ИЦ «Московедение», 2012 — 96 с.
- 11.** Глазунова О.И., Балакаева А.В., Зудинова Е.И., Тимофеева Т.В. Анализ экономической эффективности аппаратных способов обеззараживания медицинских отходов в сравнении с химической дезинфекцией//Главная медицинская сестра. — 2014. — № 12.
- 12.** Тимофеева Т.В., Балакаева А.В., Зудинова Е.А., Глазунова О.И. Аппаратный и химический методы обеззараживания медицинских отходов: сравнительный анализ эффективности//Дезинфекция. Антисептика. — 2014. — Том V. — № 3(19). — С. 40–47.



UDC 615.47

Timofeeva T.V., Balakaeva A.V., Glazunova O.I. A root sheet of selection specialized devices for health-care waste treatment using physical methods (LLC «TT-Standart», Moscow, Russia; Federal State Budgetary Institution «A.N. Sysin Research Institute of Human Ecology and Environmental Health» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. In the recent years hardware medical waste treatment technologies are widely spreading. Choosing of a technology and a model of specialized device is a difficult problem for medical enterprises because of wide selection of that devices as well as information about their epidemiological, technological and economical effectiveness. A root sheet of selection specialized devices for health-care waste treatment from the step of technology choosing up to project realization and commissioning of the medical waste treatment site is given in this article.

Keywords: medical waste, devices for health-care waste treatment, technological effectiveness; economical effectiveness; medical waste treatment site; points of establishment of medical waste treatment site.



Президентом России В. Путиным по итогам заседания президиума Государственного совета 30 июля 2013 года «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи» дан ряд поручений Правительству Российской Федерации, среди которых:

- а) усилить контроль за порядком и условиями бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- б) представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся совершенствования порядка расходования средств, полученных территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам проведенных ими контрольных проверок качества и условий предоставления медицинскими организациями медицинской помощи, изменения объема этих средств и направления их на мероприятия, связанные с устранением выявленных нарушений;
- в) обеспечить развитие системы информирования населения о порядке и условиях бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе об услугах, которые не подлежат оплате за счет личных средств граждан.

А.А. Старченко,

член Общественного совета при Минздраве России, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, Россия

ПОРУЧЕНИЯ ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ: ОБЯЗАТЕЛЬСТВА МЕДИЦИНСКИХ СТРАХОВЩИКОВ ПО ДЕЙСТВЕННОЙ ЗАЩИТЕ ПРАВ ГРАЖДАН В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Разработанная Минздравом России Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг., представленная на Общественном совете при МЗ РФ 24 декабря 2014 года к широкому общественному обсуждению при реализации поручений Президента, предполагает:

«2. Развитие обязательного медицинского страхования основывается на принципах солидарности и социального равенства. В целях дальнейшего развития деятельности страховых медицинских организаций необходимо закрепить за ними функции по защите прав застрахованных лиц, предусматривающие:



— развитие института представителей страховых медицинских организаций и наличие их в каждой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования;

— более активное участие в информировании застрахованных лиц о правах в сфере обязательного медицинского страхования, о профилактической направленности медицинской помощи;

— полное ведение застрахованного лица от момента подачи жалобы до момента ее разрешения (в том числе и в судебном порядке), что потребует расширения возможностей страховой медицинской организации выступать действительно «адвокатом» застрахованного лица;

— создание так называемых «участковых» страховых агентов — сотрудников страховой медицинской организации (СМО) с закрепленным контингентом застрахованных лиц».

По данным Федерального фонда ОМС, ежегодно в суды направляются около 500 исков о защите прав застрахованных лиц на бесплатное получение медицинской помощи в системе ОМС. Столь низкое число судебных исков связано с боязнью пациентов жаловаться на медицинские организации. В судебном же порядке с медицинских организаций при медико-юридической поддержке СМО в 2013 году взыскано 27 млн. рублей.

Правозащитники подвергают критике систему ОМС и СМО, в частности, за то, что в системе отсутствует полноценная и серьезная досудебная защита прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи.

Однако в соответствии с действующим законодательством СМО лишены реального права досудебного возмещения материального ущерба застрахованным лицам при навязывании им оплаты лекарственных средств, имплантов, медицинских изделий и платных медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

С целью реализации Стратегии развития здравоохранения РФ и для исполнения поручения Президента РФ «представить предложение по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся совершенствования порядка расходования средств, полученных ТФОМС и СМО по результатам проведенных ими контрольных проверок качества и условий предоставления медицинскими организациями медицинской помощи, изменения объема этих средств и направления их на мероприятия, связанные с устранением выявленных нарушений», предлагается внедрение механизма досудебной быстрой и эффективной защиты права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Необходимо законодательное приданье страховой медицинской организации мощной исполнительной функции — права досудебного возмещения застрахованному лицу материального вреда, причиненного взиманием денежных средств за услуги, предусмотренные программой ОМС. Это существенным образом сократит временные (3–4 года) и судебные финансовые издержки гражданина.

Социальная значимость: существующее положение жителя небольших городов и сел является обременительным, так как фактически ограничивает его право на обращение за судебной защитой в силу опасения за свое здоровье, так как после решения суда он вынужден будет обращаться опять-таки за медицинской помощью в то же учреждение здравоохранение, с которым он состоял в судебном споре. Страховая медицинская организация, пользуясь финансовым и экспертным авторитетом, лицензией ЦБ РФ на ОМС, должна быть обязана в таких случаях осуществлять досудебные выплаты гражданину.

Финансовый источник досудебного возмещения застрахованным лицам — целевые средства ОМС.

Алгоритм действий СМО по досудебному возмещению застрахованным лицам материального ущерба:





1. Рассмотрение жалобы застрахованного лица на незаконное взимание денежных средств медицинской организацией за медицинские услуги, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, или понуждение к приобретению за личные средства лекарственных препаратов, медицинских изделий и других материальных ценностей, включенных в программу ОМС.

2. Выполнение целевой экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица с установлением показаний к выполнению медицинских услуг, назначению лекарственных препаратов или медицинских изделий, включение их в порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические протоколы, обязательные перечни и формуляры, предусмотренные законодательством РФ.

3. Предъявление Акта целевой экспертизы качества медицинской помощи по жалобе застрахованного лица и предписания в медицинскую организацию о возмещении гражданину незаконно понесенных затрат в месячный срок.

4. Отказ медицинской организации в месячный срок возместить незаконно понесенные затраты гражданину является основанием для возмещения СМО гражданину из целевых средств ОМС с последующим удержанием данной суммы из объема финансирования медицинской организации.

5. С целью предупреждения возможных злоупотреблений со стороны СМО необходимо предусмотреть формирование сдержек и противовесов: удержание суммы из объема финансирования медицинской организации проводится после реэкспертизы качества медицинской помощи ТФОМС, подтверждающей выводы о необходимости возмещения гражданину незаконно понесенных затрат.

6. Денежные средства перечисляются СМО на расчетный счет гражданина по Акту целевой экспертизы качества медицинской помощи СМО и Акту реэкспертизы ТФОМС.

С целью реализации поручения Президента России следует внести изменения в Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации»:

1. Подпункт 12 пункта 2 статьи 38 «Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования» изложить в следующей редакции:

«**2.** В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в том числе досудебное возмещение застрахованному лицу по результатам экспертизы качества медицинской помощи материального ущерба за счет целевых средств страховой медицинской организации, причиненного взиманием денежных средств медицинской организацией за медицинские услуги, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, и (или) понуждение к приобретению за личные средства лекарственных препаратов, медицинских изделий и других материальных ценностей, предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования».

2. Дополнить пункт 3 статьи 39 «Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» подпунктом 4:

«**3.** В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

4) досудебное возмещение застрахованному лицу по результатам экспертизы качест-



ва медицинской помощи материального ущерба за счет целевых средств страховой медицинской организации, причиненного взиманием денежных средств медицинской организацией за медицинские услуги, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, и (или) понуждение к приобретению за личные средства лекарственных препаратов, медицинских изделий и других материальных ценностей, предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования».

3. Пункт 2 статьи 28 «Формирование средств страховой медицинской организации и их расходование» изложить в следующей редакции:

«2. Страховая медицинская организация направляет медицинской организации целевые средства на оплату медицинской помощи по договорам на оказание и оплату медицинской помощи в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования; досудебное возмещение по результатам экспертизы качества медицинской помощи застрахованному лицу материального ущерба, причиненного взиманием денежных средств медицинской организацией за медицинские услуги, предусмотренные Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, и (или) понуж-

дение к приобретению за личные средства лекарственных препаратов, медицинских изделий и других материальных ценностей, предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования».

Повсеместное введение законодательного принципа действенной досудебной защиты прав и законных интересов граждан на бесплатную медицинскую помощь приведет к изжитию практики незаконного понуждения медицинскими организациями граждан к оплате медицинской помощи, включая лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях.

Законодательное введение обязанности СМО возмещать в досудебном порядке материальный ущерб, понесенный гражданами при получении медицинской помощи навязыванием полатных услуг, приобретения лекарственных средств и медицинских изделий, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, в полной мере отвечает поручению Президента России «усилить контроль за порядком и условиями бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Здравоохранение-2015



В РОССИИ НЕТ ОЧЕРЕДИ НА ПОЛУЧЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ

В 2014 г. произошло резкое, на 40%, увеличение объемов высокотехнологичной медпомощи. Об этом сообщила министр здравоохранения **Вероника Скворцова** 14 апреля на встрече с Президентом России **Владимиром Путиным**. По ее словам, увеличение инфраструктуры, которая может оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь, позволило резко снизить сроки ожидания высокотехнологичной помощи: в 2009 году это было 93 дня и для взрослых, и для детей; в 2011 году — 41 день для взрослых и 35 дней для детей; по результатам 2014 года — 21 и 14 дней.

Источник: Медвестник





От редакции:

Доведение заработной платы медицинских работников до предусмотренного указами Президента России уровня требует серьезных финансовых средств. В период кризиса проблема еще более осложнилась. Учреждения ищут пути минимизации расходов на повышение заработной платы. Один из таких вариантов — перевод санитарок в уборщицы. Однако на практике эта процедура требует учета многих факторов. Этому и посвящен материал нашей традиционной рубрики.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

А.А. Совпель,

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ПЕРЕВОДА САНИТАРОК В УБОРЩИКОВ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ИЛИ СЛУЖЕБНЫХ ПОМЕЩЕНИЙ

УДК 614.256

Кадыров Ф.Н., Совпель А.А. *Организационные и правовые основы перевода санитарок в уборщиков производственных или служебных помещений (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Требования «майских» указов Президента России вынуждают учреждения не только изыскивать дополнительные ресурсы, но и оптимизировать структуру учреждения, сокращать расходы. Один из часто рассматриваемых ими вариантов — перевод санитарок в уборщицы. Статья посвящена анализу трудового законодательства, других нормативных актов, связанных с переводом санитарок в уборщицы.

Ключевые слова: должностные обязанности, трудовая функция, трудовое законодательство, повышение заработной платы, санитарки, уборщики производственных помещений, аутсорсинг.

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее — Указ Президента № 597) предусмотрено «повышение к 2018 году средней заработной платы социальных работников, включая социальных работников медицинских организаций, младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг), до 100% от средней заработной платы в соответствующем регионе».

Фактически это означает, что зарплата младшего медицинского персонала «догонит» заработную плату среднего медицинского персонала. Это создает неоднозначную ситуацию. С одной стороны, это предполагает серьезный рост заработной платы младшего медицинского персонала (зарплата этой категории работников должна вырасти наиболее высокими

© Ф.Н. Кадыров, А.А. Совпель, 2015 г.

темпами), что должно позволить укомплектовать штатные должности санитарок, по которым имеется наибольший удельный вес вакансий из всего медицинского персонала.

С другой стороны, это приведет к фактическому выравниванию на определенный период заработной платы среднего и младшего медицинского персонала (традиционно их зарплаты различались примерно в 2 раза). Поэтому в ряде случаев рост укомплектованности младшего медицинского персонала может произойти из-за перехода медсестер в санитарки (с соответствующим ростом дефицита кадров среднего медицинского персонала), что является негативным моментом.

Однако основная проблема заключается в недостаточности средств для повышения заработной платы в соответствии с указами Президента. И если в отношении врачей и среднего медицинского персонала учреждения здравоохранения понимают необходимость и неизбежность соответствующего повышения, то в отношении младшего медицинского персонала нередко рассматривают требование повышения заработной платы до уровня 100% от среднего по субъекту Российской Федерации как завышенное и стремятся сэкономить на данной категории медицинского персонала. Тем более, что ожидаемый рост укомплектованности санитарок (увеличение количества физических лиц) в связи с повышением их заработной платы автоматически приводит к новому росту потребности в средствах (чем больше физических лиц при имеющемся фонде оплаты труда, тем ниже средняя заработка на физическое лицо, тем хуже отчетные данные по реализации Указа Президента № 597). Одновременно у младшего медицинского персонала падают стимулы к совместительству, увеличению объема работ и т.д.

Как правило, рассматривается два основных варианта сокращения расходов на оплату труда младшего медицинского персонала:

1) перевод функции по уборке помещений на внешнего исполнителя по договору — аутсорсинг (так называемый клининг);

2) перевод санитарок в уборщицы.

Однако аутсорсинг в сфере уборки помещений (клининг) в настоящее время, как правило, не окупается (учитывая более высокую зарплату в коммерческом секторе по сравнению с бюджетной сферой, наличие накладных расходов у аутсорсинговой фирмы и прибыли, закладываемой в цену договора). Правда, при достижении к 2018 году намеченного уровня заработной платы младшего медицинского персонала аутсорсинг может оказаться экономически оправданным. Но до этого еще более двух лет. К тому же в каждом конкретном случае нужны расчеты, обоснование эффективности перевода на аутсорсинг. Кроме того, как известно, функции санитарок значительно шире, чем просто уборка помещений (более детально это будет показано ниже). Таким образом, аутсорсинг (клининг) не решит всех проблем и может быть интересен лишь в перспективе.

Поэтому основным вариантом снижения расходов на реализацию Указа Президента № 597 в настоящее время является перевод санитарок в уборщицы. Причем зачастую это инициатива не только самих учреждений. Во многих субъектах Российской Федерации издаются правовые акты о мероприятиях по достижению нормативных значений региональных «дорожных карт», в которых руководителей учреждений обязывают проводить мероприятия по оптимизации численности по категориям медицинских работников до 2018 года.

Проблема перевода санитарок в уборщицы в целях экономии финансовых средств — не однозначная.

Во-первых, по своей сути, эта мера прямо противоречит не только логике, но и тексту Указа Президента № 597. Указ принимался **«в целях сохранения кадрового потенциала»**, а сокращение младшего медицинского персонала не имеет ничего общего с укреплением кадрового потенциала учреждений здравоохранения медицинскими работниками. При желании подобные действия могут





быть истолкованы как попытка «увильнуть» от исполнения Указа Президента № 597. И такие обвинения уже встречаются [7].

Во-вторых, здесь очень много не только правовых и организационных нюансов, но и морально-этических аспектов. Действительно, проблема заключается не только в том, как не нарушить действующее законодательство, но и в том, как смотреть в глаза людям, которые не получат обещанного и ожидаемого весьма серьезного для них уровня заработной платы, возможно, лишившись при этом целого ряда льгот (досрочный выход на пенсию и т.д.).

Рассмотрим эти проблемы более подробно.

Приказом Росстата от 30.10.2012 № 574 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения численности и оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки», в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», утверждена форма ЗП-здрав. По младшему медицинскому и младшему фармацевтическому персоналу в приказе приведены следующие должности: (младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитар, санитар-водитель, санитар (мойщик), сестра-хозяйка, фасовщик.

Следовательно, именно указанные в форме ЗП-здрав должности являются объектом рассмотрения по поводу того, как можно сэкономить на них. Не трудно заметить, что больше всего шансов заменить на немедицинские должности (в отношении которых не стоит задача резкого повышения заработной платы) именно санитаров (санитарок).

Обращаем внимание на то, что наименования должности «санитар» и «санитарка» равнозначны. По установленному порядку наименования должностей «санитар», замещаемых лицами женского пола, именуются «санитарка»¹.

Хотя на практике есть и другие примеры. В некоторых учреждениях сестер-хозяек переводят в кастелянши [8].

Правда, теоретически можно было бы заменить санитарок на санитарок-уборщиц, также относящихся к младшему медицинскому персоналу, но не вошедших в форму ЗП-здрав. Должности санитарок-уборщиц упоминаются в некоторых приказах, например, в «Рекомендуемых штатных нормативах медицинского персонала педиатрического отделения»². Однако наименование «санитарка-уборщица» не должно использоваться в отношении должностей младшего медицинского персонала, как не вошедшие в «Номенклатуру должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения», утвержденную Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

Должность санитарки-уборщицы отсутствует также в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н).

Итак, основной вариант — перевод санитарок в уборщицы. Постановлением Министерства труда Российской Федерации

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».

² Приложение № 11 к «Порядку оказания педиатрической помощи», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н.



от 10 ноября 1992 года № 31 «Об утверждении тарифно-квалификационных характеристик по общеотраслевым профессиям рабочих» предусмотрены профессии:

- уборщик производственных помещений;
- уборщик служебных помещений.

Поэтому официально уборщика должна называться одним из вышеуказанных наименований. Обращаем внимание на то, что сейчас нет должности «уборщик служебных и производственных помещений» (Тарифно-квалификационная характеристика исключена Приказом Минздравсоцразвития России от 24 октября 2005 года № 648).

Объяснить работникам, почему вводятся показатели оценки деятельности, почему меняется система оплаты труда не так уж и сложно — это требование Распоряжения Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы». А вот объяснить, почему возникла необходимость перевода санитарок в уборщицы, гораздо сложнее. Это очень важный момент, поскольку перевести санитарок в уборщицы по инициативе администрации без согласия санитарок невозможно: Трудовой кодекс требует согласия работника на перевод. Статья 72 Трудового кодекса определяет: «Изменение определенных сторонами условий трудового договора, **в том числе перевод на другую работу, допускается только по соглашению сторон трудового договора**, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Кодексом. Соглашение об изменении определенных сторонами условий трудового договора заключается в письменной форме».

Статья 72.1 посвящена переводу на другую работу, перемещению. «Перевод на другую работу — постоянное или временное изменение **трудовой функции** работника и (или) структурного подразделения, в котором работает работник (если структурное

подразделение было указано в трудовом договоре), при продолжении работы у того же работодателя, а также перевод на работу в другую местность вместе с работодателем. Перевод на другую работу допускается только с письменного согласия работника».

Таким образом, перевод работника на другую работу оформляется путем подписания дополнительного соглашения к трудовому договору. В нем отражаются все изменившиеся условия: новое наименование должности, обязанности работника, новые условия оплаты труда. Подписанное сторонами дополнительное соглашение является неотъемлемой частью трудового договора и документом, подтверждающим согласие работника на перевод [7].

Статья 57 устанавливает, что трудовая функция — это работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретный вид поручаемой работнику работы.

То, что трудовые функции санитарки и уборщицы различаются, не вызывает сомнений. Это наглядно продемонстрировано в таблице 1.

Как видим, функциональные обязанности санитарок и уборщиков производственных помещений существенно отличаются. Это как раз и подтверждает положение о том, что «трудовая функция» серьезно меняется и требуется согласие работника.

Однако возможны обходные варианты.

Статья 81 касается расторжения трудового договора по инициативе работодателя. Пункт 2 части 1 данной статьи устанавливает, что трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случаях сокращения численности или штата работников организации, индивидуального предпринимателя.

Увольнение по этому основанию допускается, если невозможно перевести работника с его письменного согласия на другую имеющуюся у работодателя работу (как вакантную должность или работу, соответствующую





Таблица 1

Сравнительная характеристика должностных обязанностей санитарки и уборщика производственных помещений

Квалификационные требования	Санитарка	Уборщик производственных помещений
Нормативный акт	Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения — Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н	Постановление Министерства труда Российской Федерации от 10 ноября 1992 г. № 31 «Об утверждении тарифно-квалификационных характеристик по общеотраслевым профессиям рабочих», Приказ Минздравсоцразвития России от 24 октября 2005 г. № 648
Должностные обязанности (характеристика работ)	Производит уборку помещений в медицинской организации. Помогает старшей медицинской сестре при получении медикаментов, инструментов, оборудования и доставке их в отделение. Получает у сестры-хозяйки и обеспечивает правильное хранение и использование белья, хозяйственного инвентаря, посуды и моющих средств. Убирает прикроватные столики у лежачих больных после каждого приема пищи. По указанию палатной медицинской сестры сопровождает больных в лечебно-диагностические кабинеты. Выполняет функции курьера, осуществляет мойку аптечной посуды. Сообщает сестре-хозяйке о неисправностях в системе отопления, водоснабжения, канализации и в электроприборах. Осуществляет подготовку помещения и ванн. Систематически (после каждого больного) осуществляет санитарно-гигиеническую обработку ванны и мочалок. Оказывает помощь больным при приеме гигиенической ванны, при раздевании и одевании. При отсутствии младшей медицинской сестры по уходу за больными получает у сестры-хозяйки нательное и постельное белье и производит его смену. Получает готовую пищу на пищеблоке, проверяет ее по весу и счету. Расписывается в раздаточной ведомости. Производит подогрев пищи. Производит раздачу больным пищи в горячем виде согласно меню и назначенному диете. Производит мытье посуды, уборку буфетной и столовой, соблюдая санитарные требования. Систематически производит уборку холодильников, предназначенных для хранения продуктов больных. Обеспечивает санитарно-гигиеническое содержание буфетной и столовой. Своевременно информирует руководство отделения о необходимости ремонта оборудования и инвентаря буфетной.	Уборка в цехах и других производственных помещениях отходов производства и мусора. Удаление пыли, подметание и мытье вручную или с помощью машин и приспособлений полов, лестниц, лестничных клеток, окон, стен, потолков в производственных помещениях. Приготовление моющих и дезинфицирующих растворов для мытья полов, стен, окон и потолков. Транспортировка отходов и мусора из производственных помещений в установленное место. Получение моющих средств, инвентаря и обтирочного материала. Наполнение емкостей питьевой водой. Очистка, санитарная обработка и расстановка урн для мусора. Уборка и дезинфекция туалетов, душевых, гардеробных и других мест общего пользования производственных помещений.
Должен знать	Правила санитарии и гигиены труда; назначение моющих средств и правила обращения с ними; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.	Требования промышленной санитарии; правила санитарии и гигиены по содержанию производственных помещений; устройство и правила эксплуатации обслуживаемого оборудования и приспособлений; назначение и концентрацию моющих и дезинфицирующих средств; правила эксплуатации санитарно-технического оборудования.
Требования к квалификации	Среднее (полное) общее образование без предъявления требований к стажу работы.	—



квалификации работника, так и вакантную нижестоящую должность или нижеоплачиваемую работу), которую работник может выполнять с учетом его состояния здоровья. При этом работодатель обязан предлагать работнику все отвечающие указанным требованиям вакансии, имеющиеся у него в данной местности. Предлагать вакансии в других местностях работодатель обязан, если это предусмотрено коллективным договором, соглашениями, трудовым договором.

На основании данной нормы Трудового кодекса можно ввести новые должности — уборщиков служебных помещений или уборщиков производственных помещений и сократить ряд должностей санитарок. При этом работникам, занимавшим должности санитарок, предлагаются вакантные должности уборщиков. Правда, нужно иметь в виду, что при сокращении должностей санитарок им должны быть предложены должности не только уборщиц, но и дворников и т.д.

Есть и экономические методы перевода санитарок в уборщицы. Можно для уборщиц установить более высокую заработную плату, «переманив» этим санитарок на должности уборщиц, но в дальнейшем повышать зарплату уборщицам менее высокими темпами, чем это предусмотрено для санитарок.

Однако очевидно, что, руководствуясь должностными обязанностями, присущими уборщику производственных помещений, невозможно будет заставить санитарок выполнять прежнюю работу в полном объеме. То есть проблема заключается в том, что не все функции санитарок можно возложить на уборщика.

Тем не менее, трудовое законодательство позволяет приблизить должностные обязанности уборщика производственных помещений к санитарским. В соответствии со статьей 57 Трудового кодекса в трудовом договоре могут предусматриваться дополнительные условия, не ухудшающие положение работника по сравнению с установленным трудовым законодательством и иными нормативными право-

выми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, в частности: *об уточнении применительно к условиям работы данного работника* прав и *обязанностей работника* и работодателя, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Так, должностные обязанности уборщика производственных помещений можно дополнить пунктом, содержащимся в должностной инструкции санитарки: «Убирает прикроватные столики у лежачих больных после каждого приема пищи». Логика простая: наименование должности «уборщик» происходит от слова «убирать». Это же касается и некоторых других функций.

Итак, статья 57 Трудового кодекса допускает уточнение трудовой функции, и этим можно воспользоваться. Но тогда должностные обязанности работников, переводимых на новые должности, в основном останутся прежними. Не приведет ли такая оптимизация к порождению жалоб в судебные органы? Опасения небеспочвенны. Суды могут решать эту проблему по-разному.

Поэтому и не нужно стремиться сохранять все прежние санитарские функции. Все равно придется оставить ряд санитарок, которые будут кормить пациентов и т.д. В этом случае и нет необходимости пытаться «втиснуть» в должностные обязанности уборщицы такие требования, как: «Производит раздачу больным пищи в горячем виде согласно меню и назначенному диете. Производит мытье посуды, уборку буфетной и столовой...» — этим будет заниматься кто-то из оставшихся в штате санитарок.

Кроме того, одни и те же функции могут быть описаны разными словами. Это уменьшит вероятность претензий по поводу «искусственного» характера перевода санитарок в уборщицы.

При переводе санитарок в уборщицы возникают и проблемы, связанные с тем, что





увеличивается удельный вес прочего персонала, что не приветствуется (см. Письмо Минздрава России от 25.10.2012 № 16-5/10/2-3238 «О направлении методических рекомендаций «Определение оптимального соотношения врачебного/среднего медицинского/прочего персонала в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения общей лечебной сети и специализированных служб». Однако, как и во всех аналогичных ситуациях, действует универсальный принцип — выбор приоритетов («меньшего из зол»).

Как уже отмечалось, перевод санитарок в уборщицы может сопровождаться потерей для санитарок льгот, которые они имели в ряде случаев (дополнительные отпуска, сокращенное рабочее время, льготная пенсия и т.п.). Неслучайно в части 2 статьи 57 Трудового кодекса установлено, что «Если в соответствии с настоящим Кодексом, иными федеральными законами с выполнением работ по определенным должностям, профессиям, специальностям связано предоставление компенсаций и льгот либо наличие ограничений, то наименование этих должностей, профессий или специальностей и квалификационные требования к ним должны соответствовать наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках, утверждаемых в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, или соответствующим положениям профессиональных стандартов». Для получения льгот должности медицинских работников и в штатном расписании, и в трудовых договорах должны именоваться в точном соответствии с должностями, приведенными в «Номенклатуре должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н и в «Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих», утверж-

денном Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

Так, в соответствии со статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации «для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов в неделю». Таким образом, санитарки теряют право на сокращенную рабочую неделю при переводе в должность уборщицы.

Более того, санитарка, перешедшая в должность уборщицы, лишается права на досрочное назначение трудовой пенсии, так как теряет необходимый трудовой стаж. Согласно данным Списка № 2 «Производств, работ, профессий, должностей и показателей с вредными и тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях» (в ред. Постановления Кабинета Министров СССР от 09.08.1991 № 591), санитарки входят в данный список и относятся к категории работников, которым полагается досрочный выход на пенсию. Для этого необходимо достижение возраста 50 лет и рабочего стажа в должности 10 лет на работах с тяжелыми условиями труда, что указано в Федеральном законе от 17.12.2001 № 173-ФЗ (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

Имеются для уборщиц и более жесткие ограничения по совместительству. Статья 284 Трудового кодекса устанавливает ограничения по продолжительности рабочего времени при работе по совместительству: по общему правилу совместитель не может работать больше, чем на полставки.

В соответствии с действующим законодательством особенности работы по совместительству медицинских и фармацевтических работников определены Постановлением Минтруда России от 30.06.2003 № 41 «Об особенностях работы по совместительству педагогических, медицинских, фармацевтических работников и работников культуры» (далее — Постановление № 41).



Согласно пп. «а» п. 1 Постановления № 41, медицинские работники вправе осуществлять работу по совместительству как по другой работе, так и по аналогичной должности, специальности, профессии. Подпунктом «б» п. 1 Постановления № 41 установлены особенности определения максимальной продолжительности рабочего времени по совместительству. Так, вырабатывать по совместительству в течение месяца полную норму рабочего времени, исчисленную из установленной продолжительности рабочей недели, могут сотрудники, относящиеся к младшему медицинскому и фармацевтическому персоналу. А вот уборщицы лишены такой возможности. Это может создавать проблемы и для администрации учреждения (при недостатке физических лиц), и для самих работников (снижение возможности «подработки»).

Перевод санитарок в уборщицы создает и ряд проблем, связанных с лицензированием. В порядках оказания медицинской помощи предусматриваются должности санитарок. Что будет, если убрать всех санитарок? Получит ли учреждение лицензию в следующий раз? Очевидно, ряд санитарок для ухода за пациентами (для сопровождения и т.д.) все же придется оставить и по этой причине.

Мы рассмотрели только часть вопросов, связанных с переводом санитарок в уборщицы. Но и они достаточно наглядно демонстрируют, что перевод санитарок в уборщицы — далеко не однозначное дело, сопряженное с целым рядом проблем и угроз, которые нужно хорошо представлять и учитывать для того, чтобы этот процесс не сопровождался жалобами, скандалами и судебными разбирательствами.

Литература

- 1.** Кадыров Ф.Н. Процедура перехода на эффективный контракт//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 11. — С. 72–79.
- 2.** Кадыров Ф.Н., Хайруллина И.С. Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 1// Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 8. — С. 56–65.
- 3.** Кадыров Ф.Н., Хайруллина И.С. Аутсорсинг в здравоохранении. Часть 2// Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 9. — С. 62–68.
- 4.** Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Югай М.Т. Проблемы введения эффективного контракта в сфере здравоохранения: возможности и риски//Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. — 2014. — Т. 6. — № 1. — С. 87–97.
- 5.** Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 6–15.
- 6.** Фраймович В.Б., Овсянников А.М. Формирование регионального механизма управления оказанием медицинской помощи населению России. — СПб.: «Человек», 2012. — 200 с.
- 7.** http://www.garant.ru/consult/work_law/481940/#ixzz3Y1XX8x5I.
- 8.** <http://pkweekly.ru/зачем-санитарок-переводят-в-уборщицы/>.
- 9.** <http://mspros.ru/main?article=14991>.
- 10.** <http://komionline.ru/news/49633>.

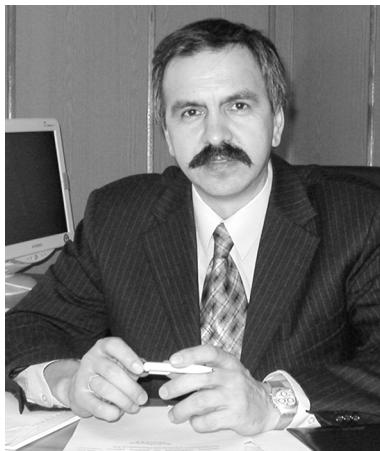
UDC 614.256

Kadirov F.N., Sovpel A.A. Administrative and legal principals for converting hospital nurses into cleaning personnel of manufacturing or office premises (Federal Research Institute for Health organization and Informatics of Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. Requirements of «May» Orders issued by the Russian President force institutions not only search for additional funds but also optimize the structure of institutions and cut expenses. One of the possible solutions — is to convert nurses into a cleaning personnel. The article represents an analysis of labour legislation and other normative acts, related to the issue of converting hospital nurses into a cleaning personnel.

Keywords: job duties, efficient contract, labour legislation, increase of staff pay, nurses, cleaning personnel of manufacturing and office premises, outsourcing.



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

Для некоторых служб очень сложно придумать показатели и критерии оценки деятельности сотрудников. Как быть?

Действительно, с такой проблемой на практике приходится сталкиваться достаточно часто: как, например, оценить работу медсестер стерилизационной, библиотекаря и т.д.? Объемные показатели устанавливаются бессмысленно: объем работы может сильно колебаться, да и кто его может объективно оценить? Ставить дополнительных «учетчиков»? Значит, в подобных случаях упор нужно делать на качественные показатели. Но и с ними не все просто — порой объективных показателей качества просто не существует. Тогда следует попытаться использовать показатели, характеризующие отсутствие нарушений (трудовой, финансовой дисциплины и т.д.). Поясним это.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 года № 2190-р (далее — Распоряжение № 2190-р) утверждена Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях на 2012–2018 годы и регламентирована «Примерная форма трудового договора с работником государственного и муниципального учреждения». В Примерной форме установлено две группы показателей:

- 1)** показатели и критерии оценки эффективности деятельности;
- 2)** показатели, являющиеся условием получения выплат стимулирующего характера.

От значений показателей первой группы зависит величина выплат стимулирующего характера.

От значений показателей второй группы зависит, будут ли вообще осуществлены выплаты стимулирующего характера, на которые работник имеет право в соответствии с достигнутыми значениями показателей первой группы. При невыполнении (недостижении) показателей второй группы выплаты не осуществляются.

Однако на практике в зависимости от конкретных ситуаций одни и те же показатели могут выступать то показателями и критериями оценки деятельности работников, то условиями осуществления выплат. Так, показатель «отсутствие обоснованных жалоб» является, по своей сути, условием осуществления выплат. Но он может выступать и показателем качества (хотя и косвенным). Так, например, в Приказе



Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» показатель «обоснованные жалобы» является показателем оценки деятельности работников.

Ниже в таблице приведены примеры того, как из условий осуществления выплат можно получить показатели и критерии оценки деятельности работников.

<i>Условия осуществления выплат</i>	<i>Показатели и критерии оценки деятельности</i>
Отсутствие обоснованных жалоб	Отсутствие обоснованных жалоб
<i>Отсутствие нарушений норм медицинской этики и деонтологии</i>	<i>Соблюдение норм медицинской этики и деонтологии</i>
<i>Отсутствие дефектов в оформлении медицинской документации</i>	<i>Соблюдение правил оформления медицинской документации</i>
<i>Отсутствие нарушений санитарно-эпидемиологического режима</i>	<i>Соблюдение</i> санитарно-эпидемиологического режима
<i>Отсутствие нарушений (трудовой, финансовой и т.д.) дисциплины</i>	<i>Соблюдение (трудовой, финансовой и т.д.) дисциплины</i>
<i>Отсутствие нарушений своевременности и полноты выполнения назначений</i>	<i>Своевременность и полнота выполнения назначений</i>
<i>Отсутствие нарушений противопожарной безопасности</i>	<i>Соблюдение правил противопожарной безопасности</i>



У нас есть сотрудник в зубопротезном отделении, который оформлен на 0,25 ставки, но проводит на работе практически все дни с утра до вечера. При этом он порой умудряется не сдавать нарядов на свои 0,25 ставки. Есть большие подозрения в том, что он «левачит», но поймать «за руку» сложно. Как бороться с подобными ситуациями?

По сути дела, речь идет о борьбе с теневыми платными услугами. Один из вариантов, который используют некоторые учреждения, — разрешить работнику находиться на своем рабочем месте только строго в период, определенный графиком, и не более. Сверх этого — только с согласия руководства учреждения. Это требование фиксируется в правилах трудового распорядка и в коллективном договоре. Подобное требование можно включить и в трудовой договор с работником в рамках введения эффективного контракта. Поэтому нахождение на своем рабочем месте сверх времени, установленного графиком, рассматривается как нарушение правил трудового распорядка со всеми вытекающими отсюда последствиями (дисциплинарные взыскания, вплоть до увольнения).

Экономические методы противодействия теневой оплате в подобных случаях мы рассмотрим отдельно в одном из номеров журнала.





Если определенной категории работников установлены конкретные по величине выплаты – как быть? Писать в трудовом договоре с работником конкретную сумму? А если ее снимут со следующего года? Придется менять все трудовые договоры?

Вариантов в подобных случаях может быть несколько.

1. В трудовом договоре после перечисления всех основных установленных видов выплат стимулирующего характера добавить фразу примерно следующего содержания: «На работника распространяются и иные выплаты стимулирующего характера, предусмотренные нормативными документами вышестоящих органов, коллективным договором, положением об оплате труда».

2. В графе «Условия осуществления выплат» (в таблице, предусмотренной примерной формой трудового договора с работником государственного и муниципального учреждения, утвержденной вышеуказанным Распоряжением № 2190-р) пишем: «На период действия такого-то документа...» (имея в виду нормативный документ, который ввел в действие соответствующие выплаты), указав, что размер выплаты может меняться в связи с тем-то и тем-то.

Если врач-терапевт работает на 1,25 ставки, мы его и на эти дополнительные 0,25 ставки аттестовать должны (при аттестации на соответствие занимаемой должности)?

Аттестация на соответствие занимаемой должности предполагает соответствие работника этой должности с точки зрения его знаний, умений, навыков и т.д. При этом объем работы оценивается с точки зрения количества занимаемых ставок (0,25; 0,5; 0,75; 1,0 и т.д.). Поэтому нет необходимости аттестовать врача-терапевта, работающего на 1,25 ставки, дополнительно на 0,25 ставки врача-терапевта. Но вот если бы он работал дополнительно на 0,25 ставки не врача-терапевта, а, например, врача-пульмонолога, его нужно было бы аттестовать дополнительно и на эти 0,25 ставки.

Здравоохранение-2015

СЧЕТНАЯ ПАЛАТА ПРОВЕРИЛА ОПТИМИЗАЦИЮ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По словам аудитора Счетной палаты Александра Филипенко, основа для планирования деятельности медорганизаций и финансирования медпомощи — территориальные программы госгарантий. В то же время анализ территориальных программ, утвержденных на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг., показал несбалансированность их финансового обеспечения, в том числе по видам медицинской помощи. По сравнению с 2014 г. установлен рост дефицита средств территориальных программ за счет консолидированного бюджета региона. В 2014 г. дефицит был выявлен в 59 регионах в размере 102 млрд. рублей, а в 2015 г. — в 62 регионах в размере 127 млрд. рублей, в том числе по 5 регионам, не являющимися дотационными. Также на 2015 г. 9 регионов утвердили свои территориальные программы с дефицитом средств ОМС в общем объеме 4,93 млрд. рублей из-за неисполнения обязательств регионов по финансированию медпомощи, оказываемой сверх базовой программы ОМС.

Источник: официальный сайт Счетной палаты



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ФИНАНСИРОВАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОМС: ОПРЕДЕЛЕНЫ ДОЛИ ЗАРПЛАТЫ В СТРУКТУРЕ СРЕДНЕГО НОРМАТИВА ЗАТРАТ НА ЕДИНИЦУ ОБЪЕМА УСЛУГИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 декабря 2014 г. № 968н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2014 г. № 1559 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2015 году оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации в федеральных государственных учреждениях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет»

Зарегистрирован в Министерстве РФ 26 января 2015 г. Регистрационный № 35 705.

Правительством РФ были утверждены правила финансового обеспечения в 2015 г. оказания россиянам высокотехнологичной медпомощи, не включенной в базовую программу ОМС, в ФГУ за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета ФФОМС.

При расчете средств учитывается в том числе доля зарплаты в структуре среднего норматива финансовых затрат на единицу объема услуги по видам (методам) профиля высокотехнологичной медпомощи. Приведены соответствующие показатели по сердечно-сосудистой хирургии, педиатрии, онкологии, гематологии, урологии и др.

Также подготовлена форма сведений о показателях госзадания на оказание госуслуг (выполнение работ), представляемой главными распорядителями бюджетных средств.

СТАТСВЕДЕНИЯ О ПОСТУПЛЕНИИ И РАСХОДОВАНИИ СРЕДСТВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВНЕБЮДЖЕТНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ФОРМИРУЮТСЯ ПО-НОВОМУ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 21 января 2015 г. № 9 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за поступлением и расходованием средств государственных внебюджетных социальных фондов»

С отчета за январь—март 2015 г. вводятся новые квартальные формы федерального статистического наблюдения за поступлением и расходованием средств государственных внебюджетных социальных фондов.

Это формы № 9-Ф (ПФ) «Сведения о поступлении и расходовании средств Пенсионного фонда Российской Федерации», № 9-Ф (СС) «Сведения о поступлении и расходовании средств Фонда социального страхования Российской Федерации», № 9-Ф (ОМС) «Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования».

Приведены указания по их заполнению.

Прежние формы признаны утратившими силу.





В ЭТОМ ГОДУ В МЕДОРГАНИЗАЦИЯХ ФМБА РОССИИ СМОГУТ ПОЛУЧИТЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДПОМОЩЬ БОЛЕЕ 21 ТЫС. ЧЕЛОВЕК

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 9 февраля 2015 г. № 14 «Об утверждении объемов высокотехнологичной медицинской помощи для медицинских организаций, подведомственных ФМБА России»

Определены объемы высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в 2015 г. медорганизациями ФМБА России.

Приведены виды оказываемой помощи и количество квот.

В 2015 г. высокотехнологичную медпомощь в данных организациях смогут получить 21 023 человека.

Отметим, что высокотехнологичная медпомощь в указанном учреждении в пределах установленных квот оказывается бесплатно (за счет межбюджетных трансфертов, выделяемых из бюджета ФОМС федеральному бюджету).

В РОССИИ ПЛАНИРУЕТСЯ ВВЕСТИ ГОСРЕГУЛИРОВАНИЕ ЦЕН НА МЕДИЗДЕЛИЯ, ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Досье на проект федерального закона № 719034-6 «О внесении изменений в статью 80 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (внесен 10.02.2015 депутатами ГД С.В. Калашниковым, С.Б. Дорофеевым, О.А. Куликовым)

20 февраля 2015 г. Госдума приняла в первом чтении и в целом поправки, устанавливающие госрегулирование цен на имплантируемые в организм человека медизделия. Речь идет об изделиях, включенных в перечень имплантируемых в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медпомощи гражданам.

Предельные отпускные цены производителей на такие медизделия будут рассчитываться по методике Правительства РФ. Последняя будет учитывать следующие факторы. Во-первых, соблюдение баланса интересов потребителей и производителей. Во-вторых, фактическую цену отпуска изделий в России и их ввоза в нашу страну, а также цены на аналогичное оборудование, находящееся в гражданском обороте в России. В-третьих, затраты изготовителя на производство и реализацию изделия, а также необходимую величину прибыли (рентабельности) для развития производства. В-четвертых, цену иностранного медизделия в стране производства и в государствах, где оно зарегистрировано и (или) в которые поставляется, при госрегистрации (перерегистрации) цены на него.

Зарегистрированные на медизделия цены будут пересматриваться с учетом инфляции.

Регистрировать (перерегистрировать) предельные отпускные цены, вести их реестр будет Росздравнадзор.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru



Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru



**Продолжается подписка
на научно-практический журнал
«Менеджер здравоохранения» на 2015 г.**



Периодичность — 10 выпусков в год.

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие

20102 на год

**Подписка через редакцию
(с любого номера, на любой срок):**

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **660 руб.**

- на полугодие — **3300 руб.**

- **5800 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11.

Тел./факс: (495) 618-07-92, E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru, <http://www.idmz.ru>

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения» Сретенское отделение Московского банка ОАО «Сбербанк России», г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва р/с: 40702810638050105256 к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225 Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2015 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Уважаемые читатели!

В последнее время участились случаи невыполнения некоторыми альтернативными агентствами своих обязательств по доставке журналов нашим подписчикам. Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

**Альтернативные агентства, принимающие подписку
на журнал «Менеджер здравоохранения»:**

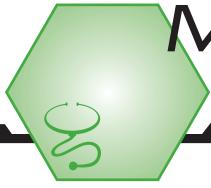
ООО «Урал-Пресс ХХI» <http://www.ural-press.ru/> Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

ВНИМАНИЕ !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно отвечают на все поступающие в редакцию вопросы.

Вопросы принимаются по факсу (495) 618-07-92 и электронной почте idmz@mednet.ru.



Менеджер

здравоохранения

