ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 6.2015

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Начинается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2016 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 2016 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 «Агентство «Урал-Пресс» http://www.ural-press.ru/ Тел.: (495) 789-86-36

В Н И М А Н И Е !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису. Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы. Вопросы принимаются по факсу *(495) 618-07-92* и электронной почте *idmz@mednet.ru.*

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Роль врачебной комиссии в управлении медицинской организацией
- ☑ Мифы эффективного контракта
- ☑ Некоторые аспекты дежурства медицинских работников
- ☑ Укомплектованность медицинских организаций и их поликлинических отделений врачами-радиологами, радиотерапевтами и онкологами в Российской Федерации
- ☑ Система мотивации сотрудников в управлении качеством и эффективностью лучевой диагностики
- ☑ Станет ли мобильная медицина элементом практического здравоохранения?

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№6
2015

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., зав. отделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, директор Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

О необходимости большей преемственности и взаимосвязи между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности
Д.В. Пивень, И.С. Кицул 6–13

Организационно-методическая работа главных специалистов Министерства здравоохранения Московской области в современных условиях
А.Н. Гуров, И.Б. Гарина 14–23

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Совершенствование системы специализированной медицинской помощи при остром коронарном синдроме: опыт на уровне субъекта Российской Федерации, нерешенные вопросы
Л.С. Барбараш, О.В. Кущ, В.Ю. Херасков, Г.В. Артамонова 24–29

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Рекомендации по определению квоты журналов по клинической медицине в коллекции Russian Science Citation Index на платформе Web of Science
Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова 30–40

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 стратегичекских разработок

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Реформа системы финансирования больниц в Республике Молдова
Г.П. Дамашкан 41–46

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Экспертная деятельность страховых медицинских организаций как вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию
А.А. Старченко 47–53

С МЕСТА СОБЫТИЙ

Диагноз «расстройство аутистического спектра» поставлен каждому 68-му ребенку 54–56

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Мифы эффективного контракта
Ф.Н. Кадыров 57–69

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 70–75

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 76–80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

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 1 августа 2015 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№6
2015

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

The need for more continuity and cooperation the relationship between quality of medical care in the mandatory medical insurance system and control of quality and safety of medical activities
D.V. Piven, I.S. Kitsul 6–13

Organizational and methological activities of chief specialists of the Ministry of Health of the Moscow Region in current conditions
A.N. Gurov, I.B. Garina 14–23

FINANCIAL MANAGEMENT

Improving system specialized medical care in acute coronary syndromes: experience at the level of the Russian Federation, outstanding issues
L.S. Barbarash, O.V. Kusch, V.Y. Heraskov, G.V. Artamonova 24–29

MEDICAL SCIENCES

Possible methodological approaches to reviewing Russian clinical medicine journals in order to be published in Russian science citation index on the platform of Web of science
N.G. Kurakova, L.A. Tsvetkova 30–40

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

FOREIGN PRACTICE

Reform of financing system of hospitals in the Republic of Moldova
G.P. Damashkin 41–46

SPECIAL OPINION

Expert activity of insurance medical organizations as a solution to deliver insurance provision on mandatory medical insurance
A.A. Starchenko 47–53

FROM THE SCENE OF THE EVENTS

1 in 68 children is diagnosed with «Autism» (Autistic Spectrum Disorder) 54–56

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Myths around an effective contract
F.N. Kadirov 57–69

QUESTIONS AND ANSWERS
Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 70–75

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 76–80

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

О НЕОБХОДИМОСТИ БОЛЬШЕЙ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ И ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ КОНТРОЛЕМ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС И КОНТРОЛЕМ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК 614.2
Пивень Д.В., Кицул И.С. ***О необходимости большей преемственности и взаимосвязи между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности*** *(г. Санкт-Петербург, Россия; Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, г. Иркутск, Россия)*

Аннотация. В статье показана недостаточная преемственность и взаимосвязь между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности. Назван ряд проблем, существующих в этой связи в практическом здравоохранении, одной из которых является отсутствие в большинстве медицинских организаций страны систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Предложено создать единый для всего здравоохранения РФ Порядок экспертизы качества и безопасности медицинской помощи, независимо проводится ли данная экспертиза в медицинской организации, участвующей в реализации программ ОМС, или же она проводится в медицинской организации, которая в реализации программ ОМС не участвует.

Ключевые слова: *контроль качества медицинской помощи, экспертиза качества, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, медицинская организация, обязательное медицинское страхование.*

Принимая во внимание достаточно последовательное движение здравоохранения страны в направлении формирования преимущественно одноканального финансирования отрасли через систему обязательного страхования, нельзя не обратиться к вопросам контроля качества медицинской помощи в системе ОМС и к вопросам контроля качества и безопасности медицинской деятельности в части обеспечения их преемственности и взаимосвязи. Анализируя на протяжении последних трех лет самые разные аспекты обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности [1–13], нам кажется очевидным, что сегодня указанные выше вопросы не могут и не должны рассматриваться изолированно друг от друга.

Необходимо отметить, что сегодня в реализации программ ОМС принимают участие более 90% от всех функционирующих в стране государ-

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2015 г.

ственных и муниципальных медицинских организаций, и соответственно предлагаемая к рассмотрению тема представляется весьма актуальной.

Напомним, что в части 2 ст. 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее Закон об ОМС) определено, что «контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи осуществляется путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи».Исходя из данного положения, можно заключить, что именно экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС и должна быть основным связующим звеном с мероприятиями, проводимыми в медицинских организациях в рамках контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Чтобы понять, связаны ли сегодня хоть как-то между собой *экспертиза качества медицинской помощи* в системе ОМС и *контроль качества и безопасности медицинской деятельности,* посмотрим, как определены и раскрыты данные понятия в законодательстве.

Экспертиза качества медицинской помощи сегодня определена как «выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата». Данное определение звучит и в Федеральном законе от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее Закон об ОМС) и в Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы).

При этом в части 3 ст. 64 Основ отмечено, что «экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании». И действительно, в Законе об ОМС есть посвященная в том числе и этому вопросу глава 9 «Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Кроме того, существует и всем известный Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230. В данном Порядке представлены содержание и механизмы контроля качества медицинской помощи в системе ОМС, включая проведение экспертизы качества медицинской помощи.

Если же говорить о *контроле качества и безопасности медицинской деятельности*, то в действующем правовом поле, а именно, в Основах ключевой статьей, где предпринята попытка хоть как-то раскрыть содержание этого понятия, является ст. 87 «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности». Приведем эту небольшую статью в полном объеме:

«*1.* Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1) государственный контроль;

2) ведомственный контроль;

3) внутренний контроль.

2. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем:

1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и стра-

ховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании;

4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности».

Таким образом, на основании изложенного выше можно заключить, что в настоящее время Основы, с одной стороны, содержат механизмы реализации контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в то же время, с другой стороны, в них нет какого-либо определения понятия *контроль качества и безопасности медицинской деятельности*. В результате получается, что сегодня крайне затруднительно говорить хоть о какой-то преемственности и взаимосвязи между экспертизой качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности.

Более того, если мы посмотрим на механизмы проведения экспертизы качества медицинской помощи, которые подробно изложены в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, то единственной точкой соприкосновения и хоть какой-то преемственности с теми механизмами контроля качества и безопасности медицинской деятельности, которые представлены в указанной выше части 2 ст. 87 Основ, окажется контроль за соответствием оказываемой медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи. Однако в современных условиях только этого, безусловно, недостаточно.

В действующей нормативной базе ОМС, а именно в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, есть еще один элемент кажущегося обеспечения взаимосвязи и преемственности между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности. Однако оговоримся сразу, это только кажущаяся взаимосвязь и преемственность. В пункте 52 указанного выше Порядка сказано, что «при проведении ... экспертизы качества медицинской помощи медицинская организация предоставляет специалистам-экспертам и экспертам качества медицинской помощи в течение 5 рабочих дней после получения соответствующего запроса медицинскую, учетно-отчетную и прочую документацию, ***при необходимости результаты внутреннего и ведомственного контроля качества медицинской помощи***». В связи с этим возникают как минимум два вопроса. Во-первых, получается, что результаты внутреннего контроля качества медицинской помощи экспертами качества медицинской помощи в системе ОМС могут вообще не приниматься во внимание, а запрашиваться только при необходимости, что уже странно. Во-вторых, и это главное! Такого понятия, как ***внутренней контроль качества медицинской помощи,*** ни в действующем законодательстве об ОМС, ни в законодательстве о здравоохранении сегодня вообще нет. В Основах говорится исключительно ***о внутреннем контроле и безопасности качества медицинской деятельности***, который обязаны проводить медицинские организации в установленном их главными врачами порядке. Следовательно, и взаимодействовать экспертам качества медицинской помощи в системе ОМС с медицинской организацией надо именно в части результатов ***внутреннего контроля и безопасности качества медицинской деятельности***, а не каких-либо иных.

Иными словами, исходя из представленного выше краткого анализа действующей нормативно-правовой базы, можно сделать следующий вывод.

В настоящее время в здравоохранении Российской Федерации нет необходимой взаимосвязи и преемственности между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС, с одной стороны, и контролем качества и безопасности медицинской деятельности, с другой стороны.

Возможно, что часть читателей с данным выводом не согласится: «Да, контроль качества медицинской помощи в системе ОМС и контроль качества и безопасности медицинской деятельности — это абсолютно разные, мало связанные друг с другом вещи. И о чем здесь вообще говорить? Нет никакой необходимости в их более тесной взаимосвязи и преемственности, кроме существующего контроля соблюдения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. Надо просто исполнять требования Основ и Закона об ОМС».

Однако в том-то и дело, что если прочитать один и другой закон, то теоретически еще можно как-то развести такие понятия, как *экспертиза качества медицинской помощи* в системе ОМС и *контроль качества и безопасности медицинской деятельности*, а вот в практической деятельности медицинской организации такого четкого разделения совсем не происходит. Наоборот, ситуация выглядит малопонятной и запутанной. Какие же проблемы в части обеспечения взаимосвязи и преемственности между экспертизой качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества ибезопасности медицинской деятельности сегодня имеются в практическом здравоохранении.

Проблема первая. Большинство руководителей медицинских организаций (главных врачей и их заместителей) считают, что экспертиза качества медицинской помощи в системе ОМС и контроль качества и безопасности медицинской деятельности — два тесно взаимосвязанных и сопряженных друг с другом направления. И казалось бы, что это вполне справедливое суждение. Однако, как было показано выше, в соответствии с действующей нормативно-правовой базой каких-либо точек пересечения, да и какого-либо тесного соприкосновения вообще как между этими понятиями, так и между механизмами их реализации не существуют. Поэтому подобное мнение руководителей медицинских организаций можно считать их большим заблуждением. Но из этого заблуждения, которое уже является большой первой проблемой, вытекает комплекс новых проблем.

Проблема вторая. Основываясь на указанном выше заблуждении, многие руководители медицинских организаций убеждены, что уровневая система контроля качества медицинской помощи, существующая уже почти четверть века во всех медицинских организациях, участвующих в системе ОМС, это и есть та работа по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности, проведение которой с 2011 года стали требовать Основы. Результатом этого очередного заблуждения является то, что в большинстве медицинских организаций страны никаких систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, за исключением давно существующей уровневой системы контроля, просто нет. Еще одним результатом этого же заблуждения является отсутствие в большинстве медицинских организаций перспектив появления в ближайшем будущем систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, если не будут приняты необходимые меры, о которых будет сказано ниже.

Проблема третья. Отсутствие какой-либо четко прописанной взаимосвязи между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС, с одной стороны, и контролем качества и безопасности медицинской деятельности, с другой стороны, приводит к неоправданному сужению круга и содержания вопросов, контролируемых экспертами качества медицинской помощи в системе ОМС.

Это достаточно хорошо видно на примере контроля соблюдения прав пациента. Так, в Порядке организации и проведения конт-

роля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сказано, что одной из целей контроля является «защита прав застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, надлежащего качества в медицинских организациях, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Необходимо обратить внимание, что застрахованные по ОМС граждане Российской Федерации обладают всеми правами в сфере охраны здоровья граждан, предусмотренными Основами (и рядом других законов), а также граждане обладают отдельными дополнительными правами, действующими в системе ОМС. Таким образом, было бы более оправданным, если бы в указанном выше Порядке среди одной из его целей был обозначен и контроль соблюдения прав застрахованных, предусмотренных законодательством Российской Федерации не только об ОМС, но и о здравоохранении в целом. Очевидно, что это — более глубокое содержание контроля, требующее в том числе и большей подготовки экспертов качества медицинской помощи в системе ОМС.

Проблема четвертая. Принимая во внимание, что Основы действуют уже не первый год, не может не показаться странным то, что до сих пор в системе ОМС нигде, никем и никак не контролируется безопасность медицинской помощи как составная часть безопасности медицинской деятельности. Необходимые дополнения и коррективы уже давно просятся в Закон об ОМС. Конечно, тема безопасности медицинской деятельности пока еще крайне слабо представлена и в самих Основах, что мы уже не раз отмечали [1, 2, 6, 13]. Однако это никак не оправдывает ее полное отсутствие в соответствующей нормативной базе ОМС. Получается, что серьезнейший блок вопросов, связанный с безопасностью медицинской помощи, сегодня полностью выпадает из поля зрения экспертов качества медицинской помощи в системе ОМС.

Проблема шестая и не последняя. За пределами контроля, осуществляемого экспертами качества медицинской помощи в системе ОМС, остается и контроль соблюдения новых требований, установленных постановлениями правительства РФ в сфере обращения лекарственных средств и в сфере обращения медицинских изделий. Говоря о необходимости такого контроля в системе ОМС, мы естественно имеем в виду не масштабный контроль за всеми многочисленными компонентами сферы обращения лекарственных средств и сферы обращения медицинских изделий, а только за теми их компонентами, которые имеют прямое отношение к конкретному пациенту, как например, применение лекарственных средств или медицинских изделий. В п. 21 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сказано, что «экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике». Считаем, что данный перечень вопросов, подлежащих проверке при экспертизе качества медицинской помощи в системе ОМС, безусловно, должен быть дополнен новыми положениями с учетом новых единых федеральных требований.

Проблема седьмая, всем известная. Данная проблема заключается в отсутствии необходимой преемственности между систе-

мой контроля качества медицинской помощи в системе ОМС, с одной стороны, и контролем качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляемой государственными надзорными органами и органами управления здравоохранения, с другой стороны. Подобная разобщенность крайне негативно влияет на ситуацию с обеспечением качества и безопасности медицинской помощи в медицинских организациях. И главным проявлением данного негативного влияния можно считать отсутствие у руководителей медицинских организаций (главных врачей и их заместителей) четкого понимания как минимум в двух вопросах:

- Что должен представлять из себя внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности, удовлетворяющий требованиям законодательства?
- Чем этот самый внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности отличается от давно сложившейся основанной на определении УКЛ уровневой системы контроля качества медицинской помощи, которая имеется абсолютно во всех реализующих программы ОМС медицинских организациях?

Неясность в этих вопросах сегодня является одним из главных факторов, препятствующих формированию систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. А ведь создание и функционирование этих систем должны стать основным этапом контроля качества и безопасности медицинской деятельности в российском здравоохранении.

Проблема восьмая. Очевидно, что в очень непростой ситуации сегодня оказалось и наше отраслевое министерство. В соответствии с частью 4 ст. 64 Основ «экспертиза качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, осуществляется в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти». То есть Минздрав РФ и должен установить порядок экспертизы качества медицинской помощи, но при этом данный порядок должен быть каким-то иным, нежели уже существующий порядок экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС. Полагаем, что наличие в здравоохранении РФ двух документов, регламентирующих экспертизу качества медицинской помощи (один в системе ОМС, а другой за пределами системы ОМС), может не прояснить, а еще больше запутать ситуацию с экспертизой качества медицинской помощи.

Что делать, чтобы разрешить достаточно большой и при этом неисчерпывающий перечень указанных выше проблем? По этому поводу у нас есть ряд предложений.

Первое. Необходимо внести дополнения в Основы и указать, что одним из видов медицинских экспертиз является не просто экспертиза качества медицинской помощи, а *экспертиза качества и безопасности медицинской помощи.* Соответственно Основы должны содержать и определение понятия *экспертиза качества и безопасности медицинской помощи.*

Второе. В Основах надо четко указать, что уполномоченный федеральный орган исполнительной власти устанавливает не *Порядок экспертизы качества медицинской помощи,* а устанавливает *Порядок экспертизы качества и безопасности медицинской помощи.*

Третье. Далее в Основах надо отметить, что экспертиза качества и безопасности медицинской помощи является неотъемлемой частью, а точнее, одним из механизмов контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Четвертое. И Основы, и Закон об ОМС должны быть дополнены определениями таких понятий, как:

- качество медицинской деятельности;
- безопасность медицинской деятельности;
- безопасность медицинской помощи.

Пятое. Закон об ОМС необходимо дополнить положениями о том, что в системе обязательного медицинского страхования осуществляется *контроль качества и безопасности медицинской помощи.*

Шестое. В устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти *Порядке экспертизы качества и безопасности медицинской помощи* необходимо представить расширенное содержание экспертизы качества и безопасности медицинской помощи с учетом требований, предъявляемых законодательством к соблюдению прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, а также требований к качеству и безопасности в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

Нам представляется, что оптимальным решением для здравоохранения страны было бы принятие единого для всех Порядка экспертизы качества и безопасности медицинской помощи независимо от того, где эта экспертиза проводится. То есть не важно, проводится ли она в медицинской организации, участвующей в реализации программ ОМС, или же она проводится в медицинской организации, которая в реализации программ ОМС не участвует, регламентируется ее проведение одним для всей страны документом.

Ведь совершенно очевидно, что качество и безопасность медицинской помощи вообще и качество и безопасность медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования не имеют и не должны иметь принципиальных различий. При необходимости любые особенности экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС, а таковых, вероятно, будет очень немного, если они вообще найдутся, можно без труда оговорить в едином для здравоохранения всей Российской Федерации *Порядке экспертизы качества и безопасности медицинской помощи,* устанавливаемом уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Создание единого для всех *Порядка экспертизы качества и безопасности медицинской помощи*, безусловно, требует внесения соответствующих изменений в Основы, но достигаемая при этом благородная цель того стоит. Надеемся, что данное предложение заинтересует Минздрав России.

Седьмое. В контексте уже действующих требований Основ и указанных выше предложений необходимо соответствующим образом переработать Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключив из него положения об экспертизе качества медицинской помощи с учетом более четкого и подробного их изложения в едином для здравоохранения страны Порядке экспертизы качества и безопасности медицинской помощи.

Считаем, что реализация представленных предложений позволит:

1. Обеспечить необходимую преемственность и взаимосвязь между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Создать единый для всего здравоохранения РФ Порядок экспертизы качества и безопасности медицинской помощи, независимо проводится ли данная экспертиза в медицинской организации, участвующей в реализации программ ОМС, или же она проводится в медицинской организации, которая в реализации программ ОМС не участвует.

3. Повысить эффективность контроля качества медицинской помощи в системе ОМС, учитывая его постоянно действующий характер и значительные объемы задействованных в нем ресурсов.

4. Организовать и проводить в системе ОМС не только контроль качества медицинской помощи, но и контроль ее безопасности.

5. Стимулировать активность главных врачей в создании систем внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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 Российской Федерации 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.
13. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* Безопасность медицинской деятельности: что это такое и как ее должен обеспечить главный врач//Менеджер здравоохранения. — 2015. — № 4. — С.10–15.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. ***The need for more continuity and cooperation the relationship between quality of medical care in the mandatory medical insurance system and control of quality and safety of medical activities*** *(Saint-Petersburg, Irkutsk, Russia)*

Abstract. The article shows the lack of continuity and the relationship between the quality of medical care in the mandatory medical insurance system (MMI) and control of the quality and safety of medical activity. Named a number of problems in this regard in public health practice, one of which is the absence in most of the medical organizations of the country internal control systems of quality and safety of medical activity. Asked to create one for the whole health of the Russian Federation the Order of evaluation of the quality and safety of medical care, regardless of whether this examination in a medical organization that is involved in the implementation of insurance programmes, or it is performed in a medical organization, in which the implementation of the programs of the MMI is not involved.

Keywords: *quality control of medical care, quality examination, control the quality and safety of medical activities, medical organization, mandatory medical insurance.*

А.Н. Гуров,
д.м.н., профессор, руководитель научно-организационного отдела, angurov1@mail.ru
И.Б. Гарина,
научный сотрудник научно-организационного отдела, irinagar78@yandex.ru
Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского (ГБУЗ МО МОНИКИ), г. Москва, Россия

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА ГЛАВНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

УДК 614.2
Гуров А.Н., Гарина И.Б. ***Организационно-методическая работа главных специалистов Министерства здравоохранения Московской области в современных условиях*** *(Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского ГБУЗ МО, г. Москва)*

Аннотация. Организационно-методическая работа главных специалистов (ГС) — представляет собой творческую практическую, организаторскую и образовательную деятельность, направленную на разработку и внедрение современных медицинских и организационных технологий в систему здравоохранения региона по диагностике и лечению пациентов, анализу заболеваемости и смертности населения, проведению научных форумов и различных занятий по конкретным профилям и видам медицинской деятельности. Для планирования, контроля и оценки эффективности работы ГС в Московской области создан Координационный совет и ведется специальная информационная система мониторинга.

Ключевые слова: *организационно-методическая работа, главные специалисты органа управления здравоохранением.*

Значение организационно-методической работы главных специалистов органа управления здравоохранением для экономической стабильности медицинской организации нами рассматривается при анализе работы главных специалистов (ГС) Министерства здравоохранения (МЗ) Московской области (МО) по выполнению положений государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014–2020 годы [1].

В настоящее время общая численность ГС МЗ МО составляет 92 чел., из них сотрудники Минздрава МО — 5 чел. (6%), руководители соответствующих профильных клиник МОНИКИ — 50 чел. (54%), 28 чел. (30%) работают в медицинских организациях Московской области, 9 чел. (10%) — в федеральных НИИ МЗ РФ, РАН, все они имеют степень доктора или кандидата медицинских наук и являются специалистами высшей категории.

Организация работы ГС в МО строится в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения (МЗ) Российской Федерации» и соответствующими приказами Министерства здравоохранения

© А.Н. Гуров, И.Б. Гарина, 2015 г.

Московской области. Помимо этого, для координации организационно-методической работы главных специалистов МЗ МО приказом Министра здравоохранения МО создан координационный совет ГС МЗ МО, председателем которого назначена главный терапевт МЗ МО проф. Н.П.Санина, а также утверждено положение о координационном совете. Для координации работы привлекаются сотрудники научно-организационного отдела МОНИКИ.

Организационно-методическая работа ГС представляет собой творческую практическую, организаторскую и образовательную деятельность ГС, направленную на разработку и внедрение современных медицинских и организационных технологий в систему здравоохранения региона по диагностике и лечению пациентов, анализу заболеваемости и смертности населения, проведению научных форумов и различных занятий по конкретным профилям и видам медицинской деятельности.

Организационно-методическая работа ГС включает:

— сбор необходимой исходной информации о состоянии здоровья населения по профилю своей специальности, работе медицинских организаций (МедО);

— всесторонний анализ исходной информации (медико-социальный маркетинг) о состоянии профильной службы и видах медицинской деятельности;

— разработку и реализацию программ развития здравоохранения и укрепления здоровья населения региона, а также соответствующих разделов федеральных программ;

— организацию работы по разработке современных научно обоснованных медицинских технологий, обеспечивающих высокое качество лечебно-диагностической работы;

— продвижение (логистику) и внедрение новых доказанных медицинских технологий в работу медицинских организаций региона и оценку эффективности результатов внедрения;

— проведение работы по обеспечению преемственности и маршрутизации в оказании лечебно-профилактической помощи пациентам на всех уровнях;

— руководство работой научно-практических обществ и выполнение прикладных научно-исследовательских работ по актуальным вопросам здравоохранения;

— участие в независимом общественно-государственном, ведомственном и внутреннем контроле качества медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях региона, на основе клинических рекомендаций, федеральных порядков, протоколов и стандартов.

Особенностью организационно-методической работы ГС МЗ МО в 2014 г. являлись:

— анализ хода реализации мероприятий, обеспечивающих достижение показателей, включенных в Указы Президента РФ от 07.05.2012 № 597, 598, 606 *(табл. 1).;*

— работа главных специалистов Минздрава МО по разработке и внедрению в работу МедО Московской области клинико-статистических групп (КСГ) и схем ведения пациентов совместно с федеральными клиниками МЗ РФ и РАН;

— участие ГС в разработке Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения, направленные на повышение эффективности в сфере здравоохранения Московской области на 2014–2018 годы», утвержденной Постановлением Правительства МО от 01.10.2014 № 823/38;

— проведение подготовительной работы по передаче полномочий по управлению муниципальным здравоохранением на уровень субъекта РФ, то есть Министерство здравоохранения МО, в соответствии с ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 16, 17;

— совершенствование оказания медицинской помощи жителям села МО на основе выездов бригад специалистов МОНИКИ и проведение «Дней МОНИКИ в Московской

Таблица 1

План здравоохранения Московской области по достижению показателей, включенных в Указы Президента РФ от 07.05.2012 № 597, 598, 606

Показатели	2015	2016	2017	2018
Указ Президента Российской федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»				
Отношение средней заработной платы врачей к средней заработной плате в Московской области	143,3	259,6	200	200
Отношение средней заработной платы среднего медицинского (фарм.) персонала к средней заработной плате в Московской области	85,3	86,3	100	100
Отношение средней заработной платы младшего медицинского персонала к средней заработной плате в Московской области	52,4	70,5	100	100
Указ Президента Российской федерации от 07.05.2012 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»				
Смертность от болезней системы кровообращения	802,8	750	705	649
Смертность от новообразований (в том числе от злокачественных)	218	210	201,3	192,8
Смертность от туберкулеза	6,9	6,8	6,8	6,8
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	8,6	8,6	8,5	8,5
Младенческая смертность	7	6,9	6,8	6,6
Указ Президента Российской федерации от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»				
Суммарный коэффициент рождаемости	1,6	1,7	1,75	1,75
Ожидаемая продолжительность жизни	72,02	72,64	73,27	74

области» с участием главных специалистов Минздрава МО;

— совершенствование системы доступности в оказании высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) для жителей Московской области за счет дистанционной записи на прием для получения ВМП;

— углубленный всесторонний анализ эффективности результатов клинической и организационно-методической работы специалистов МОНИКИ в медицинских организациях и органах управления здравоохранением Московской области;

— оценка качества обучения в системе непрерывного медицинского образования при подготовке врачей-организаторов здравоохранения;

— углубленный всесторонний анализ эффективности результатов выездной работы на основе ведения универсальной информационной системы и базы данных «Клинико-экономическая информационная система мониторинга выездной работы специалистов ведущих медицинских центров и оценки эффективности внедрения современных медицинских технологий в практику здравоохранения» [2].

В 2014 г. сотрудниками МОНИКИ с участием ГС выполнено 7548 выездов в МедО МО, из них по отделению экстренной плановой и консультативной медицинской помощи (ОЭПКМП) выполнено 6340 экстренных выездов для оказания консультативной медицинской помощи и проведения экстренных операций, а также 1208 плановых выездов в МедО и органы управления здравоохранением МО, в том числе в составе врачебных бригад — 44 выездов.

Объем плановой выездной работы сотрудников МОНИКИ, проводимый в МедО МО, остается стабильно высоким: в 2011 г. — 1397 выездов, в 2012 г. — 1442 выезда,

в 2013 г. — 1170 выездов. В плановых выездах принимали участие сотрудники 43 клиник МОНИКИ.

Помимо этого, было выполнено 17 выездов в составе проекта «Дни МОНИКИ в Московской области», когда в составе врачебных бригад работали только главные специалисты Минздрава МО, сотрудники МОНИКИ.

В 2014 г. работа по внедрению передовых технологий лечения и достижений медицинской науки в практическое здравоохранение осуществлялась на основе реализации Постановления Правительства МО от 23.08.2013 № 663/38 «Об утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014–2020 гг., в рамках которого МОНИКИ участвовал в выполнении 35 научно-исследовательских работ, заказчиком которых являлось Министерство здравоохранения Московской области.

Выполнению поставленных задач на уровне, соответствующем мировым стандартам, способствовало подключение института к таким базам данных, как ClinicalKey и Scopus.

В 2014 г. в результате проведенной работы в МОНИКИ поступили 178 актов о внедрении (в 2013 г. — 153 акта) из медицинских организаций 43 муниципальных образований Московской области, внедрено 116 новых методик и 62 ранее известных, но не применявшихся в медицинских организациях муниципальных образований МО. На местах обучены и освоили новые методы 881 специалистов (2013 г. — 794).

С применением внедряемых разработок в МедО МО пролечено 4012 пациентов (в 2013 г. — 9962), проведено 8298 исследований (в 2013 г. — 31 096). Информацию о новых методах лечения и диагностики по каждой специальности врачи получали на заседаниях научных обществ и ассоциаций, в процессе обучения на 30 кафедрах факультета усовершенствования врачей МОНИКИ, на семинарах и научно-практических конференциях. При этом каждый специалист в процессе участия в конференции и по мере освоения новой лечебно-диагностической технологии получает соответствующее число кредитов, которые учитываются при обучении и сертификации специалиста на соответствующих кафедрах ФУВ.

На каждую зарегистрированную медицинскую технологию, разработанную в ходе выполнения НИР, получено регистрационное удостоверение, подтверждающее факт разрешения к применению технологии на территории Российской Федерации. Все зарегистрированные методики внесены в единый Реестр медицинских технологий РФ. На целый ряд медицинских технологий получены патенты на изобретения в РФ: в 2014 г. — 17, в 2013 г. — 13 патентов.

Соискателями из Московской области защищены 3 докторские (Бокова Г.А., Гаганов Б.Б., Терпигорьев С.А.) и 2 кандидатские диссертации.

В Московской области в 2014 г. сотрудниками МОНИКИ совместно со специалистами Министерства здравоохранения Московской области проведено 815 различных научно-практических мероприятий (в 2013 г. — 997), из них: в МОНИКИ — 363 (в 2013 г. — 308), а в медицинских организациях Московской области — 452 конференции (в 2013 г. — 689) и 285 семинаров (в 2013 г. — 326).

По результатам научных исследований 2014 г., в МОНИКИ подготовлено и издано 917 единиц научных трудов, в том числе монографий, руководств, глав в монографиях — 14, периодических изданий МОНИКИ — 6; статей — 395, из них в центральных журналах — 235, в иностранных журналах — 20. тезисов — 435, из них за рубежом — 61.

За 2014 г. сотрудниками 16 научных подразделений МОНИКИ проведено 19 клинических испытаний медицинского оборудования и 49 — лекарственных препаратов.

Главные специалисты МЗ МО в процессе работы на профильных кафедрах факультета усовершенствования врачей (ФУВ) МОНИКИ

занимаются внедрением инноваций в образовательной деятельности по своей специальности. При этом широко используется обучение с применением дистанционных телекоммуникационных средств с центром в МОНИКИ, так как на базе всех медицинских округов Московской области (15) имеются телемедицинские кабинеты. Проводится работа по разработке компьютерных обучающих программ, созданию лекционных курсов и методических материалов на современных электронных носителях.

Решением Министерства здравоохранения Российской Федерации ФУВ МОНИКИ определен в качестве пилотного для отработки модели основных принципов непрерывного медицинского образования (НМО) по специальностям «врач общей практики» и «организация здравоохранения и общественного здоровья».

Под инновационными технологиями в обучении менеджменту организаторов здравоохранения в системе НМО понимаются внедрение новых форм, способов и умений в сфере обучения, образования и науки, которые пока еще не получили массового, то есть серийного распространения. Для их реализации используется специальная информационная образовательная среда (ИОС).

ИОС в системе непрерывного медицинского образования (НМО) для организаторов здравоохранения реализуется на ФУВ МОНИКИ www.fuv.monikiweb.ru в процессе использования компьютерной техники, программно-телекоммуникационных средств для хранения и представления учебных и научных материалов, которые в ряде случаев являются объектами интеллектуальной собственности.

Электронными учебными материалами, используемыми в ИОС на кафедре организации здравоохранения и общественного здоровья ФУВ МОНИКИ, в основном являются:

— модули учебных программ с ситуационными задачами, содержащими примеры их решения. Под модулем в процессе обучения понимается набор подлежащих освоению умений, знаний и навыков, нацеленных на подготовку и переподготовку организаторов здравоохранения, обладающих (или не обладающих) определенным уровнем профессионального опыта и составленных в форме специализированных деловых игр. Необходимым элементом модульного обучения на кафедре является рейтинговая система оценки знаний, предполагающая балльную оценку успеваемости слушателей по результатам изучения каждого модуля. Основными модулями учебной программы в процессе НМО организаторов здравоохранения являются: стратегическое планирование и прогнозирование, технологии принятия управленческих решений (бизнес-планирование, SWOT-анализ); экономические отношения в системе здравоохранения; правовое и законодательное обеспечение потребностей населения в сфере охраны здоровья и работы медицинских организаций; психология и этика менеджмента, управление мотивацией и стимулирование персонала; организация медицинской помощи населению (взрослым и детям); медицинская статистика и информатизация в процессе управления здравоохранением;

— программные комплексы, моделирующие работу слушателя в соответствии с ролью в деловой игре в должности руководителя медицинской организации (МедО) или органа управления здравоохранением, работа в структурных подразделениях МОНИКИ, являющихся типовыми имитационными моделями крупной областной (краевой, республиканской) медицинской организации, приемной Министерства здравоохранения Московской области по управлению потоками госпитализации, медицинском информационно-аналитическом центре (МИАЦ) МОНИКИ и др.

Для использования в ИОС кафедры применяются программы из Единой медицинской информационной системы, специально приобретаются программные продукты, а также разрабатываются информационные системы,

на которые получены свидетельства в Патентном ведомстве Российской Федерации и дипломы в рамках конкурса, проводимого Минздравом России, как лучшей информационной системы.

В ходе учебного процесса внедряются результаты научно-исследовательской работы, направленные на развитие медицинской теории и практики в интересах сохранения и укрепления здоровья, повышения качества жизни населения, развития и совершенствования инфраструктуры здравоохранения, методических рекомендаций, стандартов, образовательных программ и программ для ЭВМ, баз данных и многое другое.

Для мониторинга ОИС, используемых в ходе непрерывного медицинского образования организаторов здравоохранения, применяется информационная система (ИС), которая позволяет учитывать результаты интеллектуальной деятельности и приравненные к ним средства индивидуализации, используемые в учебном процессе. При этом для каждого конкретного учебного материала из ИС может быть получено: наименование патента и патентообладателя, авторского свидетельства на базу данных, программный продукт, сведения о лицензионном договоре, наименовании передаваемой документации (продукции) третьим лицам с указанием кому конкретно и др.

Подготовленная и апробированная информационная система позволяет вести реестр всех учебных и научных материалов, используемых в ходе реализации информационной образовательной среды для непрерывного медицинского образования организаторов здравоохранения, создавать портфолио слушателя, оценивать результаты выполнения задания через личный кабинет слушателя и многое другое.

Для сравнительной оценки качества обучения слушателей в системе непрерывного медицинского образования, в сравнении с традиционными формами обучения оцениваются соответствие условий и результатов обучения слушателей требованиям нормативных актов по организации учебного процесса, определенных Положением о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей с участием общественных профессиональных организаций, утвержденных Приказом Министра здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 837 и ГОСТ Р ИСО 9001-2008 [3].

В процессе оценки качества обучения слушателей учитывались факторы, определяющие результаты учебной деятельности: личной мотивация слушателей к обучению по НМО, материально-техническое обеспечение и наличие необходимых коммуникационных средств связи (Интернет), запросы работодателей и ряд др.

Каждый слушатель в процессе обучения по программе НМО заводит личный кабинет на Интернет-сайте www.fuv.monikiweb.ru электронного деканата МОНИКИ, получает доступ к портфолио, включающему все учебные модули с ситуационными задачами по всем темам. На освоение компонентов образовательной программы с применением дистанционного обучения, с использованием электронных учебных материалов (модулей) слушателям отводится 108 ч (75%). Слушатели выполняют задания согласно учебному плану и размещают результаты в личном кабинете. Результаты выполнения заданий преподаватель, куратор группы отслеживает и оценивает в режиме реального времени, при необходимости вносит соответствующие коррективы. Учебные материалы в личном кабинете будут храниться до следующего периода обучения слушателя.

На освоение программы в системе НМО с участием общественной профессиональной организации (ОПО) отводится 36 ч (25%), в нашем случае это Общество организаторов здравоохранения РФ (председатель — академик РАМН В.И.Стародубов). До начала проведения учебного мероприятия (УМ) с участием ОПО проходит серьезная процедура экспертизы данного мероприятия, которую

проводит Координационный совет по НМО МЗ РФ и которая включает изучение устава и других регистрационных документов ОПО, список лекторов, независимое экспертное заключение на программу УМ главного внештатного специалиста Минздрава РФ, механизм учета присутствия слушателей на мероприятии, обратной связи со слушателем и контроля их знаний, полученных на УМ.

Результаты, полученные в процессе выполнения тестовых заданий у слушателей, обучавшихся по программе НМО, были несколько лучше (средний балл — 100%), чем в группах, обучавшихся по традиционным программам (средний балл — 87,5%). Возможно, это связано с тем, что сама группа слушатели, обучавшихся по программе НМО, была изначально более сильной и профессионально ориентированной на обучение. В любом случае сравнительная оценка качества обучения слушателей по различным программам должна быть продолжена.

Организационно-методическая работа ГС является составной частью системы НМО организаторов здравоохранения, а также широко используется ГС клинического профиля МОНИКИ в процессе выездной работы в медицинских организациях области.

Координационный совет главных специалистов МЗ МО проводит заседания с приглашением всех ГВС МЗ МО, на которых обсуждаются актуальные вопросы. Два примера из работы КС ГС МЗ МО.

09.04.2015 в Доме Правительства Московской области Председатель КС ГВС МЗ МО Н.П. Санина провела заседание, на котором выступили:

— первый заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ Ю.В. Михайлова на тему: применение рекомендованных ВОЗ количественных показателей оценки результатов медицинской деятельности;

— главный клинический фармаколог Министерства здравоохранения Московской области, д.м.н. В.В. Омельяновский на тему: как повысить эффективность лекарственного обеспечения в МО. Система оценки технологии здравоохранения (ОТЗ) в субъекте Федерации. Кто будет первый;

— председатель Врачебной палаты МО С.А. Лившиц на тему: роль Врачебной палаты Московской области в формировании системы независимой медицинской экспертизы качества медицинской помощи в медицинских организациях Московской области;

— главный пульмонолог МЗ МО Е.И. Островский на тему: основные направления работы по снижению летальности в медицинских организациях и смертности от пневмонии в Московской области.

Министр здравоохранения Московской области Н.В. Суслонова выступила с подведением итогов по результатам обсуждения докладов и поставкой задач.

Были приняты решения, которые главные специалисты МЗ МО должны принять к исполнению в части, касающейся:

— при решении проблем качества оказания медицинской помощи шире использовать принятые и рекомендованные ВОЗ количественные показатели оценки результатов медицинской деятельности, характеризующие адекватность, доступность, преемственность и не-прерывность, действенность, результативность, эффективность, безопасность, своевременность, способность удовлетворять ожидания и потребности, стабильность процесса и результата, постоянное совершенствование и улучшение. При этом могут быть использованы показатели: QALY — количество приобретенных в результате медицинского вмешательства лет качественной жизни, DALY — показатель потерянных лет здоровой жизни и др.;

— подготовить предложения по обучению главных специалистов МЗ МО клинического профиля по проблемам импортозамещения при формировании госзаказа на ЖНВЛП, экспертизе регионального перечня лекарств с использованием автоматизированных программ для ABC/VEN-анализа, систем экспертизы ограничительных перечней и регистра-

ции предложений по включению новых препаратов;

— всем главным специалистам МЗ МО клинического профиля принять активное участие в работе по подготовке экспертов из числа профильных врачебных ассоциаций и Врачебной палаты Московской области для участия в пилотном проекте, который будет проводиться в медицинских организациях МО по отработке модели независимой медицинской экспертизы, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ, ст. 58, ч.3 и ст. 64, ч. 2;

— подготовить к изданию методические рекомендации для врачей по профилактике заболеваемости и лечению пневмоний в медицинских организациях МО. Представить предложения по проведению тематических конференций по данной проблеме с терапевтами медицинских организаций Московской области;

— главным специалистам МЗ МО подготовить планы развития профильных служб по принципу «Дорожной карты» с указанием конкретных мероприятий, мест их реализации в Московской области, ответственных исполнителей, необходимых финансовых средств по годам до 2020 г.;

— на очередном заседании КС ГС МЗ МО свои отчеты о работе и «Дорожные карты» развития профильной службы будут представлять главные кардиолог, невролог и пульмонолог.

22.04.2015 прошло выездное заседание КС ГС МЗ МО в ГБУЗ МО «Подольская городская клиническая больница» (далее — ПГКБ), на которое приглашались руководитель территориального органа управления (ТУ) здравоохранением МЗ МО, руководство ПГКБ и определенные ГС. Целью выезда была практическая работа ГС МЗ МО по изучению причин летальности от болезней системы кровообращения (БСК) в ПГКБ в 2015 г. Проводился разбор конкретных случаев летальности в ПГКБ от БСК, сочетающихся с заболеваниями эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), острых пневмоний и других заболеваний. Главные специалисты по 5 профилям (кардиология, неврология, эндокринология, гастроэнтерология, патологоанатом) заполнили акты *(приложение 1),* в которых отразили результаты своей работы.

ГС МЗ МО клинического профиля осмотрели пациентов-ветеранов и участников ВОВ, находящихся в отделениях по своему профилю, изучили все истории болезни умерших в ПГКБ в этом году от БСК.

В процессе коллективного обсуждения причин летальности от БСК были выработаны предложения по оптимизации:

— системы маршрутизации пациентов из других муниципальных образований МО (1 медицинского округа МО) с острыми нарушениями сердечно-сосудистой системы, которые должны получить лечение в ПГКБ;

— работы регионального сосудистого центра, который уже более года успешно функционирует на базе ПГКБ;

— подготовки специалистов клинического профиля, участвующих в лечении пациентов с БСК, по вопросам диагностики, лечению и формулировке диагнозов при терминальных состояниях (основного, сопутствующего и фонового заболевания), при сочетаниях острого коронарного синдрома с диабетом, нарушениями мозгового кровообращения, заболеваниями желудочно-кишечного тракта и др.

В ходе практической работы главных специалистов МЗ МО в медицинских организациях МО уделяется большое внимание работе по оказанию медицинской помощи ветеранам и участникам Великой Отечественной войны (ВОВ). ГС лично принимают участие в выездных бригадах. По плану МЗ МО, за период с 11 марта 2015 г. в составе врачебных бригад специалисты МОНИКИ приняли участие в консультациях и осмотрах ветеранов в медицинских организациях 7 муниципальных образований МО. Проконсультировали 256 пациентов, из них 32 направи-

ли на стационарное обследование и лечение в МОНИКИ.

Как результат соответствующим образом проводимой организационно-методической работы главных специалистов Министерства здравоохранения Московской области в современных условиях являются показатели, включенные в известные Указы Президента РФ, в том числе:

— показатель смертности от болезней системы кровообращения в 2014 году в МО достиг 806,0 случая на 100 тыс. населения (в 2013 г. он был 849,8 на 100 тыс. населения, в 2012 г. — 878,5 на 100 тыс. населения);

— показатель смертности от новообразований в МО снизился в 2014 году до 228,1 случая на 100 тыс. населения (в 2013 г. — 230,2 на 100 тыс. населения, в 2012 г. — 232,0);

— показатель смертности от туберкулеза в МО в 2014 году составил 5,9 на 100 тыс. населения (в 2013 г. — 6,9 на 100 тыс. населения; в 2012 г. — 7,9 на 100 тыс. населения);

— показатель смертности от внешних причин в МО составил в 2014 году 122,2 случая на 100 тыс. населения, в том числе от дорожно-транспортных происшествий — до 9,5 на 100 тыс. населения;

— в 2014 году показатель младенческой смертности в МО снизился до 6,9 на 1000 родившихся живыми (в 2013 г. — 7,1, в 2012 г. — 7,4 на 1000 родившихся живыми).

Литература

1. Об утверждении государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014–2020 годы. — Постановление Правительства МО от 23.08.2013 № 663/38. http://mz.mosreg.ru.

2. *Гуров А.Н., Зуев С.А.* Клинико-экономическая информационная система мониторинга выездной работы специалистов ведущих медицинских центров и оценки эффективности внедрения современных медицинских технологий в практику здравоохранения. Свидетельство о государственной регистрации программ для ЭВМ от 20 марта 2009 г. № 2009611565//Официальный бюллетень. — Программы для ЭВМ, базы данных, топологии интегральных микросхем. — М.: ФГУ ФИПС, 2009. — № 2(67). — С. 368.

3. *Суслонова Н.В., Гуров А.Н., Смбатян С.М.* Некоторые результаты оценки качества обучения в системе непрерывного медицинского образования при подготовке врачей организаторов здравоохранения//В кн. VI Общероссийская конференция с международным участием «Медицинское образование—2015». — М. — С. 396–398.

UDC 614.2

Gurov A.N., Garina I.B. ***Organizational and methological activities of chief specialists of the Ministry of Health of the Moscow Region in current conditions*** *(Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI), Moscow, Russia)*

Abstract. Organizational and methological activities of chief specialists (CS) is any creative practical, organizational and educational activity aimed at development and implementation of modern medical and organizational technologies into regional system of public healthcare, including diagnostics and treatment of patients, analysis of populational morbidity and mortality, organization of scientific events and various tasks within specific profiles and types of medical activity. A Coordination Council has been established for planning, supervision and assessment of efficiency of CS activities in the Moscow Region, with a special informational monitoring system being run.

Keywords: *organizational and methodological activities, chief specialists of administrative health care authority.*

Приложение 1

А К Т

о результатах выездной работы главного специалиста (ГС) Министерства здравоохранения (МЗ) Московской области (МО) в медицинских организациях (МедО)[1]

«___»_____ 2015 г. город (поселок МО) _____

Настоящий акт составлен _____, действующим на основании Положения
(Ф.И.О.)
о главном специалисте, утвержденном приказом МЗ МО от 01.07.2003 № 193, с изменениями от 03.03.2015 № 308) о результатах выездной работы в _____
(наименование медицинской организации)

Цель выезда:

1. Характер работы, выполненной при выезде[2]:

2. Лечебно-консультативная работа

2.1. Проконсультировано пациентов (всего):

— в стационаре, в т.ч.: сельских жителей, детей, ИОВ_____

— в поликлинике, в т.ч.: сельских жителей, детей, ИОВ_____

2.2. Выполнено: операций, процедур_____

2.3. Изучено историй болезни_____, по какому профилю и с каким результатом.

3. Научно-практическая работа

3.1. Тема конференции, лекции, семинара_____, школ _____, присутствовало слушателей по специальностям

3.2. Результаты продвижения медицинских технологий (название, результаты внедрения: пролечено (обследовано) новым методом пациентов _____, освоило метод врачей (специалистов): _____

4. Выявленные отклонения от стандартов (порядков): _____

5. Предложения специалиста (указать срок исполнения): _____

Ознакомлены:

Подпись ГС МЗ МО	руководитель ТУ МЗ МО	руководитель (заместитель руководителя) МедО
_____	_____	_____
контактная информация	подпись, контактная информация	подпись, контактная информация

М.П.

[1] Акт составляется ГС МЗ МО в 3-х экземплярах, после оформления подписей руководителей ТУ и МедО представляется в научно-организационный отдел МОНИКИ E-mail: orgmetodnoo@mail.ru, angurov1@mail.ru (Гуров А.Н., Малютин М.Р.)для последующего представления в МЗ МО на утверждение.

[2] Оценивается состояние медицинских организаций: изучение показателей заболеваемости, смертности, летальности, качество лечебно-диагностической работы, диспансеризации, состояния документации и материально-технической базы специализированных служб, экспертизы трудоспособности; изучение медико-санитарного состояния рабочих промышленных предприятий; изучение работы главных окружных, районных (городских) специалистов; изучение и обобщение передового опыта работы МедО; помощь МедО в освоении и внедрении в практику современных медицинских технологий; научно-практическая работа, проведение конференций, лекций, семинаров.

Л.С. Барбараш,
д.м.н., академик, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Федерального агентства научных организаций, г. Кемерово, Россия
О.В. Кущ,
к.м.н., ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Федерального агентства научных организаций, г. Кемерово, Россия
В.Ю. Херасков,
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Федерального агентства научных организаций, г. Кемерово, Россия
Г.В. Артамонова,
д.м.н., профессор, ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Федерального агентства научных организаций, г. Кемерово, Россия

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ: ОПЫТ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

УДК 614.2: 616.127 — 005.8
Барбараш Л.С., Кущ О.В., Херасков В.Ю., Артамонова Г.В. ***Совершенствование системы специализированной медицинской помощи при остром коронарном синдроме: опыт на уровне субъекта Российской Федерации, нерешенные вопросы*** *(ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» Федерального агентства научных организаций, г. Кемерово, Россия)*

Аннотация. В статье представлен региональный опыт Кемеровской области совершенствования специализированной медицинской помощи при остром коронарном синдроме. Обозначены проблемные вопросы в организации медицинской помощи при остром коронарном синдроме в современных условиях (поздняя госпитализация, неэффективное взаимодействие медицинских организаций). Для повышения социальной и экономической эффективности медицинской помощи необходимо усилить профилактическую направленность в деятельности первичного звена здравоохранения, создать организационные, экономические условия соблюдения Порядков оказания медицинской помощи в стационарах, осуществлять вневедомственный контроль медицинской помощи страховыми медицинскими организациями, обеспечить систему оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме информационным и статистическим инструментом.

Ключевые слова: *организация медицинской помощи, острый коронарный синдром, региональный сосудистый центр, муниципальные медицинские организации, чрескожные коронарные вмешательства.*

С целью снижения смертности в Российской Федерации с 2006 г. реализуется комплекс мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи при болезнях системы кровообращения:

• в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» развернулась масштабная деятельность по расширению высокотехнологичной медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболева-

© Л.С. Барбараш, О.В. Кущ, В.Ю. Херасков, Г.В. Артамонова, 2015 г.

ниях путем строительства кардиохирургических центров (Постановление Правительства Российской Федерации от 20 марта 2006 г. № 139 «О строительстве федеральных центров высоких медицинских технологий»);

• усовершенствована нормативно-правовая база, регламентирующая порядки оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в Российской Федерации (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 сентября 2009 г. № 599н «Об утверждении Порядка оказания плановой и неотложной медицинской помощи населению Российской Федерации при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля»);

• с 2008 года в субъектах Российской Федерации реализуется программа, предполагающая формирование принципиально новой организационной структуры оказания экстренной медицинской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и острым коронарным синдромом. В рамках программных мероприятий в регионах созданы региональные сосудистые центры и первичные сосудистые отделения, оснащение и штатное расписание которых отвечают требованиям, изложенным в «Порядках» [4].

Первичные сосудистые отделения создавались на базе городских больниц или больниц муниципальных образований. Коечная мощность первичных сосудистых отделений определялась из расчета 30 коек на 200 тыс. населения. Задача таких отделений — своевременное и квалифицированное оказание медицинской помощи с активным применением тромболитической терапии и создание механизма своевременного направления больных в региональный центр.

Региональные сосудистые центры, как правило, создавались на базе республиканских, краевых и областных больниц и предполагали функционирование 60 коек (30 коек первичного сосудистого отделения и 30 коек регионального цента). На региональные центры возложены функции оказания специализированной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом с использованием рентгенэндоваскулярных методов лечения в круглосуточном режиме (коронарной ангиопластики и стентирования коронарных артерий); круглосуточной консультативной помощи пациентам, госпитализированным в первичные сосудистые отделения (в том числе с использованием телемедицинских технологий). Таким образом, региональные центры, согласно требованиям программы, должны были стать организационно-административными высокотехнологичными центрами системы оказания специализированной помощи больным с острым коронарным синдромом.

Количество сосудистых отделений на территории субъекта Российской Федерации определялось исходя из численности населения, наличия соответствующих учреждений здравоохранения. При выборе медицинских организаций учитывались базовое оснащение и кадровый потенциал, географические особенности региона, транспортная инфраструктура. Идеальной моделью стало такое распределение этих центров, чтобы зоны ответственности первичных сосудистых отделений охватывали все население региона, а доставка в региональный сосудистый центр была максимально быстрой.

К концу 2012 года были созданы 85 региональных и 211 первичных сосудистых центров. Опыт работы сосудистых центров в регионах страны доказал их эффективность: в первых 12 регионах, где осуществлялась программа, произошло снижение показателей смертности от болезней системы кровообращения за один год на 7,8%. В Российской Федерации этот показатель снизился на 5,4%. При этом, как показал анализ динамики сердечно-сосудистой смертности в других случайно выбранных регионах страны, где не проводились мероприятия, данный показатель снизился только на 3,5% [3].

В Кемеровской области, начиная с середины 90-х гг., формируется иная, чем в Рос-

сийской Федерации в целом, система оказания специализированной кардиологической помощи, основанная на использовании инновационных организационных технологий и управленческих решений [2]. «Кемеровская модель» оказания специализированной помощи при болезнях системы кровообращения основана на:

- интеграции учреждений здравоохранения, образования и науки с разной формой собственности в единую функциональную структуру — Кузбасский кардиологический центр;
- усилении роли первичной кардиологической помощи населению путем объединения всех кардиологов амбулаторно-поликлинического звена муниципального здравоохранения в единую амбулаторно-поликлиническую кардиологическую службу;
- новой, отличающейся от типовой, организационной моделью кардиологического диспансера (муниципальное бюджетное учреждения «Кемеровский кардиологический диспансер»), объединяющего все этапы и уровни оказания помощи кардиологическим больным (поликлиника — стационар — санаторий).

Эти особенности создали условия для формирования отличной от типовой региональной модели оказания специализированной помощи при остром коронарном синдроме, в которой функции регионального сосудистого центра были возложены на муниципальное учреждение здравоохранения «Кемеровский кардиологический диспансер». Многопрофильные больницы трех муниципальных образований Кемеровской области (г. Кемерово, г. Новокузнецк, г. Прокопьевск) стали выполнять функции первичных сосудистых отделений. В зонах ответственности сосудистых отделений в 2010–2012 гг. проживали 36,9% взрослого населения. Созданы механизмы направления в региональный центр больных с острым коронарным синдромом для выполнения чрескожных коронарных вмешательств. Принятый в Кемеровской области «Порядок перевода в региональный сосудистый центр» предусматривал транспортировку в Кемеровский кардиологический диспансер для выполнения чрескожных коронарных вмешательств не только пациентов из сосудистых центров, но и из других медицинских организаций области, осуществляющих госпитализацию таких больных.

В результате реализации программы за первые два года (2011–2012 гг.) 73,3% пациентов с инфарктом миокарда госпитализировано в блоки интенсивной терапии. Более 400 пациентов с ОКС были переведены из медицинских организаций муниципальной системы здравоохранения Кемеровской области в региональный центр для оказания высокотехнологичной помощи. Социальная значимость проводимых мероприятий обоснована положительными демографическими тенденциями. Уровень смертности от ишемической болезни сердца в 2006–2012 гг. в Кемеровской области ниже, чем в Российской Федерации (305,4 и 412,9 на 100 тыс. населения, соответственно), а темпы убыли этого показателя выше, чем в Российской Федерации (темп снижения 22,4 и 7,8%, соответственно). В Кемеровской области вклад болезней системы кровообращения в общую смертность населения ниже в сравнении с Российской Федерацией, поскольку ниже уровни смертности от ишемической болезни сердца [1].

Опыт внедрения сосудистой программы на территории Кемеровской области обозначил проблемные вопросы в организации медицинской помощи при остром коронарном синдроме в современных условиях, требующие дальнейшего изучения и принятия управленческих решений.

Среди таких вопросов следует отметить позднее обращение за медицинской помощью населения. В 2011–2012 гг. в стационары Кемеровской области в период до 12 часов от начала заболевания были госпитализированы 31% больных с острым коронарным синдромом. Соответственно эффективные методы лечения (первичная ангиопластика коронарных артерий, тромболитическая

терапия) могли быть применены менее чем в трети случаев лечения. Своевременность госпитализации при остром коронарном событии определяется множеством факторов, в том числе обучением пациента, имеющего факторы риска развития этого состояния, раннему распознаванию симптомов этого события на амбулаторно-поликлиническом этапе, уровнем подготовки специалистов догоспитального звена и наличием прямой связи между скорой помощью и принимающим стационаром. Следовательно, усилия органов исполнительной власти, муниципальных образований в сфере здравоохранения должны быть направлены на развитие профилактических мероприятий, выявление факторов риска у населения (всеобщая диспансеризация и скрининговые осмотры в центрах здоровья, дни открытых дверей в медицинских организациях, работа школ здоровья и т.д.); повышение квалификации врачей первичного звена по вопросам диагностики и тактики оказания медицинской помощи при подозрении на острый коронарный синдром; совершенствование взаимодействия между скорой медицинской помощью и стационаром.

Обостряется вопрос неэффективного взаимодействия между региональным сосудистым центром и стационарами муниципальных образований, что связано с финансовыми, организационными и нормативными барьерами. Так, в 2011–2012 гг. в стационары Кемеровской области госпитализировано 25,4 тыс. больных с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. Переведено в региональный сосудистый центр 411 пациентов (1,61%), что является явно недостаточным. При этом около половины таких больных переведены по поводу ранней постинфарктной стенокардии, то есть в поздние сроки от начала заболевания. Одной из причин сложившейся ситуации являются организационные проблемы, связанные с обеспечением безопасной и своевременной транспортировки. Первичная госпитализация пациентов с острым коронарным событием осуществляется в первичные сосудистые отделения или кардиологические отделения муниципальных больниц бригадами скорой медицинской помощи. Перевод в региональный сосудистый центр осуществляется силами федеральной службы медицины катастроф. Такая организация переводов неизбежно приводит к удлинению времени от начала заболевания до выполнения эндоваскулярных вмешательств, следовательно, снижает их эффективность.

Сокращение времени выполнения чрескожных коронарных вмешательств и увеличение доли таких процедур, на наш взгляд, можно достичь путем организации прямой транспортировки таких больных с этапа скорой медицинской помощи муниципальных образований в региональный центр, минуя стационары, не имеющие в своем составе эндоваскулярной лаборатории. Однако такой подход не подкреплен нормативной базой и материально-технической возможностью служб догоспитального уровня.

Другой причиной, снижающей эффективность межтерриториального взаимодействия при оказании помощи больным с острым коронарным синдромом, следует выделить особенности оплаты медицинских услуг стационарной помощи по клинико-статистическим группам в системе обязательного медицинского страхования. Кратковременные случаи госпитализации финансируются ниже утвержденной стоимости законченного случая лечения заболевания, что не покрывает расходы на оказание помощи такому пациенту с использованием дорогостоящих медицинских технологий (в частности, тромболизиса). Медицинские организации не заинтересованы в сокращении сроков лечения ниже установленного уровня. Поэтому стратегия раннего перевода в региональный центр после применения тромболизиса активно не внедряется. Методом нейтрализации указанных недостатков может стать усиление вневедомственного контроля качества

медицинской помощи со стороны системы обязательного медицинского страхования путем проведения плановых экспертиз качества медицинской помощи случаев инфаркта миокарда и нестабильной стенокарди и с учетом требований «Порядка» и стандартов оказания медицинской помощи.

Не совершенен механизм направления пациентов, перенесших острое коронарное событие, на коронарографическое исследование в плановом порядке. Плановая коронарография зачастую проводится пациентам в поздние сроки. Например, в 2012 году в Кемеровской области 30% пациентов получили это диагностическое исследование через год после перенесенного инфаркта миокарда. Недостаточное количество плановых коронарографий, выполнение этого вида диагностики в поздние сроки приводят к несвоевременному направлению пациентов на высокотехнологичные вмешательства, следовательно, снижает их эффективность и повышает затраты на реабилитацию. Для решения этой проблемы целесообразно организовать работу всех медицинских организаций в едином информационном поле, позволяющем осуществлять запись пациентов на проведение коронарографии в медицинские организации, выполняющие этот вид диагностики. Внедрение такой системы позволит осуществлять контроль своевременности направления пациентов на исследование коронарного русла, регулировать и рационально распределять объемы плановых коронарографий между медицинскими организациями области.

Существенное значение для качественного управления имеют адекватный статистический учет и отчетность медицинских организаций, оказывающих помощь при остром коронарном синдроме. Основным инструментом статистического наблюдения за деятельностью медицинских организаций при оказании помощи в условиях стационара являются форма Госкомстата РФ № 14 («Сведения о деятельности стационара») и специальный мониторинг, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 июля 2008 г. № 331 «О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями». При этом информация по основным показателям деятельности медицинских организаций в форме № 14 предоставляется по выбывшим из стационара больным, в мониторинге — по пациентам, поступившим в стационар. Различие подходов при формировании отчетных форм затрудняет анализ данных, предоставляемых медицинскими организациями в территориальный орган Федеральной службы государственной статистики, а значит, не позволяет принимать обоснованные управленческие решения.

Для более полного представления о ситуации в регионе, связанной с острым коронарным синдромом, необходимо рассматривать официальные статистические данные в сопоставлении с данными специально организованных эпидемиологических исследований и регистровых форм наблюдения [5].

В Российской Федерации положительный опыт внедрения сосудистой программы диктует необходимость дальнейшего развития системы оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. С целью повышения социальной и экономической эффективности проводимых мероприятий в субъектах Российской Федерации необходимо усилить профилактическую направленность деятельности первичного звена здравоохранения, создать организационные, экономические условия соблюдения Порядков оказания медицинской помощи в стационарах области и осуществлять вневедомственный контроль медицинской помощи страховыми медицинскими организациями, обеспечить систему оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме информационным и статистическим инструментом.

Литература

1. *Артамонова Г.В., Максимов С.А., Барбараш Л.С. и др.* Анализ региональных особенностей смертности от болезней системы кровообращения для оценки эффективности программ здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 12. — С. 30–38.

2. *Артамонова Г.В., Херасков В.Ю., Крючков Д.В.* Системный подход к организации помощи больным с инфарктом миокарда — «Кемеровская модель»//Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. — 2013. — № 1. — С. 50–58.

3. *Бойцов С.А., Кривонос О.В., Ощепкова Е.В. и др.* Оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС//Менеджер здравоохранения. — 2010. — № 5. — С. 19–29.

4. *Чазов Е.И., Бойцов С.А.* Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране//Кардиол. вестн. — 2009. — Т. I. — № 1. — С. 5–10.

5. *Якушин С.С., Никулина Н.Н.* Опыт и перспективы развития острых форм ишемической болезни сердца в Российской Федерации//Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. — 2009. — № 8. — С. 64–71.

UDC 614.2: 616.127 — 005.8

Barbarash L.S., Kusch O.V., Heraskov V.Y., Artamonova G.V. ***Improving system specialized medical care in acute coronary syndromes: experience at the level of the Russian Federation, outstanding issues*** *(Federal State Scientific Institution «Research Institute of complex problems of cardiovascular disease,» the Federal Agency of scientific organizations, Kemerovo, Russia)*

Abstract. A review is presented of the Kemerovo regional experience improving specialized medical care in acute coronary syndrome. Marked the problematic issues in the health care in acute coronary syndrome in modern conditions (late hospitalization, poor interaction of medical organizations). To improve the social and economic efficiency of medical care is necessary to strengthen the preventive orientation in the activities of the primary health care, to create organizational, economic conditions compliance with the order of care in hospitals, to carry out external control of health care health insurance organizations, to provide a system of care in acute coronary syndrome information and statistical tools.

Keywords: *organization of medical care, acute coronary syndrome, Regional Vascular Center, the municipal health organization, percutaneous coronary intervention.*

САЙТЫ, ТОРГУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВАМИ, БУДУТ БЛОКИРОВАТЬ В ДОСУДЕБНОМ ПОРЯДКЕ

С 1 июля в России началась борьба с Интернет-пиратством в сфере обращения лекарственных средств. Это значит, что купить их в Сети у «левого» продавца будет невозможно. Сайты, торгующие медпрепаратами, будут попросту блокировать, причем в досудебном порядке. Право на это получат компетентные органы в связи с вступлением 1 июля в силу поправок в закон об обращении лекарственных средств.

Как пояснила «РГ» исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей (РААС), кандидат фармацевтических наук Нелли Игнатьева, Интернет-аптек, согласно нормам законодательства, в нашей стране нет. Однако любой лекарственный препарат, даже не зарегистрированный в России, можно приобрести в Интернете. И хотя эта деятельность вне закона, никто не несет за нее ответственность. «Следует признать, что в рамках действующего до 1 июля 2015 года законодательства у легально работающих аптек был путь доставки лекарств через третьих лиц на основании заключаемых с ними договоров, но этот механизм всегда был объектом спора на предмет его правомочности», — добавляет эксперт.

Также поправки в закон об обращении лекарственных средств дают определения таким понятиям, как «дозировка», «орфанные лекарственные препараты», «биологические лекарственные препараты», «биотехнологические лекарственные препараты» и многим другим.

Источник: «Российская газета»

Н.Г. Куракова,
Л.А. Цветкова,
ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации Минздрава России, г. Москва, Россия

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ КВОТЫ ЖУРНАЛОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ В КОЛЛЕКЦИИ RUSSIAN SCIENCE CITATION INDEX НА ПЛАТФОРМЕ WEB OF SCIENCE

УДК 12.41
Куракова Н.Г., Цветкова Л.А. ***Рекомендации по определению квоты журналов по клинической медицине в коллекции Russian Science Citation Index на платформе Web of Science*** *(ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Предложена методология отбора отечественных научных журналов для включения в Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе WoS, основанная на квотировании журналов по предметным областям в соответствии с дисциплинарной структурой мировой науки. Для этого выделены наиболее продуктивные и динамично развивающиеся научные дисциплины в рамках отдельной предметной области (на примере клинической медицины).

Ключевые слова: *Russian Science Citation Index, «золотая тысяча» РИНЦ, научные журналы, методология отбора, Web of Science Core Collection, глобальная наука, клиническая медицина, дисциплинарная структура.*

Глобализация науки и очевидная необходимость более активного включения России в процессы международного обмена знаниями определили ключевые векторы современной научно-технологической политики, которые стали стимулированием публикационной активности и ориентацией на интернационализацию отечественного сектора генерации знаний. Заданный современной научно-технологической политикой курс нашел отражение не только в целом комплексе государственных программ, но и в частных инициативах, одной из которых является проект «Russian Science Citation Index (RSCI) на платформе Web of Science (WoS)», совместно реализуемый российской компанией «Научная электронная библиотека» (НЭБ) и транснациональной компанией Thomson Reuters (T&R).

В сентябре 2014 г. подразделением по научным исследованиям и интеллектуальной собственности компании T&R и Научной электронной библиотекой eLibrary.ru было подписано соглашение о сотрудничестве, целью которого является размещение лучших российских журналов в виде отдельной базы — Национального индекса научного цитирования RSCI на платформе WoS [1].

Планируется, что в RSCI войдет около тысячи отечественных журналов, публикующих статьи из естественнонаучных, общественных и гуманитарных областей знания. Перечень изданий должен быть сформирован

© Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, 2015 г.

до конца 2015 г. из пяти тысяч научных журналов, в том числе 4500 журналов, индексируемых РИНЦ.

Ожидаемыми результатами реализации данного проекта являются:

- повышение качества отечественной научной периодики через приведение ее к международным стандартам публикаций;
- рост библиометрических показателей российских журналов в WoS и интегральных показателей России в целом за счет повышения видимости и цитируемости российских журналов в мире;
- создание системы оценки и мониторинга качества российских научных журналов с спользованием библиометрических и экспертных методов;
- использование данных RSCI для повышения эффективности системы оценки научной деятельности [2].

Идея создания регионального индекса научного цитирования на платформе WoS не нова, похожие базы уже представлены в линейке продуктов Thomson Reuters. Первой неанглоязычной базой в WoS стал Китайский индекс научного цитирования *Chinese Science Citation Database*, размещенный на платформе в 2008 г. и охватывающий почти 2 млн. научных документов. В 2014 г. как отдельные ресурсы WoS появились еще две региональные базы по научному цитированию: южнокорейская *KCI Korean Journal Database*, индексирующая около 2 тысяч научных журналов, и библиографическая база научных документов на испанском и португальском языках *SciELO (Scientific Electronic Library Online)*, включающая региональные журналы открытого доступа из стран Латинской Америки, Португалии, Испании и ЮАР [3].

Следует особо подчеркнуть, что техническая реализация размещения региональных баз по научному цитированию на платформе WoS не означает, что статьи журналов, представленных в этих БД, попадают в центральную коллекцию научно-периодических журналов Web of Science Core Collection (WoS CC). WoS CC является одним из 20 ресурсов, размещенных на платформе WoS (до 2014 г. — ISI Web of Knowledge) [4] и представляет собой выборку наиболее авторитетных изданий во всех областях науки. Именно данные этой коллекции ложатся в основу межстрановых сопоставлений. Так, например, в ежегодный отчет Национального научного фонда США «Science and Engineering Indicators» включается статистика по количеству проиндексированных документов только в WoS CC [5]. При составлении рейтинга ведущих вузов мира Times Higher Education учитываются университеты, имеющие за пятилетний период не менее 1000 публикаций именно в WoS CC [6].

Для практической реализации проекта по созданию RSCI 3 июля 2014 г. между РАН и НЭБ было подписано соглашение, согласно которому работу по оценке и организации постоянного мониторинга качества российских научных журналов и отбору 1000 лучших периодических изданий для размещения на платформе WoS возглавила РАН [7]. Для координации работ над проектом в декабре 2014 г. была создана Рабочая группа под руководством вице-президента РАН, академика РАН А.И. Григорьева, отбор журналов медицинской тематики курирует академик А.А. Баранов.

Разработанная Рабочей группой проекта методология отбора российских журналов в «золотую тысячу» включает два этапа: библиометрический анализ и стадию экспертной оценки журналов профессиональным сообществом. Этап экспертных оценок отобранных журналов по каждому научному направлению администрируется членом Рабочей группы и проводится с использованием системы Science Index, а непосредственно методика экспертизы состоит из следующих шагов:

- отбираются ученые среди 300 тыс. зарегистрированных в Science Index авторов с наукометрическими показателями выше определенного порога (ориентировочное число участников 25–30 тыс.);

• каждый участник опроса может выбрать не более трех направлений рубрикатора и оценить журналы по каждому их этих направлений, а также мультидисциплинарные журналы;

• эксперт оценивает журналы в списке путем отнесения их к одному из четырех уровней, при этом он оценивает только те журналы, которые знает и может оценить;

• эксперт может аргументировать проставленную оценку путем добавления текстового комментария;

• эксперт может добавить журнал по данному направлению в анкету.

Каждому изданию выставляется оценка по 4-балльной шкале: 1 балл — журнал низкого уровня (не достоин включения в RSCI), 2 балла — журнал среднего уровня (потенциальный кандидат для включения в RSCI), 3 балла — журнал национального уровня (безусловно, достоин включения в RSCI), 4 балла — журнал международного уровня (достоин включения в WoS CC).

На основании полученных данных формируется перечень российских журналов, рекомендованный для включения в российскую национальную базу научного цитирования на платформе WoS.

Важно подчеркнуть, что, в отличие от журналов, претендующих на включение в центральную коллекцию WoS CC, проходящих строжайший независимый отбор и контроль по регламентам, разработанным в профильных департаментах компании T&R, решение о включении журналов в RSCI будет приниматься исключительно российской стороной [9].

Гипотеза нашего исследования состояла в том, что для выполнения миссии проекта RSCI, понимаемой нами как ускорение интеграции нового научного знания, генерируемого в российском секторе науки, отбор журналов следует осуществлять не только исходя из анализа национальной коллекции научно-периодических журналов, но и с учетом трендов развития мировой науки и ее дисциплинарной структуры.

Целью нашего исследования была разработка методологических подходов к отбору российских научно-периодических журналов для включения их в национальный индекс научного цитирования RSCI.

Для достижения поставленной цели предполагалось решить следующие задачи:

1. Оценить степень полноты тематического охвата уже индексируемых в центральной коллекции WoS CC российских научно-периодических журналов.

2. Выявить наиболее публикационно активные и динамично развивающиеся научные дисциплины мировой науки.

3. Разработать алгоритм отбора российских научно-периодических журналов для включения их в RSCI на примере группы журналов по клинической медицине.

В качестве базы исследований были использованы данные WoS CC, информационно-аналитические приложения Journal Citation Report (JCR) и InCites, а также классификаторы научных областей, разработанные T&R для структурирования публикационного потока научных документов и журналов в этих информационных ресурсах — Web of Science Categories и Research Fields.

Research Fields является наиболее укрупненным классификатором и включает 22 научные области. В соответствии с рубрикацией Research Fields структурируются публикационные потоки в аналитическом приложении Essential Science Indicators (ESI). Более детализированным классификатором является ***Web of Science Categories***, используемый в том числе в приложении Journal Citation Report (JCR). Web of Science Categories, включает 251 тематическую категорию, из которых 223 категории используются в приложении JCR. ***Research Areas*** является еще одним журнальным классификатором, в него входит меньшее количество исследовательских областей — 151. Журнальные области Research Areas могут как совпадать с категориями Web of Science Categories, так и объединять несколько рубрик [11].

Тематический охват российских научных журналов, индексируемых в WoS CC

По состоянию на конец 2013 г. в центральной коллекции журналов WoS CC индексировались 11 619 научных журналов, из которых 152 являлись российскими (в конце мая 2015 г. их число увеличилось до 159). Важно заметить, что на протяжении последних семнадцати лет (1997–2013 гг.) в абсолютном выражении число научно-периодических журналов России, индексируемых в WoS CC, увеличилось в полтора раза, однако доля отечественных журналов имела устойчивую тенденцию к снижению: в 1998 г. она составляла 1,69%, в 2005 г. — 1,44%, а в 2013 г. сократилась до 1,31%.

Анализ распределения российских научных журналов по тематическим областям классификатора Web of Science Categories, которых по состоянию на 08.05.2015 выделяется 223, показал, что по 137 из них не индексирует ни один российский журнал.

Это дает основание отметить, что российские ученые, ведущие исследования более чем в 40% тематических областей, выделяемых классификатором Web of Science Categories, для представления своих публикаций не имеют ни одного релевантного по тематике отечественного журнала, индексируемого в WoS CC. В число этих областей попали такие динамично развивающиеся направления, как клеточная и тканевая инженерия, хирургия, токсикология, ревматология, радиология, клиническая психология, педиатрия, онкология, акушерство и гинекология, иммунология и многие другие.

Наиболее публикационно активные и динамично развивающиеся научные дисциплины мировой науки

Наиболее детальный анализ предметного распределения публикационного потока за 1996–2001 гг. по отдельным предметным областям с целью выявления наиболее интенсивно развивающихся дисциплин глобальной науки представлен в работе И.В. Маршаковой-Шайкевич. Результаты ее исследований показали, что наиболее динамично развивающейся областью науки является клиническая медицина [12].

В более поздних исследованиях был выполнен анализ удельного веса и динамики роста общемировых потоков публикаций в журналах, индексируемых в WoS CC, по 22 предметным областям по классификатору Research Fields за более длительный период (1981–2011 гг.) [13–15]. Сравнительный анализ дисциплинарной структуры мировой науки за последние 30 лет дал возможность авторам этих исследований достаточно точно идентифицировать приоритетные направления и обозначить тенденции в развитии отдельных областей. На всем временном интервале за 1981–2011 гг. выделялся и доминировал публикационный поток по клинической медицине. Доля этой дисциплины фактически осталась неизменной в течение последних 30 лет и в 2011 г. составляла почти 21,2% в общемировом массиве журнальных публикаций WoS CC, что значительно превышало аналогичный показатель для химии (11,5%), инженерных и технических наук (8,6%) и физики (8,1%), для которых наблюдается процесс замедления темпов развития.

Возможные методологические подходы к отбору российских научно-периодических журналов для включения их в национальную коллекцию на платформе WoS

Предлагаемый нами методологический подход к решению задачи отбора журналов в RSCI основан на положении о том, что гармонизация предметной структуры мировой и национальной науки является необходимым условиям транснационализации российской научно-технологической сферы. В целой серии публикаций, выполненных

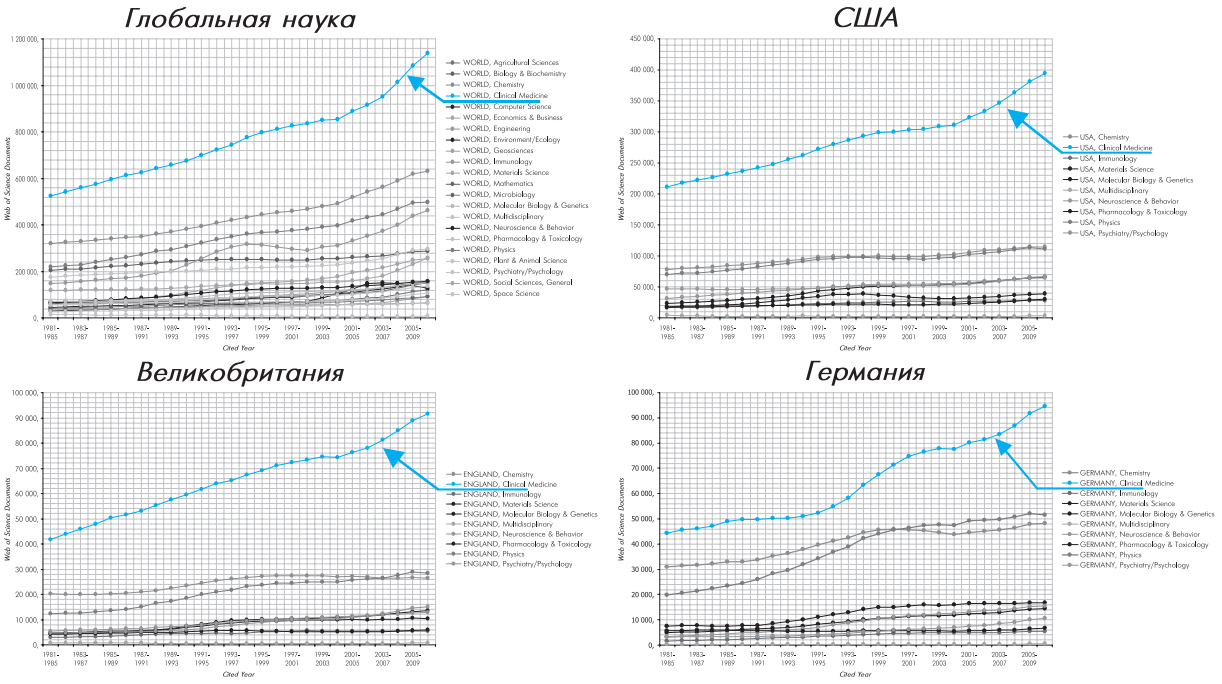

Рис. 1. **Дисциплинарная структура глобальной науки и отдельных национальных наук, 1981–2012 гг.** *(Источник: InCites, данные на 17.11.2012 г.)*

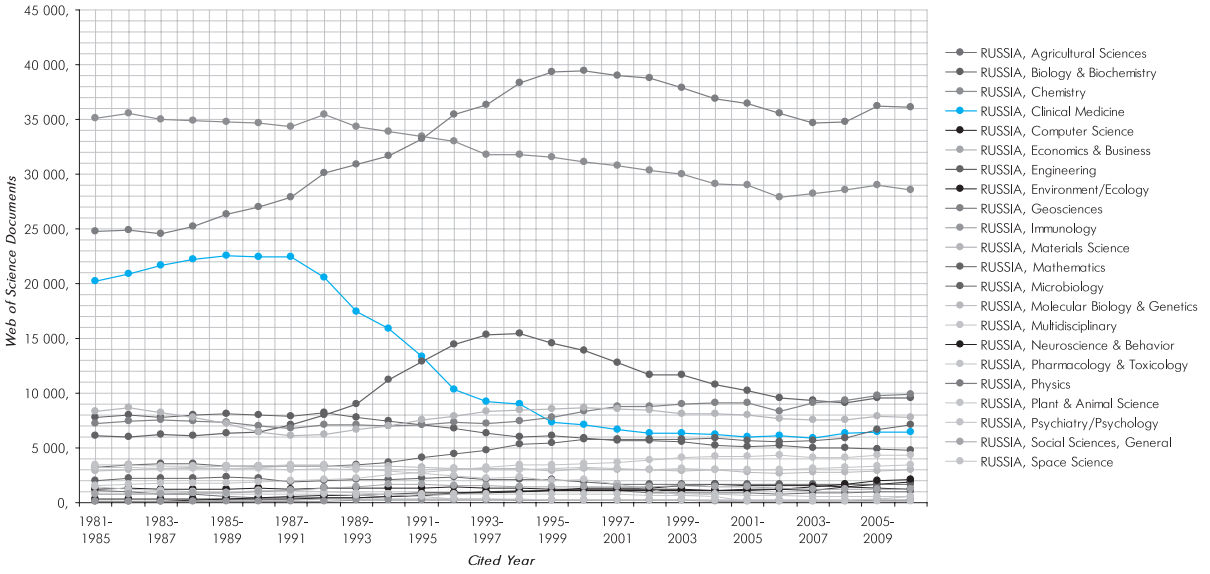

Рис. 2. **Дисциплинарное развитие науки в СССР/России, 1981–2012 гг.** *(Источник: InCites, данные на 17.11.2012 г.)*

в 2011–2014 гг. [14–17], с участием и авторов настоящей статьи отмечалось, что дисциплинарная структура российской науки из года в год все в большей степени отличается от предметного репертуара глобальной науки, а также стран развитой науки, таких как США, Великобритания, Германия и т.д. *(рис. 1)*. Это выражается в первую очередь

Таблица 1

Рекомендуемое распределение по предметным областям российских журналов, отбираемых для включения в RSCI

Предметная область по классификатору Research Fields	*Доля журнальных публикаций, проиндексированных в WoS CC в 2014 г (%)*	*Рекомендуемое число журналов по предметной области*
Клиническая медицина	24,27	243
Химия	10,22	102
Социальные науки	7,02	70
Инженерные и технические науки	7,00	70
Физика	6,30	63
Биология и биохимия	5,03	50
Науки о материалах	4,73	47
Науки о растениях и животных	4,31	43
Нейронауки и поведенческие науки	3,99	40
Психиатрия и психология	3,02	30
Молекулярная биология и генетика	2,88	29
Фармакология и токсикология	2,80	28
Окружающая среда и экология	2,66	27
Науки о Земле	2,56	26
Компьютерные науки	2,55	26
Математика	2,33	23
Сельскохозяйственные науки	2,29	23
Иммунология	2,00	20
Экономика и бизнес	1,58	16
Микробиология	1,12	11
Науки о космосе	0,78	8
Мультидисциплинарная область	0,56	6

Источник: InCites, данные на 20.05.2015 г.

в непропорционально низкой доле публикационного потока по клинической медицине *(рис. 2)*. На долю российских публикаций в WoS CC по таким динамично развивающимся дисциплинам, как биоматериалы, тканевая инженерия, клеточные технологии, нейровизуализация и т.п., приходятся десятые, а по некоторым дисциплинам и сотые доли процентов от мировых публикационных потоков.

К сожалению, мероприятия, реализуемые в рамках реформы научно-технологической сферы РФ, не всегда не учитывают существующие диспропорции в мировом и национальной научном репертуаре, что приводит порой к их усугублению. Так, в ходе реализации проекта по оптимизации сети диссертационных советов было сокращено 65% советов по хирургии, при том, что их число и до сокращения было несоразмерно низким и непропорциональным статистическому весу хирургии в мировой клинической медицине [18].

На ***первом этапе отбора*** предлагается осуществлять квотирование установленного числа журналов (1000 изданий), которые составят коллекцию RSCI, на основе сопоставления объемов публикационных потоков в WoS CC по 22 предметным областям, выделяемым классификатором Research Fields.

В *табл. 1* представлены данные об удельном весе публикационных потоков, проиндек-

Таблица 2

Динамика публикационного потока по отдельным областям клинической медицины в WoS CC

	Область исследований	Объем публикационного потока, проиндексированного в WoS CC, 2014 г.	Среднегодовое изменение объемов глобального публикационного потока, 2004–2014 гг.	Среднегодовой процент процитированных публикаций, 2010–2014 гг.
1	онкология	***66063***	***2596,8***	49,0
2	хирургия	***58220***	***2134,5***	48,4
3	нейронауки	***57875***	***1159,7***	***59,2***
4	фармакология и фармацевтика	***49269***	***952,2***	***58,4***
5	клиническая неврология	***46754***	680,0	43,6
6	иммунология	***39656***	***1319,5***	54,4
7	кардиологические и кардиоваскулярные системы	***39042***	***953,5***	40,0
8	Медицина труда и промышленная экология	***34865***	***1404,0***	52,4
9	исследования и эксперименты в медицине	***31939***	***1474,4***	50,6
10	радиология, ядерная медицина и медицинская визуализация	***30407***	321,7	51,4
11	гастроэнтерология и гепатология	26337	513,2	40,2
12	гематология	26090	524,2	40,0
13	эндокринология и метаболизм	24786	–54,2	54,0
14	педиатрия	24311	700,7	48,4
15	акушерство и гинекология	22084	848,5	43,4
16	урология и нефрология	21955	772,3	41,2
17	инфекционные заболевания	19522	794,8	***64,4***
18	заболевания периферических сосудов	18679	–452,8	40,0
19	патологическая анатомия	17595	***888,1***	38,0
20	организация здравоохранения	17360	***951,9***	43,6
21	дыхательная система	16976	694,4	44,8
22	общая терапия	16873	277,7	33,6
23	трансплантология	16340	753,4	33,8
24	дерматология	15921	669,9	37,6
25	биоинжиниринг	15193	545,3	52,0
26	ортопедия	14919	730,0	***58,4***
27	психология	14001	285,2	***65,0***
28	спортивная медицина	13477	443,7	47,2
29	питание и диетология	12590	318,7	***62,6***
30	офтальмология	12232	–138,9	58,4
31	ревматология	11848	309,6	42,4
32	стоматология, челюстно-лицевая хирургия	11143	493,8	57,6

Таблица 2, окончание

	Область исследований	Объем публикационного потока, проиндексированного в WoS CC, 2014 г.	Среднегодовое изменение объемов глобального публикационного потока, 2004–2014 гг.	Среднегодовой процент процитированных публикаций, 2010–2014 гг.
33	реабилитация	10827	453,3	53,0
34	реаниматология	10734	337,0	39,2
35	репродуктивная биология	8533	155,4	41,0
36	биоматериалы	8498	566,8	***72,2***
37	гериатрия и геронтология	7917	88,5	52,2
38	анестезиология	7289	113,3	51,4
39	оториноларингология	6564	221,7	57,8
40	аллергология	6292	384,9	35,8
41	экстренная медицинская помощь	4845	208,9	46,0
42	технологии для медицинских лабораторий	4088	–0,2	51,6
43	интеграционная и комплементарная медицина	3837	273,4	***64,2***
44	тропическая медицина	3785	204,6	55,8
45	медицинская информатика	3751	171,2	52,6
46	нейровизуализация	2969	57,1	***78,4***
47	судебная медицина	2297	73,7	***60,0***
48	андрология	615	7,1	52,2

Источник: InCites, данные на 19.05.2015 г.

сированных в WoS CC в 2014 г., и рекомендуемое нами квотирование российских журналов по предметным областям для гармонизации дисциплинарного репертуара российской коллекции журналов с предметной структурой мировой науки.

На ***втором этапе отбора***, согласно нашей методологии, предлагается в рамках каждой из 22 предметных областей провести квотирование числа журналов в соответствии с объемами публикационных потоков по каждой исследовательской области, выделяемой классификатором Web of Science Categories, с учетом следующих трех критериев:

- объема публикационного потока исследовательской области;
- среднегодового изменения объема публикационного потока, рассчитанного за последние 10 лет (2004–2014 гг.);
- среднегодового процента процитированных в исследовательской области публикаций.

По каждому из трех критериев предлагаем выбрать топ-10 исследовательских областей, которые являются наиболее продуктивными, динамично развивающимися и цитируемыми. Как нам представляется, каждая из таких дисциплин должна быть представлена в RSCI не менее чем пятью журналами. Для исследовательских областей, не вошедших в топовые позиции по трем критериям, предполагается выделение по одному журналу.

Покажем, как, согласно предлагаемому нами алгоритму, может выглядеть распределение 243 журналов, составляющих квоту клинической медицины. В *табл. 2* сведены показатели объемов (за 2014 г.), динамики публикационного потока (за 2004–2014 гг.) и среднегодового процента процитированных

публикаций (за 2010–2014 гг.) в WoS CC по отдельным областям клинической медицины.

В топ-10 по объемам публикационного потока по итогам 2014 г. вошли онкология, хирургия, нейронауки, фармакология и фармацевтика, клиническая неврология, иммунология, кардиология, медицина труда и промышленная экология, экспериментальная медицина, радиология и ядерная медицина.

В топ-10 по положительной динамике увеличения публикационных потоков, кроме выше перечисленных исследовательских отраслей, вошли патоанатомия и организация здравоохранения (последнее направление в российском профессиональном сообществе ошибочно не рассматривается в качестве трендового и динамично развивающегося).

В топ-10 исследовательских областей, публикации в которых лучше всего цитируются, вошли нейронауки, фармакология и фармацевтика, инфекционные заболевания, ортопедия, биоматериалы, питание и диетология, психология, судебная медицина, интеграционная и комплементарная медицина.

Таким образом, с нашей точки зрения, по 5 журналов следует выделить на 16 исследовательских областей, вошедших во все или в часть вышеприведенных номинаций.

На каждую из оставшихся 32 исследовательских областей предполагается выделить по одному журналу для обеспечения полного тематического охвата российских журналов, входящих в коллекцию в предметной области «клиническая медицина» в RSCI.

Таким образом, мы распределили 122 из 243 журналов, выделенных по квоте на рассматриваемую предметную область, обеспечив полный тематический охват и учет трендов развития (продуктивность, динамичность, цитируемость) отдельных дисциплин, входящих в нее.

Распределение оставшихся журналов (121), то есть практически половины, осуществляют экспертные комиссии, учитывающие всю совокупность аргументов для продвижения лучших российских периодических журналов.

Заключение

Реализация проекта по включению тысячи ведущих российских журналов в национальный индекс по научному цитированию RSCI, несомненно, приблизит отечественных издателей к международным стандартам публикаций. Острая конкуренция, развернувшаяся между российскими научно-периодическими журналами за включение в RSCI демонстрирует готовность российского научного сообщества к участию в международной системе научной коммуникации и повышению уровня включенности отечественных исследователей в процессы трансляции нового знания.

Что касается достижения второй декларируемой цели проекта, а именно, повышения видимости и цитируемости российских журналов в мире, то данные, приведенные в настоящей статье, показывают, что даже журналы, включенные в течение более десяти лет в центральную коллекцию WoS CC, решили эту задачу лишь в незначительной степени.

Из 153 журналов, включенных в WoS CC по состоянию на 2013 г., лишь 16 (10%) имеют двухлетний импакт-фактор не менее единицы, а 90% национальных периодических журналов нельзя отнести к числу влиятельных.

Анализ тематического охвата журнальных категорий по классификатору JCR показывает, что по 40% научных дисциплин, выделяемых WoS, российские периодические издания не представлены ни одним журналом, что ставит представителей различных научных специальностей в неравное положение по достижению индикаторов современной научно-технологической политики, связанных с числом публикаций организаций и научных коллективов, проиндексированных в WoS CC. Сегодня в WoS CC включены 19 журналов по математике, 25 журналов по физике, но ни одного по хирургии, онкологии, ортопедии, тканевой инженерии и многим другим динамично развивающимся областям. Распространенное экспертное мнение, что математика является самой сильной предметной областью отечественной науки, к сожа-

лению, не нашло подтверждения в высоких импакт-факторах отечественных журналов по математике, индексируемых в WoS CC в течение нескольких десятков лет. Лишь 2 из 11 журналов имеют импакт-фактор не меньше единицы: «Russian mathematical surveys» — 1,357, «Russian journal of mathematical physics» — 1,154.

Труднообъяснимым выглядит отсутствие в центральной коллекции журналов WoS CC российских журналов по большинству дисциплин клинической медицины, которая на протяжении десятилетий является лидером по объему публикаций.

Как нам представляется, реализация проекта НЭБ могла бы позволить гармонизировать тематический охват отобранных в «золотую тысячу» изданий с дисциплинарным репертуаром мировой науки.

Предложенный в статье методологический подход к отбору российских журналов для включения в национальный индекс научного цитирования на примере коллекции по клинической медицине основан на квотировании количества журналов в соответствии с двумя параметрами: объемом публикационного потока и динамикой развития отдельных исследовательских областей глобальной науки. Использование предложенного подхода позволит, с нашей точки зрения, более рационально и в более обоснованных закономерностями современного развития мировой научно-технологической сферы пропорциях представить результаты отечественных исследований в международной библиометрической базе данных.

Разумеется, при таком подходе существует риск, что в «золотую тысячу» попадут журналы, пока еще не в полной степени соответствующие стандартам влиятельных международных изданий. Однако есть все основания ожидать, что увеличение потока публикаций в эти журналы позволит осуществлять более строгий их отбор, явится ключевым фактором их повышения культуры и этики рецензирования, повышения процента отклоненных публикаций, что в конечном счете приведет к быстрой эволюции таких периодических изданий.

Литература

1. Thomson Reuters совместно с Научной электронной библиотекой eLIBRARY.RU разместит коллекцию лучших российских научных журналов в составе базы данных RSCI на платформе Web of Science (2014) / http://thomsonreuters.ru/2014/09/thomson_reuters_and_elibrary_cooperation/.

2. *Еременко Г.О.* (2014) Russian Science Citation Index/ Презентация от 14.10 2014. — http://elibrary.ru/projects/blogs/post/2014/10/15/1000_WoS_2.aspx.

3. Thomson Reuters Collaborates with Russia's Scientific Electronic Library eLibrary.RU to Showcase Nation's Leading Research in Web of Science (2014)/ Thomson Reuther. — http://thomsonreuters.com/en/press-releases/2014/thomson-reuters-collaborates-with-russias-scientific-electronic-library-elibrary-ru-to-showcase-nations-leading-research-in-web-of-science.html.

4. Web of Science (2015) Products A–Z. — http://wokinfo.com/products_tools/products/.

5. Science and engineering indicators (2014) / NSF — http://www.nsf.gov/statistics/seind14/.

6. THE (2015) — http://www.timeshighereducation.co.uk/world-university-rankings/

7. Председатель НИСО РАН, академик Анатолий Григорьев: развитие и совершенствование научно-издательской деятельности невозможно без внедрения современных информационно-коммуникационных технологий (2015) / Портал РАН — https://www.ras.ru/news/shownews.aspx?id=d6d2f102-a0e5-4688-877b-edd971e2c37c.

8. *Еременко Г.О.* (2015) Результаты первого этапа отбора журналов для проекта 1000 российских журналов на Web of Science. Презентация — http://thomsonreuters.ru/wp-content/uploads/2015/04/Результаты-первого-этапа-отбора-журналов-для-проекта-1000-российских-журналов-на-Web-of-Science-Геннадий-Еремченко.pdf.
9. *Беляева С.* (2014) На видном месте. В WoS появится около 100 российских научных журналов//Поиск. № 40.
10. Заявление Совета Общества научных работников о проекте регионального индекса российских журналов Russian Science Citation Index на платформе Web of Science//Троицкий вариант. — 2014. — № 166. — С. 16.
11. *Акоев М.А., Маркусова В.А., Москалева О.В., Писляков В.В.* Руководство по наукометрии: индикаторы развития науки и технологии. — Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2014. — 250 с.
12. *Маршакова-Шайкевич И.В.* Россия в мировой науке: библиометрический анализ. — М.: ИФРАН, 2008. — 227 с.
13. *Куракова Н.Г., Зинов В.Г., Цветкова Л.А., Еремченко О.А., Голомысов В.С.* Актуализация приоритетов научно-технологического развития России: проблемы и решения. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2013. — 72 с. — (Научные доклады: образование).
14. *Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Еремченко О.А.* Наукометрические параметры российской экономической науки: общее состояние и оценка диссертационных советов//Вопросы экономики. — 2013. — № 11. — С. 129–147.
15. *Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г., Еремченко О.А.* Соответствие предметной структуры науки России приоритетам ее финансирования//Научно-техническая информация, сер. 1: Научно-техническая информация. — 2013. — № 8. — С. 8–16.
16. *Стародубов В.И., Кузнецов С.Л., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г., Иванов А.В., Еремченко О.А.* Публикационная активность российской медицинской науки в фокусе актуальной научной политики: оценка достижимости целевых показателей//Вестник РАМН. — 2013. — № 3. — С. 8–15.
17. *Еремченко О.А., Алиев В.О.* Сравнительный анализ исследовательских стратегий социальных наук России и мира//Экономика науки. — 2015. — № 1. — С. 48–61.
18. *Цветкова Л.А., Еремченко О.А., Кураков Ф.А.* Оптимизация сети диссертационных советов в России в зеркале дисциплинарной структуры науки мира//Экономика науки. — 2015. — № 1. — С. 15–25.

UDC 12.41
Kurakova N.G., Tsvetkova L.A. ***Possible methodological approaches to reviewing russian clinical medicine journals in order to be published in Russian science citation index on the platform of Web of science***
(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow)

Abstract: There was analysed a methodology for reviewing thousands of leading Russian journals in order to get published in the National Science Citation Index — Russian Science Citation Index in a form of a separate base created on the platform of Web of Science, which is used by coordinators of the project. There was suggested the methodology for reviewing domestic scientific journals in order to be included in the RSCI, which is formed on the basis of establishment of quotas of journals by subject areas in accordance with disciplinary structure of world science, as well as for identifying the most productive and dynamicly developed scientific disciplines in the frames of separately chosen subject area (using an example of clinical medicine).

Keywords: *Russian Science Citation Index, scholarly journals, assessment methodology, Web of Science, «golden thousand» Russian Science Citation Index, clinical medicine.*

Г.П. Дамашкан,
Национальная страховая медицинская компания, г. Кишинев, Республика Молдова,
gdamashcan@hotmail.com

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ БОЛЬНИЦ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

УДК 614.2
Дамашкан Г.П. ***Реформа системы финансирования больниц в Республике Молдова*** *(Национальная страховая медицинская компания, г. Кишинев, Республика Молдова)*

Аннотация. До введения в Молдове обязательного медицинского страхования финансирование системы здравоохранения было основано на минимуме услуг, гарантированных государством, а остальные услуги предоставлялись платно. Это привело к серьезному ухудшению инфраструктуры системы здравоохранения и снижению доступности медицинских услуг. При введении ОМС с целью улучшение создавшейся ситуации был предложен переход на финансирование стационарной помощи «за пролеченный случай по профилю». Было достигнуто значительное увеличение производительности стационаров: повышения уровня госпитализации для застрахованных лиц от 138 до 249‰, увеличения удельного веса использования койки от 75,4 до 87,7% и др. показателей. По мнению 71,2% руководителей больниц, рост производительности явился результатом влияния используемого метода финансирования.
Тем не менее, как показало время, данный метод финансирования имел и свои недостатки. Наиболее важным из них была существенная разница стоимости случаев в рамках профиля. Для решения данной проблемы метод финансирования «за пролеченный случай» был улучшен за счет перехода на диагностически связанные группы (DRG).
С целью определения обоснованности перехода на метод оплаты по DRG были изучены логика группировки случая в рамках этой системы, а также число стоимостных групп, в которые попадали пациенты, и диапазон стоимости пролеченных случаев в пределах профилей районных больниц.
Для оценки влияния метода оплаты по DRG на деятельность больниц было изучено: количество и индекс комплексности пролеченных случаев, количество вмешательств, зарегистрированных как главное хирургическое вмешательство и как дополнительные процедуры, а также ряд других показателей. Введение системы DRG в Республике Молдове привело к увеличению числа пролеченных случаев на 5%, индекса сложности случаев — на 11,9%, также к снижению средней продолжительности госпитализации на 7,4%.

Ключевые слова: *финансирование, стационарная медицинская помощь, диагностически связанная (сопряженная) группа (DRG), Республика Молдова.*

До введения в Молдове обязательного медицинского страхования (ОМС) в 2004 г. финансирование системы здравоохранения было основано на минимуме услуг, гарантированных государством, а остальные услуги предоставлялись платно. Это привело к серьезному ухудшению инфраструктуры системы здравоохранения и снижению доступности медицинских услуг. Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в больничном секторе — уровень госпитализации снизился до 138‰. При введении ОМС с целью улучшение создавшейся ситуации был предложен переход на финансирование стационарной помощи «за пролеченный случай по профилю». Одновременно с его введением радикально была изменена концепция финансирования — больничная помощь стала оплачиваться в строгом соответствии с фактическим объемом предоставленных услуг. Как следствие внедрения данного механизма, всего за два года количество пролеченных случаев увеличилось на 18,7%. Тем не менее, как показало время, данный метод

© Г.П. Дамашкан, 2015 г.

Таблица 1

Динамика объемов финансирования программы ОМС

Год	Объем финансирования (млн. рублей)	
	программы ОМС	стационарной помощи
2004	913,9	545,9
2005	1075,3	613,1
2006	1434,6	775,6
2007	1885,9	982,0
2008	2555,3	1280,2
2009	2973,4	1480,2
2010	3296,9	1673,1
2011	3486,6	1779,9
2012	3777,8	1924,5
2013	3956,0	2007,2
2014	4521,2	2260,0

финансирования имел и свои недостатки. Наиболее важным из них была существенная разница стоимости случаев в рамках того же профиля, что приводило к необъективности среднего тарифа по профилю. В рамках решения данной проблемы метод финансирования «за пролеченный случай» был улучшен за счет перехода на DRG.

Динамика объемов финансирования программы ОМС и ее стационарной составляющей представлена в *таблице 1.*

Объем финансирования программы ОМС за исследуемый период увеличился на 494,7%, а стационарной помощи — на 414,0%.

Материалы и методы

Для определения эффективности финансирования больниц «за пролеченный случай по профилю» были изучены следующие показатели деятельности стационара: уровень госпитализации на 1000 жителей, средняя продолжительность пребывания, больничная летальность, среднее количество дней работы койки в году, удельный вес использования койки и ротация койки. Исследуемый период: 2004–2012 гг. В то же время было проведено исследование мнения менеджеров больниц относительно влияния данного механизма финансирования на деятельность стационаров. Исследование было проведено путем опроса руководителей 65 медико-санитарных учреждений. Было собрано 59 анкет, процент «неответа» составил 9,2.

С целью определения обоснованности перехода на метод оплаты по DRG в пределах профилей районных больниц было изучено: число стоимостных групп, в которые попадали пациенты, и диапазон стоимости пролеченных случаев.

Для оценки влияния метода оплаты по DRG на деятельность больниц были изучены: количество и индекс комплексности пролеченных случаев, количество вмешательств, зарегистрированных как главное хирургическое вмешательство и как дополнительные процедуры, а также ряд других показателей.

Результаты и обсуждение

За время применения метода финансирования «за пролеченный случай по профилю» значительно увеличилась производительность в рамках стационара. В частности, это произошло за счет: повышения уровня госпитализации для застрахованных лиц от 138 до 249‰, увеличения удельного веса использования койки от 75,4 до 87,7%, повышения ротации койки от 25 до 30%, увеличения среднего числа дней работы койки в году

от 241 до 281 дня. По мнению 71,2% руководителей больниц, рост производительности явился результатом влияния используемого метода финансирования, а 52,5% из них считают, что это зачастую создавалось искусственно и являлось результатом прямой экономической заинтересованности поставщиков услуг.

Способ оплаты «за пролеченный случай по профилю» стимулировал тенденцию к снижению средней продолжительности госпитализации (СПГ). Таким образом, за время использования данного метода в Республике Молдова СПГ сократилась более чем на 11% и составила 9 дней. Этот феномен можно считать положительным, если он не оказывает негативного влияния на качество оказания медицинской помощи.

Наличие недостатков метода финансирования «за пролеченный случай по профилю» и более объективное определение тарифов пролеченных случаев по системе DRG послужили основанием для внедрения этого метода на территории Республики Молдова.

Логика группировки случая в рамках этой системы превосходит логику оплаты «за пролеченный случай по профилю». Первоначально группер применяет набор демографических и клинических фильтров для проверки достоверности данных, используемых для группировки. Данные фильтры используются для проверки всех диагнозов и процедур с точки зрения МКБ-10, а также с учетом возраста и пола пациента. Основной диагноз проверяется на соответствие требованиям, применяемым к подобному типу диагнозов. На втором этапе группер каждый эпизод относит к какой-либо Основной диагностической категории (ОДК). Эти категории основаны на принципе анатомических, функциональных систем или на этиологии, связанной с конкретной медицинской специальностью. На третьем этапе в зависимости от наличия вмешательств, выполняемых в операционной, ОДК делятся на три типа: хирургические, медицинские и другие. На четвертом этапе каждой категории ОДК присваивается смежная-DRG (ADRG), основанная на диагнозе и вмешательстве. Учитывая, что потребление больничных ресурсов может варьировать в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний и осложнений, развившихся в ходе оказания медицинской помощи, следующий шаг группировки случаев (шаг 5) предусматривает различия ADRG по уровню тяжести заболевания, для определения которого используется алгоритм, называемый клинической сложностью пациента. Он предусматривает два понятия: сложность диагноза и сложность случая. На последнем этапе имеет место определение случая к той или иной группе DRG.

В результате изучения числа стоимостных групп, в которые попадали пациенты, и оценки диапазонов стоимости пролеченных случаев были получены результаты, которые представлены в *таблице 2*.

Исходя из полученных данных, число групп и соответственно категорий стоимости значительно больше при механизме оплаты по DRG. Также в рамках этого механизма выше диапазон стоимости пролеченных случаев. Таким образом, разница между самым дешевым и самым дорогим случаем хирургического профиля составляет ~4200% для механизма DRG и только 27% «за пролеченный случай по профилю».

Более высокую эффективность механизма DRG демонстрируют и значительные различия относительных коэффициентов стоимости смежных-DRG, которые в исследуемых группах подтверждены следующими результатами: DRG «B70 Инсульт и другие цереброваскулярные расстройства» — на 1810%, DRG «E74 Интерстициальная болезнь легкого» — на 152,3%, DRG «F65 Периферические сосудистые нарушения» — на 248,5%, DRG «H64 Расстройства желчевыводящих путей» — на 229,4%, а в пределах DRG «P67 Новорожденный с массой при поступлении >2499 г без существенных процедур в операционной» — на 1325%.

Таблица 2

Категории затрат, используемых для оплаты услуг, контрактированных методом оплаты «за пролеченный случай по профилю» и DRG, в больницах районного уровня

Профиль	Количество категорий затрат		Диапазон стоимости ПС		Диапазон стоимости DRG	
	Пролеченный случай (ПС)	DRG	min	max	min	max
Терапия	1	150	2200	2200	483	20 671
Хирургия	3	212	1793	2281	562	23 752
Роды	3	23	1654	3827	452	14 159
Гинекология	1	31	1540	1540	553	14 623
Педиатрия	1	62	2044	2044	254	13 280

Проведенные на данном этапе исследования послужили основанием для внедрения в Молдове системы оплаты больничных услуг по DRG.

Этапы внедрения:

2010 г. — изучение международного опыта, выбор «группера» и разработка документации по внедрению нового механизма. На протяжении этого года были также определены задействованные структуры и распределены обязанности между ними. Произведено обучение персонала больниц по аспектам кодирования заболеваний, исследований и лечебных процедур. Разработано и внедрено компьютерное приложение для сбора клинических данных о пациентах.

2011 г. — 9 больниц в экспериментальном режиме тестировали предложенный механизм. На протяжении года этими учреждениями были предоставлены данные по 175 581 пролеченному случаю из 180 774 выписанных пациентов в данный период, что составило 97,1%. Следует отметить, что из них только 2423 случая были группированы в так называемые ошибочные DRG, что составило 1,38%. Таким образом, качество кодирования данных было оценено как очень высокое, что явилось веским основанием для перехода к следующему этапу.

2012 г. — финансирование по DRG вышеуказанных девяти больниц и сбор данных в остальных больницах.

Начиная с 2013 г., в систему финансирования по DRG внедрены все больницы, за исключением больниц (профилей) с длительной госпитализацией (психиатрия, наркология, туберкулез). Контракты были заключены с 69 больницами, из которых 11 — республиканского уровня, 9 — муниципального; 35 — районного; с 7 ведомственными больницами и с 7 частными больницами. Для предотвращения финансовых рисков переходного периода при заключении контрактов был соблюден принцип нейтрального бюджета, рассчитанного на основе собственного базового тарифа.

На протяжении 2013 года в этих учреждениях было выполнено 575 413 случаев по сравнению с 548 022 случаями, выполненными в 2012 году, когда способ оплаты был за «пролеченный случай по профилю коек» (рост на 5,0%). Средняя длительность госпитализации снизилась с 8,2 до 7,6 дня (7,4%).

Кодификация диагнозов производилась по Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ-10) (4 символа), а медицинских процедур — по австралийской версии Международной классификации болезней МКБ-10-АМ v.7.0 (7 символов). Для группирования больных был использован группер AR-DRG v.6.0. Из-за того, что кодификация диагнозов производилась по МКБ-10 ВОЗ, были использованы таблицы соответствия с МКБ-10-АМ.

Индекс комплексности пролеченных случаев на протяжении первого года после внедрения DRG повысился на 11,9%.

Общее число групп в рамках системы классификации — 698. Количество групп, в которые были классифицированы пациенты, — 656 (для сравнения с периодом экспериментального внедрения 2011 г. — 612; 2012 г. — 651). В 2013 г. в республиканских учреждениях пациенты были распределены в 633 группы, в муниципальных — 552 группы, в районных — 538, в ведомственных — 289, в частных — 151.

На протяжении года было произведено 142 373 вмешательств, зарегистрированных как главное хирургическое вмешательство, и 2 552 098 — зарегистрированных как дополнительные процедуры. Среднее количество операций в месяц составило 11 864 с колебаниями в интервале +9% и −13%, а дополнительных процедур — 212 675 с колебаниями в интервале +20% и −20%. Однозначных тенденций по повышению либо понижению количества произведенных операций и дополнительных процедур на протяжении года не наблюдалось.

При внедрении DRG было взято во внимание, что на начальном этапе могут возникнуть ситуации чрезмерного либо недостаточного финансирования определенных диагностических групп. Так, в первой половине 2013 года ряд больниц сообщил о финансовых потерях, связанных с лечением пациентов, нуждающихся в дорогостоящих расходных материалах (эндопротезирование суставов, интервенционная кардиология, кардиохирургия и др.).

Для решения этой проблемы было предложено введение поправочных коэффициентов относительных стоимостей групп, которые более точно отражали бы компоненту дорогих расходных материалов. Компонента расходных материалов для этих групп была пересчитана, исходя из их фактической стоимости. После применения поправочных коэффициентов было установлено более оптимальное соответствие объемов финансирования реальным затратам медицинских учреждений.

Следующие шаги развития:

а) на короткий период — постепенный переход на единый национальный базовый тариф (к 2017 г.); разработка системы оплаты за однодневные хирургические случаи; разработка схемы оплаты за «нестандартные» случаи (с чрезмерно большой либо малой длительностью госпитализации и др.);

б) на долгосрочный период — пересмотр относительных коэффициентов групп путем учета фактических затрат на предоставленные медицинские услуги.

Выводы

1. Повышение доступности стационарной помощи для населения может быть достигнуто за счет внедрения форм оплаты за пролеченный случай.

2. На начальном этапе введения обязательного медицинского страхования может быть использован способ оплаты «за пролеченный случай по профилю», будучи более простым в применении. По мере накопления опыта необходим переход к более эффективной форме распределения пролеченного случая к стоимостным группам. Основано это на том, что привязывание по профилю допускает большой диапазон стоимости случаев в рамках того же профиля и соответственно порождает необъективность среднего тарифа.

3. С точки зрения отображения расходов эпизода госпитализации механизм привязывания пролеченного случая к «группе оплаты» в системе DRG является более эффективным, поскольку предусматривает подтверждение диагнозов и процедур (операций), учитывает наличие сопутствующих заболеваний и осложнений, которые развились в период оказания медицинской помощи.

4. Введение системы DRG в Республике Молдове привело к увеличению числа пролеченных случаев на 5%, индекса сложности случаев — на 11,9%, также к снижению средней продолжительности госпитализации на 7,4%.

Литература

1. *Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M.* Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. — Maidenhead: Open University Press, 2011. — 459 p.

2. *Cylus J., Irwin R.* The challenges of hospital payment systems//EuroObserver. — 2010. — № 12. — P. 1–12.

3. *Koppel A., Kahur K., Habicht J., Saar P., Habicht T., van Ginneken E.* Health systems in transition: Estonia — health system review. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. — 229 p.

4. *Kutzin J., Cashin C., Jakab M.* Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. — Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010. — 425 p.

5. *Mathauer I., Wittenbecher F.* DRG-based payment systems in low- and middle-income countries: implementation experiences and challenges. — Geneva: World Health Organization, 2012. — 52 p.

UDC 614.2

Damashkin G.P. ***Reform of financing system of hospitals in the Republic of Moldova*** *(National medical insurance company, Kishinev, Republic of Moldova)*

Abstract. Until the implementation of the MHI health system in the Republic of Moldova, the health system was financed under a guaranteed minimum by the state, the rest of services being provided for paying services. This led to a serious degradation of the health system infrastructure and to a significant reduction of the access to health services. The situation was particularly unsatisfactory in the hospital sector. To redress the situation, with the MHI implementation, for financing the hospital care was proposed switching to the mechanism of payment «treated case by profile». Following the implementation of this mechanism has been increased significantly the productivity of hospital institutions manifested by increased levels of hospitalization for insured persons from 138 to 249%, the increase of share of using bed from 75,4 to 87,7 % etc. In 71,2 % of the leaders opinion of hospitals, the increase of hospital productivity was the result of the influence of used payment method. However, the mentioned method of payment has a number of drawbacks, the most important being that it had admitted a large disparity between costs within profile cases. To solve this problem, the method of funding per treated case was improved by switching to DRG.

The rationale of switching to this method was made by comparing the logic assignment of cases to the group, but also by comparing the number of groups and cost differentials profiles encountered in contracted hospitals at the district level.

To estimate the impact of the use of DRG on hospital activity were investigated: the number and provided complexity index cases, the number of operations and procedures carried out and a number of other indicators. Implementation of the DRG in Moldova has resulted in an increase in the number of cases rendered by 5%, the index of complexity of the case with 11,9%. Also, the average length of stay decreased by 7,4%.

Keywords: *health services, payment treated case by profile, DRG, Republic of Moldova.*

Федеральная антимонопольная службы (ФАС) 12 февраля 2015 г. назвала проверки качества медицинской помощи незаконными *(http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_40229.html): «Страховые компании, работающие в системе ОМС, и Росздравнадзор проводят экспертизу качества медицинской помощи незаконно. Такой вывод сделала ФАС по результатам проверки системы государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.*

В рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) экспертизу вправе проводить только страховые медицинские организации (СМО) и фонды обязательного медицинского страхования в соответствии с законом об ОМС. А поскольку экспертиза качества медицинской помощи относится к работам (услугам), составляющим медицинскую деятельность, она подлежит лицензированию. Но ни СМО, ни фонды ОМС не имеют соответствующих лицензий на медицинскую деятельность, а также не требуют наличия таких лицензий у экспертов, привлекаемых к проведению экспертизы качества медицинской помощи. Следовательно, делает вывод ФАС, экспертиза, которую они проводят, незаконна.

... Но законодательных понятий «медицинская помощь надлежащего качества» и «дефект медицинской помощи», характеризующих качество медицинской помощи, не существует. А порядки и стандарты медицинской помощи не являются инструментом контроля качества медицинской помощи, поскольку критерии — это своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и достигнутый положительный результат».

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

ЭКСПЕРТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ КАК ВАРИАНТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТРАХОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ

Лицензирование — это общественный инструмент защиты граждан (их тел, прав, интересов, имущества и т.д.) от опасностей современной жизни.

В соответствии с нормой статьи 64 Закона РФ № 323-ФЗ «Экспертиза качества медицинской помощи»:

«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.

3. Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании».

Статьей 40 Закона РФ № 326-ФЗ, то есть законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, определены следующие экспертизы в системе ОМС:

«4. Медико-экономическая экспертиза — установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

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

Приказом Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 утвержден Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, которым детализированы выше приведенные определения экспертиз, проводимых в системе ОМС:

«11. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с частью 4 статьи 40 Федерального закона — установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.

20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

21. Экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике.

80. Основными функциями специалиста-эксперта являются:

а) выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи;

82. Основной задачей эксперта качества медицинской помощи является проведение экспертизы качества медицинской помощи с целью выявления дефектов медицинской помощи, включая оценку правильности выбора медицинской организации, степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей выявленных дефектов медицинской помощи, оформление экспертного заключения и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи в обязательном медицинском страховании».

Таким образом, законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании установлено, что экспертизы, проводимые в системе ОМС, имеют следующие особые характеристики:

1) проводятся экспертами в стенах проверяемых медицинских организаций, за столом

и на стуле, предоставленном проверяемой медицинской организацией, то есть в условиях, никоим образом не подлежащих лицензированию экспертной деятельности СМО;

2) предметом экспертного анализа является медицинская документация и учетно-отчетная документация проверяемой медицинской организации, то есть не принадлежащей СМО или ТФОМС;

3) оформляются ручкой на писчей бумаге, которые приобретены легально и соответствуют предъявляемым к ним требованиям;

4) безопасны для имущества (кошелька) гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, так как является бесплатной для него;

5) безопасны для анатомии и физиологии гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, так как не является медицинским вмешательством и не обладает его признаками, изложенными в определении — пункте 5 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: *«5) медицинское вмешательство — выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности»;*

6) безопасны для анатомии и физиологии гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, так как не является медицинской помощью и не обладает ее признаками, изложенными в определении — пункте 3 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: *«3) медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг»;*

7) безопасны для анатомии и физиологии гражданина (заявителя, застрахованного лица), оказанная медицинская помощь которому подвергается экспертному контролю, так как не является медицинской услугой, не обладает ее признаками, изложенными в определении — пункте 3 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: *«4) медицинская услуга — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение»;*

8) не затрагивают права и законные интересы пациента гражданина, изложенные в п. 5 статьи 19 «Право на медицинскую помощь»: *«5. Пациент имеет право на:*

1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

3) получение консультаций врачей-специалистов;

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;

7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

8) отказ от медицинского вмешательства;

9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;

10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;

11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации».

9) не затрагивает права гражданина и пациента на качество медицинской помощи, так как не затрагивает его признаки, изложенные в определении — пункте 21 статьи 2 Закона № 323-ФЗ: *«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»;*

10) требования к эксперту, осуществляющему экспертную деятельность (экспертизу) в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании четко установлены Законом РФ № 326-ФЗ:

«5. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

7. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Экспертом качества медицинской помощи является врач-специалист, имеющий высшее образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. Федеральный фонд, территориальный фонд, страховая медицинская организация для организации и проведения экспертизы качества медицинской помощи поручают проведение указанной экспертизы эксперту качества медицинской помощи из числа экспертов качества медицинской помощи, включенных в территориальные реестры экспертов качества медицинской помощи»;

11) эксперты качества медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к ним Законом РФ № 326-ФЗ, включенные ТФОМС в реестр экспертов субъекта РФ, не являются штатными сотрудниками СМО, следовательно, СМО не вправе вмешиваться в их профессиональную экспертную деятельность, которая подлежит оценке исключительно ТФОМС с правом исключения из реестра, тем самым практическая деятельность экспертов не может быть обусловлена наличием или отсутствием лицензии у СМО;

12) эксперты качества медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к ним Законом РФ № 326-ФЗ, включенные ТФОМС в реестр экспертов субъекта РФ, не являются штатными сотрудниками СМО, следовательно, не вступают в физический контакт с застрахованными лицами (заявителями), тем самым безопасны для граждан в процессе изучения медицинской документации и оформления экспертного заключения (акта экспертизы).

Таким образом, экспертная деятельность СМО и ТФОМС в системе ОМС, проводимая в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, абсолютно безопасна для гражданина и соответственно не требует лицензирования.

Федеральная служба России в своем составе имеет большой штат юристов, обязанных иметь представление о правоприменительной практике судов и прежде всего по вопросам лицензирования и экспертной

деятельности. Исходя из данного обстоятельства, Федеральной службе должно быть известно, что аналогом экспертной деятельности в системе ОМС является экспертная судебно-медицинская деятельность, которая включает следующий вид экспертиз: судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел, которая Приказом Минздрава России от 26 июля 2002 г. № 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности» была отнесена к работам и услугам, подлежащим лицензированию. Однако Решением Верховного Суда РФ от 23 июня 2004 г. № ГКПИ2004-738 был признан недействующим со дня вступления решения суда в законную силу пункт 06.020.3 «Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел» раздела 06 «Прочие работы и услуги» Номенклатуры работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июля 2002 г. № 238, в редакции от 22 октября 2003 г. № 502. Решение Верховного Суда РФ в части удовлетворения заявления в отношении пункта 06.020.3 «Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел» раздела 06 в кассационном порядке не обжаловано. ***Как пояснили Верховному Суду РФ представители Минздрава РФ, пункт 06.020.3 «Судебно-медицинская экспертиза по материалам уголовных и гражданских дел» не может в принципе создавать угрозу для жизни и здоровья людей, поскольку не является собственно медицинским вмешательством, в связи с чем не подлежит лицензированию*** (Определение Кассационной коллегии Верховного Суда Российской Федерации от 16 сентября 2004 г. № КАС04-451).

В соответствии с требованием статьи 14 Закона № 326-ФЗ «Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования»: *«1. Страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее — страховая медицинская организация), — страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций определяются Правительством Российской Федерации. Страховая медицинская организация осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с настоящим Федеральным законом и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией (далее — договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования)».*

Правительство Российской Федерации в Постановлении от 31 декабря 2010 г. № 1227 «Об особенностях лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 29.08.2011 № 717, от 26.08.2013 № 739) установило такие особенности: при осуществлении функций по контролю и надзору за деятельностью страховых медицинских организаций-участников обязательного медицинского страхования орган страхового надзора взаимодействует с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

В статье 38 Закона № 326-ФЗ установлены следующие обязанности страховой медицинской организации: *«10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской*

помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля».

Если к обязанностям СМО Законом отнесена экспертная деятельность в системе ОМС, то и лицензия, выданная СМО Центробанком России на предмет осуществления ОМС, включает и выше означенную экспертную деятельность СМО в системе ОМС.

Сущность лицензирования деятельности СМО по ОМС заключается в профилактике возможного нанесения вреда жизни и здоровью и имуществу застрахованных лиц со стороны СМО отказом от выполнения обязательство по финансированию и оплате медицинской помощи: если СМО откажется от обязанности оплаты медицинской помощи, то это чревато, с одной стороны, несвоевременным получением медицинской помощи застрахованным лицом, с другой стороны, может потребовать от пациента самостоятельной оплаты медицинской помощи.

Экспертная деятельность СМО в системе ОМС не угрожает финансированию медицинских организаций, так как не может отменить оплату медицинской помощи в полном объеме. При этом СМО не вправе оплачивать медицинскую помощь ненадлежащего качества, имеющую дефекты и недостатки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей» и Приказом ФФОМС от 01.12.10 № 230. И в этом может заключаться некая аппроксимация или включение в лицензию на осуществление ОМС и экспертной деятельности СМО как составляющая осуществления СМО: оказание медицинской помощи по страховому случаю в системе ОМС не может быть оплачено, если имеются дефекты в оказании медицинской помощи, так как расходы на ненадлежащую медицинскую помощь являются нецелевыми расходами в системе ОМС. Единственным инструментом, позволяющим исключить оплату медицинской помощи ненадлежащего качества по страховому случаю из целевых средств, является экспертная деятельность СМО, по данному признаку экспертная деятельность СМО включается в лицензию на осуществление ОМС.

Статьей 3 Закона РФ № 326-ФЗ введены в юридическую силу следующие основные понятия:

«4) страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;

5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее — страховое обеспечение) — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации».

Ключевым в определении страхового покрытия является словосочетание «необходимой медицинской помощи». Необходимая медицинская помощь в контексте данного определения — эта эффективная медицинская помощь надлежащего качества, то есть помощь, оказание которой способствует излечению или существенному улучшению состояния пациента, правильная и своевременная помощь. Иное альтернативное толкование — это «любая» помощь, которая может быть и несвоевременной, ошибочной, причиняющей новые заболевания и травмы и т.д.

Таким образом, осуществление ОМС — это в том числе экспертная деятельность СМО на предмет выявления неподлежащих оплате страховых случаев по признаку выявления ненадлежащего качества оказанной по страховому случаю медицинской помощи.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в Письме от 24 января 2008 г. № 282/30-4/и «О лицензировании СМО» в связи с поступившими запросами страховых медицинских организаций в целях информационного обеспечения довел до сведения разъяснения Минздравсоцразвития России от 15.01.2008 № 30401/МЗ-14 по

вопросу лицензирования СМО при проведении экспертизы качества медицинской помощи. При этом страховая медицинская организация не осуществляет непосредственно медицинскую деятельность по определенным видам работ (услуг), а только осуществляет контроль качества медицинской помощи, оказанной соответствующими медицинскими учреждениями. Таким образом, Положение о лицензировании медицинской деятельности не распространяется на страховые медицинские организации, которые в силу специфики их правового статуса, определенного федеральным законодательством, осуществляют контроль качества медицинской помощи без лицензии на медицинскую деятельность.

В Письме Федерального фонда ОМС от 01.04.15 № 1465/30-5 «О лицензировании деятельности СМО» по результатам проверки ФАС России в части лицензирования деятельности страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования указано следующее. Позиция ФОМС, подтверждающая, что действующим законодательством не установлено требований к страховым медицинским организациям и привлекаемым ими для проведения экспертизы экспертам качества медицинской помощи, по лицензированию деятельности при осуществлении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, ранее направлялась в Министерство здравоохранения Российской Федерации письмами от 31.10.2014 № 5638/30-4 и от 16.01.2015 № 6596/30-5. Федеральным фондом обязательного медицинского страхования полностью поддерживаются аргументы об отличии экспертизы качества медицинской помощи при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой в рамках медицинской деятельности.

Таким образом, осуществление ОМС — это в том числе экспертная деятельность СМО на предмет выявления неподлежащих оплате страховых случаев по признаку выявления ненадлежащего качества оказанной по страховому случаю медицинской помощи.

Отсюда следует, что экспертная деятельность СМО — это вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию, то есть исполнения обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи надлежащего качества при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

СВЫШЕ 2 МЛН. ОБРАЩЕНИЙ ПОСТУПИЛО В МГФОМС И СТРАХОВЫЕ МЕДОРГАНИЗАЦИИ В 2014 ГОДУ

Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС) и страховые медицинские организации в 2014 году получили свыше 2 млн. обращений граждан. 8977 жалоб от застрахованных были признаны обоснованными.

В течение 2014 года страховыми медицинскими организациями было проведено 2 029 756 медико-экономических экспертиз (МЭЭ), рассмотрено 2 575 898 страховых случаев, всего выявлено 4 563 844 нарушения. Чаще всего выявляется несоответствие данных первичной медицинской документации данным счетов, нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов и нарушения при оказании медицинской помощи.

По результатам экспертных мероприятий был признан дефектным и не подлежащим к оплате 51 случай оказания медицинской помощи на общую сумму 1 065 386 рублей.

Источник: официальный сайт МГФОМС

ДИАГНОЗ «РАССТРОЙСТВО АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА» ПОСТАВЛЕН КАЖДОМУ 68-МУ РЕБЕНКУ

В Москве в конце мая 2015 года прошла Международная научно-практическая конференция «Аутизм. Вызовы и решения». Исследователи и медицинские работники из США, Великобритании, Египта, России и других стран поделились друг с другом и с участниками мероприятия новейшими достижениями в области решения глобальной медицинской проблемы, рассказали о статистике и различных методиках лечения расстройств аутистического спектра.

На открытии конференции выступили профессор Полетаев Александр Борисович из Медицинского исследовательского центра «Иммункулус», профессор Стивен Эдельсон (Stephen Edelson) из Института исследований проблем аутизма в США, профессор Пол Шатток (Paul Shattock), директор программы «Образование и услуги для людей с аутизмом», а также Екатерина Мень, директор АНО «Центр проблем аутизма».

Профессор Стивен Эдельсон (Stephen Edelson) из Института исследований проблем аутизма в США в своем докладе привел страшную статистику регистрации случаев аутизма, подчеркнув, что речь идет о консервативной статистике. В 70-е годы прошлого столетия диагноз «аутизм» ставился одному из 5 тысяч рожденных детей, в 90-е годы — уже одному из 2 тыс. детей, в 2010 г. — уже одному из 155, в 2012 г. — одному из 88, в 2014 г. — одному из 68! В Республике Корея, где фиксируется самая высокая заболеваемость аутизмом, этот показатель уже в 2010 г. составлял один на 38 детей в возрасте от 7 до 12 лет. Эти данные были приведены в статье, опубликованной в 2011 в журнале American Journal of Psychiatry (Volume 168, Issue 9, September 2011, pp. 904–912).

В январе 2015 г. исследователь Массачусетского технологического института Стефани Сенеф (Stephanie Seneff) опубликовал прогноз, согласно которому, если не произойдет прорыва в понимании причин возникновения и предупреждении расстройств аутистического спектра (РАС), к 2025 году каждый второй рожденный ребенок будет аутистом (Autism Rates To Increase By

2025? Glyphosate Herbicide May Be Responsible For Future Half Of Children With Autism Jan 5, 2015).

В среде ученых до сих пор ведется дискуссия: действительно ли выросло число случаев заболеваемости аутизмом, или же просто медики стали лучше диагностировать заболевание, а ученые теперь больше осведомлены о статистике постановки диагноза РАС. Профессор Эдельсон, который около тридцати лет занимается исследованием аутизма, полагает, что имеют место оба фактора — и осведомленность, и рост числа диагнозов.

Исследованиями аутизма ученые мира занимаются 75 лет, однако существенного продвижения в понимании механизмов заболевания до сих пор нет. Сегодня известно только, что лишь в 18% случаев РАС имеют место какие-то генные мутации, что является причиной возникновения заболевания в 80% случаев неясно.

Обращает на себя внимание тот факт, что среди популяции аутистов на каждых четырех мальчиков приходится одна девочка. Этот факт специалисты объясняют тем, что женский гормон эстроген имеет свойство амортизировать стрессовое воздействие факторов окружающей среды. В первом триместре беременности у женщин начинает увеличиваться концентрация мужского гормона тестостерона, а концентрация эстрогена, наоборот, падает. Именно в этот период у плода формируются клетки головного мозга.

Поэтому одной из гипотез, сформулированной в докладе Dr.Stephanie Seneff, было предположение, что токсины, персистирующие в крови беременной женщины, поражают митохондии клеток головного мозга плода, а эстроген этого воздействия не ослабляет. Таким образом, если понять, в какую именно неделю первого триместра беременности это происходит, и осуществлять детоксикацию, то возможно предупредить аутизм.

Эдельсон в своем докладе также отметил, что если 20 лет назад аутизм воспринимался исключительно как неврологическая проблема и ее исследовали психологи, психиатры и другие специалисты по мозгу, то сегодня стало понятно, что РАС связан и с массой физиологических недугов. К примеру, дети-аутисты часто страдают хронической диареей, кожными заболеваниями (атопическим дерматитом и экземой), подвержены ушным инфекциям и имеют слабую иммунную систему. По статистике около 80% аутистов страдают от различных физиологических заболеваний и при оказании им должной медицинской помощи у многих из них ослабляются симптомы РАС.

По мнению профессора А.Б. Полетаева из Медицинского исследовательского центра «Иммункулус», «аутизм имеет и генетическую составляющую, и влияние окружающей среды. Однако за сотню лет гены могут измениться всего на 1%, а рост заболеваемости вырос в 10 раз всего за 50 лет. На это могли повлиять самые разные факторы, такие как плохое питание, которое влияет на микробиом человека, загрязненный воздух, а также различные виды излучения, которые окружают современного человека».

Современная медицина создала способы ранней диагностики аутизма. Группа ученых из Калифорнийского университета в Сан-Диего разработала методику внутриутробной диагностики РАС, а ученые из Центра изучения аутизма имени Маркуса научились выявлять аутизм у двухмесячных детей.

Профессор Нагва Абдельмегид Мохамед (Nagwa Abdelmeguid Mohamed) из Египетского национального исследовательского центра выступила с докладом «Нутрициологическое вмешательство для детей с РАС». Спикером отмечено, что зачастую у детей-аутистов встречается непереносимость глютена, и исключение содержащих глютен продуктов из рациона питания может привести к смягчению симптомов. Однако, к сожа-

Если не произойдет прорыва в понимании причин возникновения и предупреждении расстройств аутистического спектра, к 2025 году каждый второй рожденный ребенок будет аутистом

лению, безглютеновые продукты стоят дороже обычных, а в некоторых странах и вовсе недоступны. К примеру, для кормления российских аутистов с непереносимостью глютена продукты закупаются в Эстонии.

Основатель компании Advanced Brain Technologies Алекс Домэн (Alex Doman) прочитал лекцию на тему «Музыка и мозг: применение аудиостимуляционной программы для детей с аутизмом». Согласно последним исследованиям, подтвержденным экспериментально, дети-аутисты воспринимают общество людей как множество колонок с музыкой разных жанров: пытаясь сосредоточиться на одной аудиальной информации, мозг ребенка воспринимает избыток шумов, что вызывает сильный стресс.

Профессор Домэн привел сравнение, которое помогает осознать, как ребенок с аутизмом реагирует на различного рода аудиальную информацию. Когда здоровый человек слышит впервые стук в дверь, он пугается и не знает, как на него реагировать. По мере взросления он учится реагировать на этот звук в соответствии с социальными нормами: нужно встать, подойти к двери, посмотреть в дверной глазок и, если стучится кто-то знакомый, открыть дверь и пригласить гостя к себе домой. Аутист не способен запомнить столь комплексные шаблоны социального поведения и каждый раз реагирует на привычный звук как будто слышит его впервые.

Что же касается восприятия информации, то люди с РАС имеют лишь один из трех каналов: или визуальный, или аудиоканал, или тактильный. Использование всех трех каналов наблюдается крайне редко, чаще всего развит визуальный канал. Большой проблемой обработки воспринятой информации является невозможность выполнить обобщение. Профессор Эдельсон рассказал, ребенок с диагнозом РАС рисует пингвина, ласточку, голубя и курицу, но не может нарисовать образ птицы как пернатого с крыльями и двумя лапками.

В целом предлагаемые участниками конференции подходы к лечению РАС было сложно квалифицировать как РЕШЕНИЕ проблемы роста заболеваемости. Более оправданной в названии конференции выглядела формулировка ВЫЗОВ. Стало ясно, что возникли два страшных недуга, поражающих мозг человека эмбриональной стадии развития (РАС) и мозг человека, старше 60 лет (болезнь Альцгеймера). Оба недуга являются фактором десоциализации именно той части работоспособного населения планеты, которая и должна вынести бремя огромных материальных затрат на поддержание больных детей и стариков.

По оценкам ВОЗ, к 2050 г. мировое население в возрасте 60 лет составит 2 млрд. человек. Несомненный отрицательный эффект быстрого старения населения планеты — увеличение числа людей с деменцией. Уже в 2011 г. их число составляло 35,6 млн., и ожидается, что оно будет удваиваться каждые 20 лет — до 65,7 млн. в 2030 г. и до 115,4 млн. в 2050 г.

В 2012 году расчетные годовые затраты на деменцию составляют 328 645 долл. США для стран с высоким уровнем дохода, а в целом по миру 604 млрд. долл. США. Если эти затраты представить в виде экономики отдельной страны, она заняла бы 21-ю позицию в мире, разместившись между Польшей и Саудовской Аравией.

И к этому огромному финансовому бремени нужно добавить затраты на поддержание и социализацию больных с диагнозом РАС. Очевидно, что это грозный ВЫЗОВ ученым, экономистам и социологам, на который, пока, похоже, ответа нет.

Н. Куракова

От редакции:

Введение эффективного контракта предполагает переосмысление многих догм, формирование нового мышления. Но эффективный контракт затрагивает целый ряд проблем: правовых, методических, организационных, финансовых и т.д., сопровождается политическими акциями и «играми» и т.п. Поэтому одновременно появляется и немало новых догм, новых мифов — либо рожденных незнанием сути эффективного контракта, либо специально выдуманных. Их развенчанию как раз и посвящен сегодняшний материал нашей традиционной рубрики. Ее ведет признанный специалист в этой сфере, автор книги «Стимулирующие системы оплаты труда в рамках введения эффективного контракта», вышедшей в нашем издательстве (Издательский дом «Менеджер здравоохранения»).

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

МИФЫ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА

УДК 614:338.26
Кадыров Ф.Н. ***Мифы эффективного контракта*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Введение эффективного контракта далеко перешагнуло за пределы «конкретизированного трудового договора». Оно касается широкого круга вопросов: как повышать заработную плату, за счет каких источников, можно ли снижать заработную плату в рамках эффективного контракта и т.д. и т.п. Соответственно родилось и немало ошибочных мнений, мифов по различным аспектам эффективного контракта. Рассмотрению этих ошибочных позиций (мифов) посвящена данная статья.

Ключевые слова: *эффективный контракт, трудовой договор, оплата труда, выплаты стимулирующего характера, показатели и критерии оценки деятельности работников, коллективный договор, эффективность.*

Тяжелая экономическая ситуация в стране, создающая сложности в изыскании средств для повышения заработной платы, комплексность проблем, связанных с введением эффективного контракта и другие причины привели к тому, что многие положения эффективного контракта либо воспринимаются ошибочно, либо умышленно искажаются в угоду красивой отчетности, пресловутой «галочке» и т.д. Между тем четкое понимание сути, задач эффективного контракта является залогом его успешной реализации. Рассмотрим в связи с этим некоторые «мифы», связанные с введением эффективного контракта.

Миф 1. «Майские» Указы президента принимались с целью повышения оплаты труда

Нет. В Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее — Указ) четко определено: ***«В целях дальнейшего совершенствования государственной социальной политики»***.

© Ф.Н. Кадыров, 2015 г.

Подпункт е) пункта 1 Указа, посвященный повышению заработной платы работникам бюджетной сферы, гласит: ***«в целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики*** принять до 1 декабря 2012 г. программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики, ***обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг»***.

Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (далее — Указ № 598) принимался: ***«В целях дальнейшего совершенствования государственной социальной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни»***.

Подпункт г) пункта 2 Указа № 598 поручает Правительству Российской Федерации «г) разработать до 1 мая 2013 г. комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ, ***направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров***, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей».

Итак, ***цель принятия «майских» Указов — сохранение и улучшение кадрового потенциала, призванного обеспечить укрепление здоровья населения и т.д.*** А повышение заработной платы — только средство достижения этой цели, причем зарплата должна быть заработана и должна зависеть от результатов труда.

Миф 2. Суть эффективного контракта — повышение заработной платы

К сожалению, нередко не только Указы Президента, но и введение эффективного контракта либо отождествляют с повышением заработной платы, либо в повышении заработной платы видят основной их элемент. Между тем суть эффективного контракта заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи за счет создания более действенных стимулов к труду (достигаемых за счет дифференциации в оплате труда), а также за счет улучшения кадрового обеспечения отрасли.

Как было показано выше, само по себе повышение заработной платы не является ни целью принятия Указа, ни сутью эффективного контракта. В вышеприведенном пункте е) Указа говорится: ***«обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг»***.

Точнее всего суть эффективного контракта отражает название наиболее фундаментального документа, посвященного введению эффективного контракта в рамках Указа Президента, — Распоряжения Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р (далее — Распоряжение № 2190-р) «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» (далее — Программа). ***Именно совершенствование системы оплаты труда для обеспечения стимулирования достижения лучших результатов является сутью эффективного контракта***. Неслучайно эффективный контракт определяется как «трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки». Впервые это опре-

деление появилось как раз в Распоряжении № 2190-р.

Миф 3. Повышение заработной платы работников должно обеспечиваться любой ценой, в том числе и за счет сокращения численности работников

Не секрет, что в большинстве регионов проблему повышения оплаты труда сотрудников при недостатке средств пытаются решать путем сокращения численности работников. Это, действительно, очень эффективный вариант, но прямо противоречащий логике эффективного контракта и закономерно порождающий недовольство медицинских работников. Как уже отмечалось выше, «майские» Указы принимались с целью сохранения кадрового потенциала. Поэтому нельзя повышать зарплату путем сокращения кадров.

Но логика проста: за что строже спрашивают, на то и нацеливаются регионы и сами учреждения. Сейчас строже спрашивают за зарплату, а не за кадровое обеспечение. Итог: риск получить обратное тому, чего хотели достичь!

Действительно, что первично: рост зарплаты или решение кадровых проблем? Конечно же, решение кадровых проблем! Поэтому нельзя допускать перегибы: добиваться повышения заработной платы любой ценой — нужно учитывать конечную цель.

Соответственно возникает риторический вопрос: какой оценки заслуживают действия тех, кто ради повышения заработной платы требует сокращать медицинские кадры, закрывать учреждения, кто полностью искажает основные положения Указов? В свое время это назвали бы «вредительством».

Миф 4. Средства на повышение заработной платы в соответствующих бюджетах предусмотрены (в силу приоритетности Указов Президента), поэтому не о чем беспокоиться

Это не так. Предусмотренных в соответствующих бюджетах средств явно не хватает для реализации Указов Президента.

Финансирование здравоохранения за счет федерального бюджета сократилось в 2015 году по сравнению с 2014 годом примерно на 60 млрд. руб.

Бюджеты субъектов Российской Федерации в условиях кризиса «трещат по швам».

В системе ОМС ситуация выглядит следующим образом. В Пояснительной записке к проекту федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» говорится: «В 2015 году с учетом принятых решений предусматривается увеличение заработной платы медицинских работников на уровень инфляции — на 5,5%, что потребует пересмотра «дорожных карт» по повышению оплаты их труда в целях выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

В 2016 году планируемый рост субвенции составит всего 5,6% к уровню 2015 года, что также не обеспечит необходимый рост заработной платы для реализации «дорожных карт». В связи с этим возникают риски недостижения целевых значений размера средней заработной платы отдельных категорий медицинских работников. В связи с ***отсутствием в бюджете Фонда соответствующих ресурсов*** потребуется изыскание новых источников финансирования для привлечения дополнительных средств в целях решения указанной задачи».

Не трудно догадаться, о каких возможных дополнительных источниках идет речь: о бюджетах субъектов Российской Федерации и о платных медицинских услугах. То есть ответственность по финансовому обеспечению реализации «майских» Указов перекладывают на субъекты Российской Федерации и на сами учреждения (точнее, на граждан, за счет чьих средств и будут оказаны платные услуги).

Итак, реализация «майских» Указов в настоящее время финансово не обеспечена.

Очевидно, финансовые органы не рассматривают «майские» Указы в качестве приоритетных.

Миф 5. Из-за кризиса средств в системе ОМС становится меньше, что и является основной причиной сложностей с повышением заработной платы

Ныне основной источник финансирования здравоохранения — средства обязательного медицинского страхования. А *средств в системе ОМС в 2015 году становится значительно больше* по сравнению не только с 2014 годом (утвержденный бюджет составлял 1240 млрд. руб.), но и с тем, что планировалось на 2015 год при принятии бюджета Федерального фонда ОМС на 2014–2016 годы.

На 2015 год бюджетом предыдущего года планировалось 1452 млрд. руб., а реально на 2015 год было утверждено 1632 млрд. руб. (секвестр уменьшил в дальнейшем эту сумму на относительно небольшую величину — до 1619 млрд. руб.).

Как видим, в любом случае средств в системе ОМС в 2015 году стало значительно больше. Тогда возникает закономерный вопрос: почему Правительство Российской Федерации в вышеуказанной пояснительной записке расписалось в недостатке средств для реализации Указа Президента?

Проблема заключается в том, что бюджет Федерального фонда ОМС в 2015 году обременяют серьезными расходными обязательствами по финансовому обеспечению высокотехнологичной медицинской помощи (на эти цели из бюджета ФФОМС в 2015 году подлежат изъятию в федеральный бюджет 82 млрд. руб.), а также по финансовому обеспечению деятельности федеральных клиник(которые с 2015 года практически полностью перевели в систему ОМС, сэкономив в федеральном бюджете 60 млрд. руб.). При этом часть федеральных клиник передается в ведение субъектов Российской Федерации.

Поэтому основная причина недостатка средств на повышение заработной платы в системе ОМС заключается не в том, что средств в бюджете Федерального фонда ОМС мало, а в том, что на этот бюджет возлагают явно «несвоевременные» дополнительные расходные обязательства.

Миф 6. «Государство нам поможет» (поскольку реализация эффективного контракта — задача общегосударственная, то при недостатке средств на повышение заработной платы их выделят из федерального бюджета)

Совсем не обязательно. Действие «Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной Распоряжения Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р, распространяется лишь на системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений. Программа рекомендуется для государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений. И поскольку соответствующие субъекты Российской Федерации (муниципальные образования) «добровольно» подключаются к этой программе, то обеспечение финансирования повышения заработной платы работникам субъектов Российской Федерации (муниципальных образований) является их расходным обязательством — они должны сами изыскивать на это средства.

Правда, Программа предусматривает, что «Для поддержки мер по обеспечению сбалансированности бюджетов субъектов Российской Федерации на 2013–2015 годы предусмотрено предоставление бюджетам субъектов Российской Федерации дополнительной финансовой помощи в виде дотаций из федерального бюджета ежегодно в размере 100 млрд. рублей».

Но в соответствии с этой же Программой «Принятие решений о возможности предо-

ставления финансовой помощи из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на частичное обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, обусловленных повышением оплаты труда отдельных категорий работников в соответствии с указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761, предусматривается с учетом заключений федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в соответствующей сфере, о выполнении органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления на территории соответствующего субъекта Российской Федерации мероприятий «дорожных карт» по совершенствованию системы оплаты труда и повышению качества услуг в сферах образования, науки, культуры и здравоохранения».

Учитывая, что Программа писалась до событий на Украине, в нынешних сложных финансовых условиях трудно ожидать серьезной помощи из федерального бюджета. Как уже было показано выше, федеральный бюджет всеми возможными способами перекладывает свои обязательства на систему ОМС и на региональные бюджеты.

Миф 7. Треть средств, необходимых для повышения заработной платы по Указу Президента № 597 нужно обеспечить за счет реорганизации самих учреждений

Нет, это явное передергивание положений Указа. В Указе Президента № 597 Правительству Российской Федерации поручено обеспечить: «повышение заработной платы работников бюджетного сектора экономики *с возможным привлечением на эти цели* ***не менее трети средств, получаемых за счет реорганизации неэффективных организаций***».

Итак, в Указе, во-первых, говорится о возможности, а не о требовании. А во-вторых, не треть средств для повышения заработной платы должна быть получена за счет реорганизации, а треть экономии от реорганизации неэффективных организаций (учреждений) должна пойти на повышение зарплаты (если, конечно, эта экономия будет, что далеко не однозначно).

Миф 8. Реорганизация «неэффективных» учреждений путем слияния или присоединения повышает эффективность их деятельности, и поэтому нужно активно этим заниматься с целью поиска дополнительных средств на повышение заработной платы

Это далеко не всегда так. Сама по себе реорганизация не обеспечивает автоматического повышения эффективности деятельности учреждений — могут быть и прямо противоположные результаты (и таких примеров немало): экономические потери, снижение управляемости учреждения и т.д.

С учетом того, что реорганизация государственных (муниципальных) учреждений часто сопровождается перегибами, конфликтами и т.д., нужна серьезная работа по обоснованию целесообразности реорганизации. Прежде всего потребуется выработка четких критериев понятия «неэффективное учреждение». Причем с обязательным учетом экономических показателей. Как это ни парадоксально, в настоящее время таких критериев в здравоохранении на федеральном уровне нет (в большинстве случаев нет и на региональном уровне). Точнее, имеются только критерии, служащие основой для стимулирования руководителей учреждений, для независимой оценки качества и т.д., но не для принятия управленческих решений о смене руководителя, о реорганизации учреждений и т.д.

Одно из исключений — Санкт-Петербург, где было принято Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 3 июля 2008 г. № 822 «О порядке осуществления контроля

за деятельностью государственных унитарных предприятий Санкт-Петербурга и государственных учреждений Санкт-Петербурга», в подготовке которого автор принимал непосредственное участие. Результаты анализа информации о деятельности учреждений, полученной в результате рассмотрения отчетов учреждений, учитываются исполнительными органами при принятии ими в установленном порядке и в соответствии со своей компетенцией следующих управленческих решений:

— при подготовке предложений о реорганизации учреждения;

— о применении мер ответственности к руководителю учреждения;

— при подготовке предложений о ликвидации учреждения;

— иных управленческих решений.

Среди таких критериев оценки эффективности деятельности учреждений могут, в частности, быть показатели, характеризующие затраты в расчете на единицу услуги; кредиторская задолженность (в соотношении со среднемесячным доходом учреждения; удельный вес просроченной кредиторской задолженности и т.д.) и другие. Но сами по себе критерии еще ничего не значат.

Является ли выявление неэффективных учреждений основанием для их реорганизации? Это далеко не очевидно — следующим этапом должен стать анализ причин неэффективной деятельности учреждений. Если это внутренние причины (некомпетентное управление, необоснованные выплаты, отсутствие у работников стимулов к лучшему труду и т.д.), то нужна не реорганизация, а совершенствование управления учреждением, «укрепление кадрового состава», включающие обучение руководства учреждения, а в ряде случаев и его смену, и т.д.

Если это внешние причины, то опять-таки нужно в них разобраться. Как правило, основной причиной «неэффективной» деятельности учреждений здравоохранения в настоящее время является несовершенство (разновыгодность) тарифов, подушевых нормативов в системе ОМС. В последние годы произошли два важных изменения, увеличивших шансы многих учреждений стать «неэффективными»:

1) переход на одноканальное финансирование;

2) перевод всего здравоохранения, по сути, на два способа оплаты медицинской помощи (по КСГ — в стационарном звене и по подушевому — в амбулаторно-поликлиническом).

Любая из подобных реформ приводит к тому, что часть учреждений выигрывает, а другая проигрывает. Вот вам и без вины виноватые, вот вам и готовые «неэффективные» учреждения!

Поэтому необходимы управленческие решения на уровне субъектов Российской Федерации, направленные на устранение причин, вызывающих неэффективность деятельности учреждений. В одних случаях это может быть корректировка тарифов или подушевых нормативов, недостаточно учитывающих объективные различия в затратах учреждений, в других — выделение средств на модернизацию теплосетей и т.д.

И только если эти меры не помогают (или принципиально не могут помочь) решить проблему, может рассматриваться вариант реорганизации. То есть это крайняя мера. Крайняя, потому что хлопотная и неоднозначная с точки зрения ожидаемого результата.

Реорганизация государственного (муниципального) учреждения может быть осуществлена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения и преобразования.

Безусловно, в ряде случаев реорганизация в форме слияния или присоединения учреждения (наиболее популярные на практике варианты) может сократить некоторые административные расходы. Однако, к сожалению, не все эти меры обеспечивают реальный положительный эффект.

Нужно в каждом конкретном случае просчитать не только эту экономию (порой

«копеечную», когда главный врач присоединяемого учреждения превращается в руководителя филиала и т.д. с лишь небольшим снижением размеров оплаты труда), но и неизбежные дополнительные расходы: на перерегистрацию, на транспорт, на замену программного обеспечения, вывесок, печатей, штампов и т.д. и т.п. И главное — повысится ли лишь от этого качество управления, эффективность деятельности присоединенного учреждения, повысится ли качество оказываемой медицинской помощи? Насколько это будет реальным источником средств для повышения заработной платы? Не приведет ли процесс простого механического объединения двух или нескольких учреждений здравоохранения скорее к обратным результатам (к неуправляемости и т.д.)? На все подобные вопросы ответы должны быть получены до начала процесса реорганизации.

К сожалению, реорганизация учреждений обычно происходит без четкого экономического обоснования и поэтому нередко дает очень небольшую экономию, при том, что возникают серьезные дополнительные затраты.

Конечно, причинами реорганизации могут быть не только экономические, но и другие причины, например, организационные. Но следует четко понимать, что эффективность — понятие экономическое. И если причинами реорганизации являются не экономические причины, то не нужно их оправдывать понятием «неэффективность деятельности». Однако тогда возникают другие вопросы: есть ли иное, не экономическое обоснование сокращения или реорганизации? Есть ли рассчитанные новые потоки движения пациентов с учетом транспортных путей и т.д.? Стало ли дорогостоящее оборудование (КТ, МРТ и т.д.) работать круглосуточно или просто пациентов переключили на «новый адрес» с теми же очередями и т.д.?

К сожалению, как мы знаем, в вопросах реорганизации информации явно не хватает. Зачастую именно потому, что нет никакого обоснования, есть лишь «политическое решение», есть лишь желание отрапортовать «наверх». Мы все это уже не раз проходили.

Миф 9. Повышать зарплату можно только медицинскому и иному персоналу, прямо упомянутому в Указе и отражаемому в форме «ЗП-здрав»

Нет. Указ Президента начинается так: «*1*. Правительству Российской Федерации:

а) обеспечить: увеличение к 2018 году размера реальной заработной платы в 1,4–1,5 раза».

Эта фраза касается всей социальной сферы. Поэтому предполагается повышение заработной платы всех работников бюджетной сферы. Но конкретные уровни повышения установлены только для части работников. Поэтому рост зарплаты остальных работников будет зависеть от финансовых возможностей регионов и самих учреждений.

Кроме того, введение эффективного контракта приводит к резкому повышению нагрузки на ряд категорий работников (в первую очередь на кадровую службу, бухгалтерию и экономистов). Поэтому зарплата этих категорий работников должна повышаться не в рамках эффективного контракта, а в связи с повышением нагрузки.

Миф 10. Дифференциацию в оплате труда работников здравоохранения нужно сокращать

Подобные фразы звучат довольно часто. Но нужно четко понимать, что имеется в виду. Да, дифференциацию в оплате труда работников здравоохранения различных регионов нужно сокращать. Но в рамках одних и тех же учреждений дифференциация в оплате труда работников, имеющих различные результаты, может и должна увеличиваться. По крайней мере, такую задачу ставит Правительство Российской Федерации при введении эффективного контракта.

Неслучайно в Распоряжении № 2190-р записано: «При этом сохраняется обусловленная различиями в сложности труда диф-

ференциация в оплате труда работников, занимающих различные должности, относящиеся к одной категории». Там же говорится следующее: «Системы оплаты труда работников учреждений должны обеспечивать:

— *дифференциацию оплаты труда* работников, выполняющих работы различной сложности;

— *установление оплаты труда в зависимости от качества* оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ) *и эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям*».

Миф 11. Реализация Указа приведет к уменьшению различий в уровнях оплаты труда работников здравоохранения различных субъектов Российской Федерации

Наоборот, дифференциация в уровнях оплаты только увеличится, что вполне естественно. Так, достижение уровня оплаты труда врачей до 200% от среднего по субъекту Российской Федерации означает, что она вырастет в реальном исчислении на 60% от стартового уровня (среднее значение по стране), а в номинальном (с учетом инфляции) не менее чем в 2 раза. Соответственно в 2 раза (и более) увеличатся различия в оплате труда врачей различных регионов в абсолютном выражении. Если, к примеру, эти различия ранее составляли 10 тыс. руб., то после реализации Указа составят уже 20 тыс. руб.

Это одно из неоднозначных последствий реализации Указа Президента.

Миф 12. Способствовать уменьшению различий в уровнях оплаты труда работников здравоохранения различных субъектов Российской Федерации будет повышение окладов

Различия в уровнях оплаты труда работников здравоохранения различных регионов определяются не величиной окладов, а размером фонда оплаты труда, куда, кроме окладов, входят средства на выплаты компенсационного и стимулирующего характера. Само по себе повышение окладов не прибавляет средств в фонд оплаты труда — действует принцип «тришкиного кафтана»: выше оклады — ниже выплаты компенсационного характера в рамках все того же фонда оплаты труда. Подобный миф противоречит законам математики.

Миф 13. Доля окладов в общем размере заработной платы должна повышаться

По этому поводу есть разные точки зрения. Сошлемся лишь на одну из них. В статье В.В. Путина «Строительство справедливости. Социальная политика для России», опубликованной в «Комсомольской правде» 13 февраля 2012 г., послужившей предпосылкой введения эффективного контракта, говорится: «При этом механическое повышение зарплаты всем и каждому неэффективно. Необходимо гораздо полнее учитывать в зарплате квалификацию и профессиональные достижения работника. Это значит, что *рост базового уровня оплаты должен сочетаться с еще более быстрым увеличением фонда стимулирующих надбавок и доплат*».

Реализация этого предложения означает, что доля окладов в общем размере оплаты труда должна не повышаться, а снижаться.

Конечно, это лишь газетная статья, а не нормативный акт, и каждый для себя решает сам: соглашаться с этой точкой зрения или нет. Но могут ли чиновники игнорировать и оспаривать позицию человека, являющегося ныне Президентом России, — это уже далеко не частный вопрос.

Миф 14. Существует требование — оклад должен составлять 55–60% от общего размера оплаты труда

Такого требования не существует. По этому поводу есть лишь рекомендации.

Например, в Письме Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совер-

шенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников» содержатся рекомендации для субъектов Российской Федерации и муниципальных образований довести долю окладов до 55–60% от общего размера заработной платы.

Во-первых, по статусу это письмо, которое не является нормативным правовым актом и не может содержать обязательных для кого-либо требований. Во-вторых, в самом письме содержатся «*Предложения* по совершенствованию действующих систем оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации». В-третьих, субъекты Российской Федерации и муниципальные образования в соответствии с действующим законодательством имеют полное право самостоятельно устанавливать системы оплаты труда для подведомственных учреждений, в том числе и размеры окладов по профессиональным квалификационным группам.

В соответствии со статьей 144 Трудового кодекса Российской Федерации «системы оплаты труда (в том числе тарифные системы оплаты труда) работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются:

— в федеральных государственных учреждениях — коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

— в государственных учреждениях субъектов Российской Федерации — коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации;

— в муниципальных учреждениях — коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления».

Пункт 39 «Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2015 год» (утверждены Решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 24 декабря 2014 г., протокол № 11) гласит: «Органам государственной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления, руководителям государственных и муниципальных учреждений здравоохранения при формировании систем оплаты труда работников необходимо учитывать следующее:... ***в)*** в целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности работы в медицинских учреждениях ***рекомендуется*** провести работу по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников, направленных на внедрение новых подходов к оплате труда работников, сбалансировав структуру заработной платы работников таким образом, чтобы без учета выплат компенсационного характера за работу в местностях с особыми климатическими условиями ***55–60% заработной платы направлялось на выплаты по окладам***, 30% структуры заработной платы составляли стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, за квалификационную категорию, 10–15% структуры заработной платы — выплаты компенсационного характера в зависимости от условий труда медицинских работников».

Итак, это только рекомендации. Субъекты Российской Федерации, муниципальные образования имеют полное право самостоятельно формировать системы оплаты труда для подведомственных учреждений, опреде-

лять другую структуру расходов, учитывающую региональные особенности. При этом следует иметь в виду, что необоснованное завышение доли окладов может привести к фактической невозможности реализации эффективного контракта — на выплаты, связанные с объемом или качеством оказанных услуг может просто не остаться средств (имея в виду, что к 60% оклада добавляются пропорционально выросшие выплаты компенсационного характера, выплаты за стаж непрерывной работы, за квалификационную категорию и другие, не связанные напрямую с результатами труда).

Миф 15. Все учреждения должны достичь уровня, установленного «дорожными картами»

Это неправомерное требование. Дорожные карты устанавливают усредненный уровень заработной платы. Начальный же (стартовый) уровень заработной платы по учреждениям был различен, что связано как с различиями в специализации учреждений, с различными условиями оказания медицинской помощи и т.д., так и с разным уровнем достигнутых результатов по выполнению государственного (муниципального) задания, объемов помощи в системе ОМС и т.д. Реализация Указов Президента и принятых в связи с ними дорожных карт не предполагает выравнивания заработной платы по всем учреждениям. Это означает, что часть учреждений превысит уровень, предусмотренный дорожными картами, а другая — нет. Расчет берется в среднем. Это не является основанием для наказания тех руководителей, учреждения которых в силу специфики не вышли на средний уровень, предусмотренный дорожными картами.

Миф 16. Все врачи будут получать к 2018 году заработную плату на уровне 200% от среднего по соответствующему субъекту Российской Федерации (а средний и младший персонал — на уровне 100%)

Нередко врачи, действительно, полагают, что все они получат оплату на уровне, предусмотренном Указами Президента. Но это не так. Ни сами Указы Президента, ни иные нормативные документы не обещают этого. Напротив, они декларируют не только наличие возможных различий в оплате, но и необходимость дифференциации в оплате труда.

В Распоряжении № 2190-р говорится: «Достижение показателей, определенных Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761, осуществляется в отношении соответствующей категории работников в целом. При этом ***сохраняется обусловленная различиями в сложности труда дифференциация в оплате труда работников***, занимающих различные должности, относящиеся к одной категории».

То есть, если мы возьмем такую категорию, как врачи, то врачи-хирурги, как правило, будут и далее получать более высокую зарплату, чем врачи других специальностей. Поэтому зарплата врача-хирурга с высоким стажем и квалификацией может к 2018 году оказаться на уровне, например, 250–300% и более от среднего по региону, а у врачей некоторых других специальностей, у начинающих врачей — всего 150–175% от среднего по региону. Но если субъект Российской Федерации в среднем вышел на уровень заработной платы врачей 200% от среднерегиональной, то требования Указов Президента считаются выполненными, хотя зарплата различных врачей может серьезно колебаться. Неслучайно в форме «ЗП-здрав» не ведется учет зарплаты по отдельным специальностям (выделяются лишь руководители учреждений и их заместители).

Но и это еще не все. В вышеуказанном распоряжении говорится также: *«Заработная плата конкретного работника* зависит

от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы ***и может быть*** *как выше, так и* ***ниже целевого значения, установленного Указами Президента*** Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761 для соответствующей категории работников».

То есть кто-то из врачей (кто хорошо работает) получит более высокую зарплату, а кто-то — гораздо ниже, если работал плохо. И в 2 раза выше, чем в среднем по субъекту Российской Федерации, никто плохо работающему врачу платить не обязан. Более того, не имеет права!

Поэтому недопустимы высказывания (кстати, уже прозвучавшие из уст некоторых губернаторов) следующего содержания: «К такому-то году заработная плата ***каждого*** врача будет не ниже такого-то уровня». Не будет и не должна быть. Во-первых, как уже отмечалось, речь идет о заработной плате по соответствующей категории в целом, а не по каждому врачу, медсестре или санитарке. Во-вторых, эту зарплату еще нужно заработать. В Указе Президента четко говорится: ***«обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг»***.

Превратное понимание Указов как необходимости безусловного повышения заработной платы ведет к тому, что работники начинают саботировать — требовать обещанный уровень оплаты, отказываясь от совместительства, дежурств и т.д.

Таким образом, вовсе не все работники получат заработную плату на уровне, предусмотренном Указами Президента.

То есть государство не дает никаких гарантий, никаких обещаний всем работникам. Оно дает им возможность заработать. При этом должна быть обеспечена дифференциация в оплате труда в целях обеспечения ее высоких стимулирующих качеств. И никакой выводиловки, никакой уравниловки!

Миф 17. Указы предусматривают повышение заработной платы работников до установленного уровня (200 либо 100% от среднего по субъекту Российской Федерации) в расчете на 1 ставку, поэтому работая, например, на 1,5 ставки, работник получит заработную плату в размере соответственно 300 и 150% к среднему по субъекту Российской Федерации

Нет. Оценка размера оплаты производится в расчете на 1 физическое лицо (на основании статистических данных о численности работников) с учетом всех возможных выплат. Так, в сумму начисленной заработной платы работников списочного состава по основной работе включаются оплата труда по внутреннему совместительству, выплаты по родовым сертификатам, дополнительная оплата, полученная за расширение зон обслуживания, за оказание платных услуг (в том числе и во внерабочее время) и т.д.

Все это хорошо знают специалисты, имеющие отношение к введению эффективного контракта. Но возникает вопрос: знают ли об этом сами медицинские работники? Не будут ли они предъявлять претензии по поводу того, что их зарплата на ставку не соответствует требованиям Указа. Во избежание конфликтных ситуаций работников нужно проинформировать заблаговременно.

Миф 18. Для повышения зарплаты все методы хороши, включая увеличение совместительства, переработки, совмещение профессий (должностей) и т.д.

Формально — да. Как было показано выше, учитывается доход работника, полученный за любые виды выполняемых работ, за счет всех источников.

Но с точки зрения Указов Президента, с точки зрения сути эффективного контракта, — нет.

Уже отмечалось, что Указ № 597 принимался ***«в целях сохранения кадрового***

потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики».

Возникает закономерный вопрос: насколько привлекательность труда, престижность возрастают при повышении интенсивности труда, увеличении совместительства, переработках и т.д.? Способствует все это сохранению кадрового потенциала или действует в прямо противоположном направлении? Ответы очевидны.

В Счетной палате изучили и ход повышения зарплат медикам: аудиторы считают, что зарплаты врачей растут не за счет роста заработка, а из-за увеличения нагрузки: вместо восьми часов врачи работают по двенадцать и более. Сохраняется и высокий уровень совместительства — почти весь медперсонал, по данным аудиторов, работает на полторы ставки [11].

Миф 19. Недовольство со стороны медицинских работников ходом реформ, введением эффективного контракта характерно прежде всего для регионов, в которых низкая заработная плата

Недовольство проявляют в основном медики тех регионов, где высокая укомплектованность кадрами (где в связи с сокращением приходится увольнять работников, а не только сокращать вакантные ставки) и где высокий уровень зарплаты. То есть в тех регионах, где по логике и здравоохранение должно быть на хорошем уровне. Логичен вопрос: зачем сокращать, зачем ломать то хорошее, что имеется?

Работникам таких регионов есть что терять, есть ради чего выходить на акции протеста. Так, протесты в Москве были вызваны не только самими фактами сокращений, но и во многом высокими потенциальными потерями увольняемых работников (в ближайшей перспективе в рамках «дорожной карты» зарплата должна достичь очень высокого уровня).

Миф 20. При введении эффективного контракта нужно обязательно использовать именно балльную систему начисления выплат стимулирующего характера, предусмотренную Приказом Минздрава № 421

Нет, необязательно. В самом вышеупомянутом 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» (далее — Приказ Минздрава № 421) записано: «Механизмы распределения стимулирующих выплат конкретным работникам могут быть разными, в частности, на основе балльной оценки».

Как видим, это только один из возможных вариантов, на котором Минздрав России вовсе не настаивает. Этот вариант имеет свои достоинства и свои недостатки. В целом ряде случаев балльная система является рациональным вариантом.

Миф 21. Выплаты стимулирующего характера должны отражать интенсивность труда работников

Как правило, нет. Интенсивность труда характеризует ***затраты труда***, а эффективный контракт ориентирует на оплату по ***результатам труда***. Действительно, в соответствии с Распоряжением № 2190-р «эффективный контракт — это трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат ***в зависимости от результатов труда и качества*** оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки».

В этом же распоряжении отмечается: «Во многих случаях показатели и критерии эффективности деятельности работников учреждений недостаточно проработаны, а их применение носит формальный характер. В системах оплаты труда работников учреждений во многих случаях сохранились ранее применявшиеся выплаты стимулирующего характера, имеющие низкую эффективность в современных условиях (например, добросовестное выполнение обязанностей, ***интенсивность труда***, качество труда и др. без указания конкретных измеримых параметров)».

Таким образом, эффективный контракт предполагает переход от аморфных выплат стимулирующего характера типа: «за интенсивность труда» к выплатам за конкретные результаты труда.

Продолжение читайте в следующем номере

Литература

1. *Валова С.* Стимулирующие и премиальные выплаты в бюджетных учреждениях// Бюджетные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2010. — № 9.
2. *Иванов А.В., Буланов В.И.* Эффективный контракт: логика управленческих решений//Здравоохранение. — 2013. — № 10. — С. 56
3. *Кадыров Ф.Н.* Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении в рамках введения эффективного контракта/Под ред. академика РАМН В.И. Стародубова// М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2014. — 360 с.
4. *Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в системе здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 66–77.
5. *Кадыров Ф.Н.* Рекомендации по оформлению трудовых отношений с работниками при введении эффективного контракта//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10.
6. *Кадыров Ф.Н.* Процедура перехода на эффективный контракт//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 11.
7. *Путин В.В.* Строительство справедливости. Социальная политика для России // Комсомольская правда. — 13 февраля 2012 г.
8. *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.
9. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 3. — С. 6–15.
10. Эффективный бюджетник. http://www.vz.ru/economy/2012/7/11/588045.html.
11. http://www.up-zdrav.ru/regional_noe_upravlenie1/minzdrav_i_schetnaya_palata_prodolzhayut_razbor_poletov/.
12. www.fondzdorovie.ru/monitoring/detail_monit.php?ID=570.

UDC 614:338.26
Kadirov F.N. ***Myths around an effective contract*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health Development of the Russian Federation, Moscow, Russia)*
Abstract. Introduction of an effective contract exceeded the framework of a «concrete labor contract». It relates to a wide bredth of questions, such as how to increase salaries, at the cost of which resources, is it possible to cut renumeration within an effective contract and so on and so forth. Consequently, this gave birth to a lot of myths and wrong thinking around different aspects of an effective contract. This article is dedicated to the analysis of these wrong perceptions (myths).
Keywords: effective contract, labor contract, renumeration, incentives.

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

В тарифном соглашении нашей области прописали направления расходования средств — сколько должно идти на зарплату, сколько на медикаменты и т.д., требуя придерживаться этой структуры. Насколько это обоснованно?

Часть 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» определяет, что «требования к структуре и содержанию ... тарифного соглашения устанавливаются Федеральным фондом».

В рамках данных полномочий Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее — ФФОМС) издал Приказ от 18 ноября 2014 г. № 200 «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения». Пункт 13 «Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», утвержденных данным приказом, устанавливал следующее:

«Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в том числе в части базовой программы обязательного медицинского страхования, с указанием долей расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;
2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;
3) приобретение продуктов питания;
4) прочие статьи расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы 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), 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, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу».

Однако ограничение прав государственных (муниципальных) учреждений противоречит законодательным нормам, предоставляющим право бюджетным и автономным учреждениям самостоятельно определять направления использования средств. И уж тем более нет никаких оснований ограничивать направления расходов средств частными медицинскими организациями. Но есть еще один важный момент: ограничения по направлению использования средств не дают возможности государственным (муниципальным) учреждениям повышать зарплату (в рамках «майских» Указов Президента) за счет сокращения других статей расходов. Политически сейчас самая главная статья — это зарплата. Этот фактор нельзя не учитывать.

Но так или иначе в настоящее время оснований для установления направлений расходования средств в системе ОМС нет — Приказ ФФОМС от 14 апреля 2015 г. № 64 «О внесении изменений в требования к структуре и содержанию тарифного соглашения» исключил направления расходования средств из тарифного соглашения. Теперь вышеуказанный пункт 13 «Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» звучит так: «Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации и в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя 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 инструментальных 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, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу».

Таким образом, в тарифном соглашении не должны присутствовать «направления в расходовании средств» — никакие ограничения по использованию средств ОМС (в рамках установленной законом структуры тарифа) ни подобным, ни иными способами недопустимы. Обращаем внимание на то, что в Федеральном законе под структурой тарифа понимается не удельный вес расходов в общей сумме, а перечень расходов.

Службой финансово-экономического контроля края проводится проверка нашего учреждения, в том числе анализ штатной численности: обоснованность расходов на оплату труда. В части введения штатных единиц (по согласованию с министерством здравоохранения края), свыше установленных штатных нормативов, утвержденных Приказом Минздрава РФ от 09.06.2003 № 230, предъявляют в качестве нарушения экономически неэффективное расходование денежных средств, клонят даже и к нецелевому расходованию денежных средств. Обнаруженные нарушения касаются специалистов по закупкам, бухгалтеров и других должностей прочего персонала, хотя часть этих должностей введена за счет деятельности, приносящей доходы (платные мед.услуги). Доводы учреждения: 1) о вводе новых ставок частично за счет деятельности, приносящей доходы; 2) об увеличение нагрузки на специалистов (юрисконсультов, специалистов по закупкам, бухгалтеров) за счет того, что они являются членами контрактной службы (без создания обособленного структурного подразделения), созданной в соответствии и для реализации Закона о контрактной системе № 44-ФЗ, Службой финансово-экономического контроля не принимаются. Правы ли проверяющие?

В первую очередь отметим, что в сфере здравоохранения отсутствуют обязательные для исполнения штатные нормативы — все они (начиная еще с последних лет советской власти) носят рекомендательный характер, включая рекомендуемые штатные нормативы, входящие в порядки оказания медицинской помощи. Право на утверждение штатного расписания принадлежит руководителю учреждения (см. Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 18.01.1996 № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения»).

Сам Приказ Минздрава России от 9 июня 2003 г. № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения», на который ссылаются проверяющие, устанавливает: *«Введение дополнительных должностей сверх действующих штатных нормативов допускается* ***только при наличии должностной инструкции о функциональных обязанностях работника, дополнительно вводимого в штат учреждения, и экономического обоснования целесообразности введения указанной должности****».*

Как видим, введение дополнительных должностей прочего персонала сверх Приказа № 230 допустимо. Требуется лишь соответствующее обоснование.

Вообще в рамках современного статуса бюджетных и автономных учреждений они самостоятельно распоряжаются средствами в соответствии со штатным расписанием и планом финансово-хозяйственной деятельности. Контроль за формированием штатных расписаний федеральными нормативными документами не предусмотрен.

Распоряжение 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» предписывает: ***«Формирование штатной численности учреждений следует проводить с при-***

менением систем нормирования труда». По статусу распоряжение Правительства Российской Федерации выше любых министерских приказов. Поэтому достаточно разработать «Положение о нормировании труда в учреждении» на основе Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. № 504 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях», закрепив в нем, что формирование штатного расписания является частью общей системы нормирования труда в учреждении.

В вопросах формирования штатных расписаний за счет средств ОМС логично опереться на позицию Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее — ФФОМС). В Письме ФФОМС от 6 апреля 2015 г. № 1726/30-4 «О порядке формирования штатных расписаний» (приводится ниже) говорится: «Структура и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи». Как видим, позиция ФФОМС изложена предельно четко. Поэтому ни территориальные фонды ОМС, ни страховые медицинские организации, ни другие контролирующие органы не вправе вмешиваться в вопросы формирования штатных расписаний, осуществлять их контроль и т.д. И уж тем более никакого согласования штатного расписания с территориальным фондом ОМС быть не должно (на чем настаивают территориальные фонды в некоторых регионах).

Что касается штатных должностей, вводимых за счет платных медицинских услуг, то в эти вопросы вообще никто не вправе вмешиваться. Абзац второй п. 3 ст. 298 Гражданского кодекса Российской Федерации устанавливает: «Бюджетное учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующую этим целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах. ***Доходы, полученные от такой деятельности,*** и приобретенное за счет этих доходов имущество ***поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения»***.

Соответственно бюджетное учреждение вправе вводить за счет доходов от приносящей доходы деятельности любые штатные должности в любом количестве.

В связи с этим обращаем внимание на 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». В письме говорится ***о целесообразности учитывать и такой фактор***, как «наличие штатных и занятых должностей, содержащихся за счет приносящей доходы деятельности (платных услуг). Эта деятельность является самоокупаемой, ***и нет необходимости осуществлять контроль за наличием и соотношением должностей, финансируемых за счет платных медицинских услуг и других***

направлений приносящей доходы деятельности... В условиях ограниченности бюджетного финансирования и средств обязательного медицинского страхования это можно рассматривать как ***положительный фактор»***.

Итак, федеральные нормативные акты не предполагают согласования штатного расписания с кем бы то ни было. Это исключительно право самого учреждения. Превышение любых штатных нормативов само по себе не является нарушением.

Нужно ли устанавливать отдельное штатное расписание по ОМС и по приносящей доходы деятельности?

В пункте 35 «Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2015 год» (утверждены Решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 24 декабря 2014 г., протокол № 11) записано: «При применении систем оплаты труда работников учреждений следует обращать внимание на: ... ***в)*** формирование единого штатного расписания в учреждении независимо от того, к каким видам экономической деятельности относятся структурные подразделения учреждения».

В Письме ФФОМС от 6 апреля 2015 г. № 1726/30-4 «О порядке формирования штатных расписаний» говорится: «Отдельного установления штатного расписания в рамках деятельности в сфере обязательного медицинского страхования не предусмотрено и не требуется».

Как видим, составление отдельного штатного расписания по различным источникам финансирования не требуется.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПИСЬМО

от 6 апреля 2015 г. № 1726/30-4

О ПОРЯДКЕ ФОРМИРОВАНИЯ ШТАТНЫХ РАСПИСАНИЙ

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования информирует о порядке формирования штатных расписаний в условиях перехода на одноканальное финансирование исполнения территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с пунктом 7 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) к полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, относится в том числе установление общих требований к структуре и штатному расписанию медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения.

Статьей 37 Федерального закона № 323-ФЗ установлено, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя в том числе рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

Структура и штатная численность устанавливаются руководителем медицинской организации исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы и численности обслуживаемого населения с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.

Согласно пункту 5 Порядка составления штатного расписания учреждениями здравоохранения, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 18.01.1996 № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения», порядок расположения структурных подразделений и должностей в них определяется руководителем учреждения здравоохранения. Примерные формы штатного расписания приведены в приложениях 1–3 к Порядку составления штатного расписания учреждениями здравоохранения, утвержденному Приказом № 16.

Кроме того, в соответствии с пунктом 1 статьи 52 Гражданского кодекса Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ (в редакции от 22.10.2014) юридические лица (к которым относятся в том числе государственные и муниципальные учреждения) действуют на основании уставов, которые утверждаются их учредителями (участниками). Согласно пункту 29 Примерного устава федерального государственного учреждения системы здравоохранения, направленного Письмом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 25.06.1996 № 2510/2926-96-27, руководитель учреждения утверждает структуру, штатное расписание и сметы учреждения здравоохранения и обособленных подразделений учреждения здравоохранения.

Отдельного установления штатного расписания в рамках деятельности в сфере обязательного медицинского страхования не предусмотрено и не требуется.

Врио председателя
И.В. СОКОЛОВА

Здравоохранение-2015

КРИТЕРИИ ОТБОРА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ АПРОБАЦИЕЙ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ

Правительство РФ Постановлением от 9 июля 2015 года № 691 утвердило критерии отбора медицинских организаций, участвующих в оказании медицинской помощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. В пояснении к постановлению говорится, что определены обязательные требования, предъявляемые к учредительным документам, профессиональному и квалификационному уровню сотрудников, степени вовлеченности в научную и профессиональную образовательную деятельность.

Источник: сообщает сайт Правительства РФ

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ГОСДУМА СОГЛАСИЛАСЬ ВНЕДРИТЬ СИСТЕМУ КЛИНИЧЕСКОЙ АПРОБАЦИИ НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Досье на проект федерального закона № 708999-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам организации медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» (внесен 27.01.2015 Правительством РФ)

27 февраля 2015 г. Государственной Думой ФС РФ рассмотрены во втором, третьем чтениях и приняты поправки к Закону об основах охраны здоровья граждан.

Закрепляются положения об оказании медпомощи в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Речь идет о тех, которые разработаны, но ранее не использовались. Цель — подтвердить их эффективность при практическим применении.

Планируется задействовать этический комитет и экспертный совет уполномоченного федерального органа исполнительной власти.

Первый будет выносить заключение об этической обоснованности возможности применения соответствующих методов и согласовывать протокол клинической апробации. Второй — давать разрешения на оказание медпомощи. Будут определяться число пациентов по каждому методу, медорганизации, участвующие в мероприятиях (по итогам специального отбора).

Пациент дает информированное добровольное согласие. За несовершеннолетнего или недееспособного это делает один из родителей или иной законный представитель.

Перечислены категории лиц, которым запрещено оказывать медпомощь в рамках клинической апробации (за исключением отдельных случаев).

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА КАПВЛОЖЕНИЯ В РАМКАХ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НА 2015 Г.

Распоряжение Правительства РФ от 6 апреля 2015 г. № 594-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2015 г. из федерального бюджета в рамках государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» бюджетам субъектов РФ на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной собственности субъектов РФ, которые осуществляются из бюджетов субъектов РФ, или в целях предоставления соответствующих субсидий из бюджетов субъектов РФ местным бюджетам на софинансирование капитальных вложений в объекты муниципальной собственности, которые осуществляются из местных бюджетов»

В рамках федеральной программы «Развитие здравоохранения» регионам предоставляются субсидии на софинансирование капвложений в объекты региональной и муниципальной собственности. Утверждено распределение данных ассигнований на 2015 г.

Общая сумма — 2 075 831 тыс. руб. В распределении участвуют Алтай, Омская и Орловская области, Москва.

СОКРАЩЕН ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ЗАПОЛНЯЕМЫХ В ХОДЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2015 г. № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 апреля 2015 г. Регистрационный № 36 740.

Установлена новая унифицированная форма медицинской документации при проведении диспансеризации взрослого населения. Речь идет о форме № 131/у «Карта учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)».

Это обусловлено обновлением порядка проведения диспансеризации взрослого населения. В частности, были уточнены перечень и объем проводимых исследований.

Приведен порядок заполнения новой учетной формы.

Отменено составление маршрутной карты диспансеризации и паспорта здоровья.

Также обновлена форма статистической отчетности № 131 «Сведения о диспансеризации определенных групп взрослого населения». Приведен порядок ее заполнения. Сроки представления статотчетности не изменились.

НОВЫЕ ФОРМЫ СТАТУЧЕТА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОКАЗАНИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 30 января 2015 г. № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 февраля 2015 г. Регистрационный № 36 120.

Подготовлены новые формы статучета, используемые при организации оказания высокотехнологичной медпомощи. Это форма № 025/у-ВМП «Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи», а также сведения об объемах услуг.

Определен порядок составления этих форм.

Так, талон оформляется с применением специализированной информационной системы. Номер документа формируется автоматически. Приведена его структура. Имеется формируемый автоматически штрих-код. Записи ведутся на русском языке. Дополнительно заполняется заявление о согласии (несогласии) на обработку персональных данных.

Прежние формы признаны утратившими силу.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА: МИНЗДРАВ РОССИИ РЕКОМЕНДУЕТ...

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2014 г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»

Подготовлены методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания.

В частности, указаны способы выявления больных, методы обследования.

Прописаны алгоритмы диагностики в медорганизациях. Закреплены положения о химиотерапии туберкулеза, в том числе при ее применении в хирургии, для детей, для ВИЧ-инфицированных лиц.

ГОСДУМА ПРИНЯЛА ПОПРАВКИ К БЮДЖЕТУ ФФОМС

Досье на проект федерального закона № 744093-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (об уточнении параметров бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год) (внесен 16.03.2015 Правительством РФ)

10 апреля 2015 г. Государственной Думой ФС РФ рассмотрены в третьем чтении и приняты поправки к Закону о бюджете ФФОМС на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.

Предполагается, что общий объем доходов сократится до 1,7 трлн. руб. Уменьшаются и расходы. Также планируется установить бюджетные ассигнования, предусмотренные на предоставление федеральному бюджету дотации на сбалансированность, в размере 116,4 млрд. руб. При этом расходы бюджета Фонда на оказание медпомощи гражданам не сокращены. Меняется порядок выделения указанной дотации.

Предусматриваются средства нормированного страхового запаса в сумме до 11,1 млрд. руб. в том числе на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ ОМС (в связи с изменением валютного курса при приобретении импортных лекарств, медизделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов).

Для возврата по погашению межбюджетной задолженности прошлых лет перечень главных администраторов доходов бюджета ФФОМС будет дополнен кодом 394 1 18 08000 08 0000 180. Это поступления в бюджет Фонда (перечисления из него) по урегулированию расчетов между бюджетами по распределенным доходам.

ОБ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОСПОТРЕБНАДЗОРА

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 14 января 2015 г. № 9 «Об утверждении методики оценки результативности деятельности научных организаций, подведомственных Роспотребнадзору»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 марта 2015 г. Регистрационный № 36 530.

Заново утверждена методика оценки результативности деятельности научных организаций Роспотребнадзора. Речь идет об организациях, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения.

Оценка проводится на основе экспертного анализа, а также сопоставления показателей оценки результативности деятельности.

Она включает 4 направления: результативность и востребованность научных исследований; развитие кадрового потенциала; интеграция в мировое научное пространство, распространение научных знаний и повышение престижа науки; ресурсное обеспечение деятельности научной организации.

Для учета особенностей деятельности организаций при оценке применяется дополнительный перечень показателей результативности, отражающий результаты их работы по научному обеспечению санэпидблагополучия населения и другим основным направлениям деятельности (приводится).

Оценка включает 6 этапов. 4 из них обязательны.

Первый — наукометрическая и экспертная оценка основных результатов деятельности, определение уровня научной специализации.

Второй — анализ динамики результатов деятельности организации в соотношении с динамикой результативности организаций в референтной группе.

Третий — оценка результативности деятельности с учетом минимальных значений, установленных межведомственной комиссией по оценке результативности деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, для соответствующей референтной группы.

Четвертый — подготовка проекта заключения об оценке.

Приказ об утверждении прежней методики признан утратившим силу.

УТОЧНЕН СТАНДАРТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДПОМОЩИ ПРИ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ПОТЕРЕ СЛУХА ДВУСТОРОННЕЙ ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2014 г. № 892н «О внесении изменения в стандарт специализированной медицинской помощи при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 сентября 2014 г. № 526н»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 января 2015 г. Регистрационный № 35 609.

Скорректирован стандарт специализированной медпомощи при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации. Уточнено, что к немедикаментозным методам профилактики, лечения и медреабилитации относятся в том числе услуги по реабилитации пациента, перенесшего операцию кохлеарной имплантации, включая замену речевого процессора.

УСИЛЕН КОНТРОЛЬ ЗА ОБОРОТОМ РЯДА ПРЕКУРСОРОВ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Постановление Правительства РФ от 9 апреля 2015 г. № 328 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации в связи с совершенствованием контроля за оборотом прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ» (не вступило в силу)

Запрещен оборот N-ацетилантраниловой кислоты и фенэтиламина в концентрации 15% или более и еще 13 иных прекурсоров. Особые меры контроля устанавливаются в отношении бензальдегида в концентрации 15% или более и нитроэтана в концентрации 40% или более. Определены крупный и особо крупный размеры указанных веществ в целях привлечения к уголовной ответственности за их незаконный оборот.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛИЦ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: ФОРМА ЗАЯВКИ РЕГИОНА О ФИНАНСИРОВАНИИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 декабря 2014 г. № 913н «Об утверждении формы заявки на перечисление иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на осуществление организационных мероприятий по обеспечению лиц лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 февраля 2015 г. Регистрационный № 35 985.

Регионам из федерального бюджета выделяются средства на обеспечение лекарствами лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Речь идет о больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также о лицах после трансплантации органов и (или) тканей.

Средства предоставляются в виде межбюджетных трансфертов по заявкам регионов.

Утверждена форма такой заявки.

СТРАНЫ СНГ БУДУТ ВМЕСТЕ БОРОТЬСЯ С РОСТОМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Досье на проект федерального закона № 705129-6 «О ратификации Соглашения о сотрудничестве государств-участников Содружества Независимых Государств в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом» (внесен 22.01.2015 Правительством РФ)

Государственной Думой РФ 7 апреля 2015 г. рассмотрен в первом чтении и принят в целом Закон о ратификации Соглашения о сотрудничестве государств СНГ в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом.

Соглашение подписано в Кишиневе 14 ноября 2008 г. В нем устанавливаются основные направления сотрудничества стран СНГ в области защиты прав граждан, больных сахарным диабетом. Стороны обязуются принимать меры по совершенствованию национальных законодательств по проблеме сахарного диабета, проводить мероприятия по раннему выявлению и профилактике этого заболевания, сотрудничать в области разработки и внедрения новых методов лечения, социальной и медицинской реабилитации заболевших граждан.

Стороны также обязуются оказывать больным сахарным диабетом неотложную медицинскую помощь без взаимных компенсаций и затрат. Под неотложной медпомощью Россия понимает медицинскую помощь в экстренной форме, а также скорую (в том числе скорую специализированную) медицинскую помощь в неотложной форме.

УТВЕРЖДЕН СТАНДАРТ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ДЕТЯМ С ОБЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 февраля 2015 г. № 31н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (диспансерное наблюдение)»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 февраля 2015 г. Регистрационный № 36 150.

Утвержден стандарт медицинской помощи, определяющий основные требования к диагностике и лечению детей общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (диспансерное наблюдение). Стандарт рекомендован для использования при оказании первичной медико-санитарной.

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

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

Начинается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2016 г.

(периодичность — 6 выпусков в год)

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 – **1980 руб.**
- **3480 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

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 платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Врач и информационные технологии" на 2016 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 2016 г. — 1400 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 «Агентство «Урал-Пресс» http://www.ural-press.ru/ Тел.: (495) 789-86-36

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.

Менеджер
здравоохранения