ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9.2016

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Начинается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2017 год

Периодичность – 10 выпусков в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82614** на полугодие,
20102 на год.

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»
http://www.ural-press.ru/, тел. (495) 789-86-36

Уважаемые читатели!

Просим Вас сообщать в редакцию обо 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.

ВНИМАНИЕ!!!

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*

**Уважаемые подписчики!*

С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» и «Врач и информационные технологии» через редакцию. Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство «Роспечать» или альтернативные агентства.

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий ВАК по группе специальностей 14.02.00 – профилактическая медицина, включающей следующие специальности:

- **14.02.01 – Гигиена**
- **14.02.02 – Эпидемиология**
- **14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**
- **14.02.04 – Медицина труда**
- **14.02.05 – Социология медицины**
- **14.02.06 – Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация**

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№9
2016

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., завотделением 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

Новый механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2017 году: особенности и риски
В.И. Перхов, С.И. Колесников, С.Г. Горин 6–11

Современные подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований
А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серегина, Ф.К. Билалов 12-17

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Механизмы оплаты за прерванный, в том числе сверхкороткий случай оказания медицинской помощи в системе ОМС
А.С. Брутова, О.В. Обухова, И.Н. Базарова 18-25

Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования
Р.Р. Саитгареев 26-31

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

История развития прорывного биомедицинского направления: уроки для России
Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова 32-42

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Оптимизация расходов или нерациональное расходование средств: почти забытые многоразовые хирургические перчатки возвращаются
О.И. Волкова, А.Ю. Супов **43-50**

ПРАВО

Приостановление деятельности медицинской организации как административная санкция
Д.О. Рощин, С.М. Саяпина **51-56**

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Автоматизация бизнес-процессов лечебного учреждения на основе медицинской информационной системы
О.Э. Карпов **57-66**

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Перспективы реализации «майских» Указов Президента в сфере здравоохранения
Ф.Н. Кадыров **67-76**

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров **77-80**

«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:
Т.Н. Сайкина

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

Отпечатано в ООО
«Красногорская типография»:
143405, Московская обл.,
Красногорский р-н, г. Красногорск,
Коммунальный кв-л, д. 2
Тел. (495)562-04-33

Дата выхода в свет 01 ноября 2016 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№9 2016

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

New mechanism for financing high-tech medical care in 2017: characteristics and risks
V.I. Perkhov, S.I. Kolesnikov, S.G. Gorin 6-11

Modern approaches to an estimation of efficiency and an assessment of quality of medical diagnostic researches
A.I. Vyalkov, G.P. Skvirskaja, I.M. Son, I.F. Serjogina, F.K. Bilalov 12-17

FINANCIAL MANAGEMENT

Payment arrangements for interrupted case of medical care, including ultrashort course, in the system of compulsory medical insurance
A.S. Brutova, O.V. Obukhova, I.N. Bazarova 18-25

Payment of primary health care on per capita financing
R.R. Saidgareev 26-31

MEDICAL SCIENCE

History of the development of breakthrough biomedical areas: lessons for Russia
N.G. Kurakova, L.A. Tsvetkova 32-42

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

TECHNOLOGY MANAGEMENT

Is return of almost forgotten reusable surgical gloves a cost optimization or impractical spending?
O.I. Volkova, A.Y. Supov 43-50

LAW

Sayapina Administrative suspension of activities of the health care institution
D.O. Roshchin, S.M. Sayapina 51-56

IT MANAGEMENT

Automated business process management with the use of hospital information system
O.E. Karpov 57-66

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Prospects of implementation «May» Decrees of the President in the field of health
F.N. Kadyrov 67-76

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 77-80

В.И. Перхов,
д.м.н., ФГБУН «ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, perkhov@mednet.ru
С.И. Колесников,
академик РАН, Отдел медицинских наук РАН, ФГБУН «НЦ проблем здоровья семьи и репродукции человека», sikolesnikov2012@gmail.com
С.Г. Горин,
заслуженный врач Российской Федерации ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2» Департамента здравоохранения города Москвы, cior@mail.ru

НОВЫЙ МЕХАНИЗМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2017 ГОДУ: ОСОБЕННОСТИ И РИСКИ

УДК 614.2

Перхов В.И., Колесников С.И., Горин С.Г. ***Новый механизм финансирования высокотехнологичной медицинской помощи в 2017 году: особенности и риски*** *(«ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Отдел медицинских наук РАН, ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн № 2» Департамента здравоохранения города Москвы)*

Аннотация. Согласно принятым в июле поправкам в законодательство, федеральные медицинские учреждения будут получать в 2017 году государственные средства на оказание высокотехнологичной медицинской помощи из Федерального фонда ОМС напрямую, а не из бюджета своего учредителя или страховых организаций. Таким образом, в отношении федеральных клиник планируется реализовать механизм финансирования дорогостоящих медицинских вмешательств, который, по мнению авторов, не является ни бюджетным, ни страховым. Авторами показано, что законодательные новшества и сопряженные с ними риски потребуют от Минздрава России и Федерального фонда ОМС серьезной работы по обеспечению необходимой доступности для граждан затратных, но наиболее результативных методов оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *высокотехнологичная медицинская помощь, финансирование федеральных медицинских учреждений, обязательное медицинское страхование.*

Президент Российской Федерации В. Путин 3 июля 2016 г. подписал закон [3], определяющий особенности финансирования с 1 января 2017 года высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС).

Согласно этому закону, в бюджете Федерального фонда ОМС предусматриваются субсидии федеральным бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение выполнения ими государственного задания на оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС. Также, в соответствии с законом, обособленные целевые средства из бюджета Федерального фонда ОМС предоставляются:

бюджетам территориальных фондов ОМС в виде субсидии на со-финансирование расходов, возникающих при оказании ВМП,

© В.И. Перхов, С.И. Колесников, С.Г. Горин, 2016 г.

не включенной в базовую программу ОМС, для последующего предоставления иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации на указанные цели;

медицинским организациям частной системы здравоохранения на оказание гражданам ВМП, не включенной в базовую программу ОМС (с 2019 г.).

Перечень федеральных и региональных государственных учреждений, перечень медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих ВМП, не включенную в базовую программу ОМС, утверждается соответственно федеральным или региональным органом исполнительной власти, осуществляющим функции государственной политики и нормативно-правового регулирования в сфере здравоохранения.

Закон предусматривает также утверждение этими уполномоченными органами порядка формирования перечня видов ВМП, включая предельные сроки, по истечении которых виды ВМП включаются в базовую программу ОМС.

Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отношении ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, планируется осуществлять в соответствии со статьями 88–90 закона № 323-ФЗ от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Изменения, которые вносятся в Федеральный закон от 12.01.1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» и Федеральный закон № 174-ФЗ от 03.11.2006 «Об автономных учреждениях», устанавливают правовые основания для предоставления напрямую из бюджета Федерального фонда ОМС субсидий федеральным бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение ВМП, не включенной в базовую программу ОМС.

На наш взгляд **главной особенностью финансового обеспечения ВМП в 2017 году,** согласно принятому закону, является то, что федеральный бюджет освобождается от необходимости оплачивать ВМП. При этом даже те виды ВМП, которые не включены в базовую программу ОМС, будут финансироваться за счет средств ОМС, причем деньги пойдут в медицинские организации напрямую из Федерального фонда ОМС.

Основные риски такого механизма связаны с тем, что:

• собранных страховых взносов может не хватить для выполнения плановых объемных показателей ВМП;

• может ухудшиться качество планирования объемов ВМП, а оказание ВМП в частных медицинских организациях приведет к «размазыванию» государственных средств и снизит эффективность их расходования;

• закон принят на фоне нерешённых проблем обеспечения качества и безопасности новых медицинских технологий, а также статистического учета объемов и формирования перечня видов (методов) ВМП.

Согласно прогнозу Федерального фонда ОМС, в 2017 году объемы финансирования ВМП должны составить 101 млрд рублей (в 2016 году – 96,4 млрд рублей). Вместе с тем, во время экономического спада степень участия предприятий как основных плательщиков взносов в фонды ОМС уменьшается, многие люди покидают организации и предприятия из-за сокращения штатов или уходят в частный сектор. Собирать целевые налоги в этих условиях очень трудно, и если общая экономическая ситуация не улучшится, скорее всего будет собрана лишь часть ожидаемого.

Планирование объемов ВМП. Вследствие реализации закона 83-ФЗ и внедрения государственных заданий у учредителей государственных учреждений зародилась и стала развиваться функция покупателя дорогостоящих услуг (работ). Прямое финансирование федеральных клиник из Федерального фонда ОМС лишает учредителей государственных учреждений этой функции, при этом у Федерального фонда ОМС она не появляется. Изменения, которые внесены в Федеральные законы «О некоммерческих организациях», «Об автономных учреждениях», лишают учредителей

государственных учреждений возможности реализовать преимущества государственных заданий, так как фактически разрывают управленческий цикл. Поэтому предполагаемое законом участие Минздрава России в планировании ВМП (п. 9 новой статьи 50[1] закона «Об ОМС...») нуждается в детализации.

В частности, так как плановые объемы ВМП финансируются и оказываются гражданам в рамках госзадания, необходимо регламентировать процедуру согласования (включающую предельные сроки рассмотрения Минздравом России проектов госзаданий), а также формат предоставления информации (сводные или детализированные по учреждениям, по группам и по профилям ВМП данные и прочее). При планировании и структурировании объемов ВМП следует так или иначе учитывать информацию о состоянии здоровья населения, показатели обеспеченности населения регионов объемами ВМП разного профиля, а также вектор медико-социальной политики. Это особенно важно при необходимости охватить объемами ВМП максимальное число людей, отнесённых к определенным контингентам больных по возрасту, полу, состоянию здоровья.

Важно также отметить, что в научных медицинских организациях практически все виды и объемы оказываемой медицинской помощи, включая ВМП, являются источником новых знаний, представляют научную ценность, а контингенты госпитализируемых больных увязаны с программами фундаментальных научных работ этих организаций. Поэтому Минздраву России надо определить особенности рассмотрения проектов государственных заданий на оказание ВМП в научных медицинских организациях и дать право госпитализировать профильных больных без обязательного сегодня направления врачей первичного звена.

ВМП в негосударственных медицинских организациях. Безусловно, привлечение негосударственного сектора к оказанию населения высокотехнологичных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий может запустить механизм конкуренции, который повысит уровень медицинского обслуживания населения. Однако имеются и сомнения в целесообразности участия медицинских организаций частной системы здравоохранения в оказании ВМП.

Во-первых, негосударственные медицинские учреждения, в отличие от государственных, не образуют многоуровневую социально-экономическую систему, созданную для решения комплекса медицинских задач от профилактики до реабилитации и паллиативной помощи. В лучшем случае возникают медико-экономические системы – сети частных учреждений одного и того же собственника, которые удовлетворяют потребности в медицинской помощи отдельных, как правило, уже заболевших индивидуумов, в т.н. прибыльных секторах медицинской помощи.

В отличие от государственного порядка, основанного на власти и повиновении, частные бизнес-процессы протекают в области большей свободы и личной инициативы, подпитываются энергией личного материального обогащения. Поэтому в состав механизмов регулирования деятельности частных больниц нужно встраивать элементы, которые бы смогли обуздать их эгоистические увлечения, что является чрезвычайно сложной задачей.

Важной проблемой является определение критериев отбора медицинских организаций частной системы здравоохранения, оказывающих ВМП, не включенную в базовую программу ОМС. Например, если ставить задачу выравнивания географической доступности для населения страны ВМП, то частные учреждения, например, Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска не могут быть допущены к оказанию ВМП за счет бюджета, так как интенсивный показатель выполнения высокотехнологичных хирургических вмешательств в этих регионах в 2,5–3,0 раза превышает среднероссийский уровень, который составил в 2015 году 5,3 высокотехнологичных операции на 1000 населения.

Стоит также отметить, что привлечение «частников» потребует реализации процедур конкурсного, а не комиссионного распределения объемов ВМП между учреждениями, которые пока даже не обсуждаются. Также все еще в зачаточном состоянии находятся разработки в области государственно-общественного управления системой охраны здоровья граждан в условиях конкуренции, частной собственности и расширения «автономизации» государственных учреждений.

Серьёзной проблемой является качество и безопасность ВМП. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан...» качество медпомощи определено как «совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медпомощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медпомощи, степень достижения запланированного результата». При этом, если медпомощь оказана вне рамок ОМС, то согласно ст. 64 закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», экспертизу качества медпомощи необходимо проводить в порядке, установленном Минздравом, но до настоящего времени этот порядок не установлен.

Положение о госконтроле качества и безопасности медицинской деятельности, утверждённое постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 г. № 1152, предусматривает проведение проверок соблюдения порядков оказания медпомощи. Однако порядки и стандарты медпомощи не являются инструментом контроля ее качества, поскольку критерии качества – это своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов лечения и достигнутый положительный результат. Этих критериев нет ни в порядках, ни в стандартах медпомощи. Критерии качества, утверждённые Приказом Минздрава России от 15.07.16 № 520н, в большей степени напоминают административный регламент по соблюдению времени оказания услуг при отдельных заболеваниях от момента поступления в стационар городской или районной больницы, чем инструмент для обеспечения качества медицинской помощи, тем более высокотехнологичной.

За рубежом результативность и безопасность, а также медико-экономическая эффективность новых технологий оцениваются специально созданными независимыми от учреждений и органов здравоохранения комитетами. В отличие от стран Европы и США, новые методы оказания медпомощи внедряются в России без доказательств их безопасности и результативности. Необходимо также подчеркнуть неразвитость в России правового регулирования отношений в сфере использования методов ВМП, основанных на клеточных технологиях, что создает условия для появления различных теневых механизмов получения соответствующих материалов и услуг [4].

Проблемы статистического учета объемов и формирования перечня видов (методов) ВМП. ВМП – это часть одного из видов медицинской помощи (специализированной) и имеет перечень своих собственных видов, приводящий к тавтологии («виды вида помощи»). Будучи частью общего понятия «специализированная медицинская помощь», ВМП не может являться полноценным объектом статистического учета, т.е. измеряться в количестве поступивших, выбывших и умерших больных. Поэтому, несмотря на свою историю в четверть века, термин «высокотехнологичная, дорогостоящая медицинская помощь», так и не вошел в состав форм государственной статистической отчетности №№ 30,14, являющихся фундаментальными для больничной статистики, а только в форму № 62, которая вследствие своей «закрытости» является скорее ведомственной, чем отраслевой. В результате возникает искажение отчетных данных, которое привело к тому, что уже в 2014 году вместо планируемых Минздравом России 542 тысяч пролечено 705 тысяч пациентов. Таким образом, план 2014 года перевыполнен на 30%, чего ранее, за всю историю ВМП (с 1992 года), никогда не наблюдалось. Вероятно, учреждения отчитывались не о пролеченных в объеме законченного случая госпитализации больных,

а о выполненных хирургических вмешательствах (методах), в том числе за выполнение более одного вмешательства за один случай госпитализации. При этом до сих пор неясно, чем вид ВМП отличается от метода.

Фактически перечень видов ВМП, а также и её методов, в 2015 и 2016 годах является приложением к Программе госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством, а не Минздравом [3]. Однако Федеральный закон 286-ФЗ предусматривает, что порядок формирования перечня видов ВМП устанавливается Минздравом России. Эта норма предполагает возвращение в законодательство понятия «вид ВМП» и восстановление Минздраву России функции по определению видов ВМП и утверждению их перечня, которая была утрачена с 1 января 2015 года (имеется в виду утративший силу 4 пункт статьи 34 Федерального закона № 323-ФЗ, согласно которому Минздрав России ежегодно утверждал перечень видов ВМП).

Закон принят на фоне нерешенной проблемы критериев ВМП и отделения части видов (методов) ВМП от базовой программы обязательного медицинского страхования. Согласно ст. 34 Федерального закона 323-ФЗ, ВМП включает в себя применение новых методов лечения. Новые методы лечения – это, прежде всего, методы, которых не было раньше. Вместе с тем существуют технологии оказания медицинской помощи, которые относятся к методам ВМП вот уже в течение 10 лет, т.е. явно не являются новыми. Например, при стенокардии и хронической ИБС в 2007 году 82% объемов ВМП, а в 2015 году 99% объемов помощи оказывались с применением одних и тех же методов: аортокоронарное шунтирование, баллонная вазодилатация, установка стента в сосуд.

Многие методы ВМП являются «псевдовысокотехнологичными» и остаются в течение многих лет в перечне видов и методов ВМП только из-за своей дороговизны. Пока еще не увенчались успехом немногие попытки создания твердой базы для обновления пакета высокотехнологичных медицинских услуг с использованием средств оценки медицинских технологий и доказательной медицины, нормирования их стоимости и объемов потребления.

Целесообразно рассмотреть вопрос о формировании перечня не видов ВМП, а дорогостоящих медицинских технологий (методов) для государственного регулирования объема их потребления населением, в том числе в условиях использования страховых принципов оплаты медицинской помощи. По сути дела, ВМП не относится к страховым случаям и в ряде стран эти операции в университетских клиниках и их научное сопровождение относятся к полномочиям бюджета [1].

Очень важно определиться с методикой расчета стоимости ВМП, а также с критериями этого вида помощи и отразить их в нормативном акте. Без этих мер вряд ли можно ожидать использование в 2017 году оптимального перечня видов и методов ВМП. Если же сохранятся жесткие бюджетные ограничения, то вполне прогнозируемым может стать сокращение этого перечня не по медицинским, а по политико-экономическим причинам.

Заключение

На фоне сворачивания финансирования ВМП из федерального бюджета и перекладывания бремени расходов на работодателя и региональные бюджеты, высокотехнологичная медицина в России остается наименее урегулированной областью здравоохранения, несмотря на четвертьвековую её историю.

Исходя из того, что любая система (в нашем случае – система обеспечения населения ВМП) должна управляться, перед ней должны не просто стоять задачи и она не просто должна выполнять определенные функции, а эти задачи и функции должны быть еще и увязаны с задачами и функциями того органа, который будет управлять ею в условиях реализации новых механизмов финансирования.

Безусловно, этим органом должен быть Минздрав России. При этом главной управ-

ленческой задачей становится задача государственного регулирования спроса и предложения, а также планирования объемов высокотехнологичной медицинской помощи с учетом социально-экономической и медико-демографической дифференциации регионов. Потребуется также спланировать и реализовать комплекс мероприятий, направленных обеспечение более высокой экономической эффективности функционирования комплекса федеральных медицинских учреждений, оказывающих данный вид медицинской помощи.

Рассмотренные поправки в законодательство предполагают прямое доведение денег до федеральных государственных учреждений из Федерального фонда ОМС, причем без заключения договоров на оплату медицинской помощи, а только на основании соглашений на предоставление субсидий. Фактически для одного из наиболее затратных видов медицинской помощи создан механизм финансирования, который не является ни бюджетным, ни страховым. Это серьезная новелла в вопросах финансирования медицинских организаций, не применявшаяся ранее, требующая не только внесения изменений в уставные документы всех федеральных государственных учреждений в части определения источников финансового обеспечения их деятельности, но в нормативные акты Правительства РФ, Минздрава России и Федерального фонда ОМС по вопросам формирования государственного задания, планирования финансово-хозяйственной деятельности и другим, затронутым в статье вопросам.

Безусловно, не останется в стороне и Минфин России, проявляющий последнее время все более широкий спектр самых разнообразных компетенций по вопросам общественного здоровья и организации здравоохранения.

Литература

1. *Колесников С.И.* и др. Гражданин. Общество. Государство: Россия в XXI веке. РОССПЭН. – 2014. – 286 с.

2. *Лунтовский Г.И.* Наличное денежное обращение: современный этап и перспективы развития // Деньги и кредит. – 2012. – № 2. – С. 3–8.

3. Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191018.

4. Федеральный закон от 03.07.16 № 286-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»: http://www.garant.ru/hotlaw/federal/775298/#ixzz4H20cBXEk.

5. *Хачатрян А.С.* «Уголовно-правовые механизмы регулирования отношений в сфере высоких медицинских технологий» // Автореферат канд. дисс. – 2013. dlib.rsl.ru/loader/view/01005543422?get=pdf.

UDC 614.2

Perkhov V.I., Kolesnikov S.I., Gorin S.G.

a New mechanism for financing high-tech medical care in 2017: characteristics and risks *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia, Department of medical Sciences RAS, «Hospital for veterans of wars № 2» Health Department of the city of Moscow, Moscow, Russia)*

Abstract. Federal hospitals will receive state funds to provide high-tech medical aid from the Federal mandatory medical insurance Fund directly, and not from the budget of its founder or of insurance companies in 2017. Thus, in relation to Federal clinics it is planned to implement the mechanism of financing expensive medical interventions, which, according to the authors, is neither the budget nor the insurance. The authors have shown that legislative innovations and their associated risks will require from the Ministry of health of Russia and the Federal mandatory medical insurance Fund serious work to ensure the necessary accessibility for citizens is costly, but most effective methods of medical care.

Keywords: *high-tech medical care, funding, Federal medical institutions, mandatory health insurance.*

А.И. Вялков,
д.м.н., академик РАН, директор НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, vyalkov-pr@yandex.ru
Г.П. Сквирская,
д.м.н., профессор, заведующая лабораторией систем управления здравоохранением НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, gskvirskaya@mail.ru
И.М. Сон,
д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, son@mednet.ru
И.Ф. Серегина,
д.м.н., заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, г. Москва, i.seregina@roszdravnadzor.ru
Ф.К. Билалов,
к.м.н., доцент кафедры лабораторной диагностики ГБОУ ВПО Башкирский Государственный медицинский университет Минздрава России, г. Уфа, bilalov@bk.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 614.2

Вялков А.И.[1], Сквирская Г.П.[1], Сон И.М.[2], Серегина И.Ф.[3], Билалов Ф.К.[4] ***Современные подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований*** *([1]Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия; [2]Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия; [3]Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, Москва, Россия; [4]Институт дополнительного профессионального образования Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа, Россия)*

Аннотация. В статье освещены подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований. Обозначена проблема совершенствования медицинской диагностической помощи, в том числе на догоспитальном уровне, которая требует разработки и реализации комплекса мер по управлению и оценке качества диагностических вмешательств. На основании проведенных исследований разработан и предложен перечень общих и частных показателей эффективности диагностики, описаны современные подходы к управлению ее качеством, проведению внутреннего и внешнего контроля качества, определены задачи, требующие решения для дальнейшего повышения эффективности и качества медицинской диагностики.

Ключевые слова: *диагностические исследования, медицинская, социальная и экономическая эффективность, показатели эффективности, внутренняя и внешняя оценка качества, контроль качества.*

Введение

Организация медицинской помощи населению в современных условиях во многом базируется на обеспечении своевременной, эффективной и качественной системы медицинской диагностики как основы раннего выявления отклонений

© А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, И.Ф. Серегина, Ф.К. Билалов, 2016 г.

в состоянии здоровья и заболеваний, оказания адекватной и контролируемой лечебно-профилактической помощи [1].

Учитывая массовость оказываемых медицинских диагностических услуг, необходимость повышения доступности и достижения регламентированных уровней качества диагностических исследований с учетом развивающейся аппаратурной и научно-технической базы диагностической службы, постоянно возрастают требования к оптимизации и стандартизации материально-технического и кадрового обеспечения, подготовке кадров, применяемым технологиям и формированию современной системы обеспечения и контроля качества диагностического процесса на всех ее этапах оказания медицинской помощи.

Методы исследования

В рамках выполнения НИОКР в соответствии с государственным заданием Минздрава России на 2016 г. проведено статистическое, аналитическое, экспертное исследование организации и деятельности подразделений и специалистов по медицинской диагностике и осуществляется разработка современных подходов к формированию отделений диагностики медицинских организаций, включая подходы к оценке эффективности и качества медицинских диагностических исследований.

Результаты и обсуждение

Современные подходы к оценке эффективности и качества медицинских вмешательств, в том числе диагностических, основываются на разработке в применении соответствующих индикаторов или показателей [2,3].

Показатели эффективности диагностических исследований возможно представить унифицированными для всех направлений диагностики, выделив при этом общие, отражающие эффективность деятельности медицинской организации в целом или ее отдельных подразделений, и частные, отражающие эффективность работы специалистов диагностических подразделений [4].

К общим показателям эффективности диагностических исследований можно отнести следующие:

1. Среднее число диагностических исследований на 100 посещений в поликлинику и на одного пациента.

2. Число исследований на единицу медицинского диагностического оборудования за определенный период времени.

3. Наличие очередности и средние сроки ожидания диагностического исследования.

4. Соответствие результатам исследования принятым эталонам.

5. Соответствие объемов исследований принятым стандартам.

6. Частота дублирования в стационаре диагностических исследований, выполненных в поликлинических учреждениях.

7. Доступность диагностической помощи:

- временная – соотношение времени с момента назначения исследования до получения его результатов с учетом необходимости принятия клинических решений [5];
- транспортная – определяется географической удаленностью места проживания, работы, учебы с учетом транспортных возможностей их получения всеми группами населения, в том числе инвалидами и иными лицами с ограниченными возможностями передвижения.

8. Медицинская результативность диагностических исследований – это степень достижения поставленных задач в области своевременной и полной диагностики, получения результатов, соответствующих клиническим потребностям. Медицинская эффективность основана на постоянном совершенствовании технологических процессов, повышении качества функционирования систем и алгоритмов диагностики.

9. Социальная эффективность характеризуется в определенной степени улучшением показателей ранней выявляемости и снижением «запущенности» заболеваний, осуществлением контроля качества лечебного

процесса, а также повышением степени удовлетворенности потребителей диагностических медицинских услуг – специалистов – клиницистов и населения.

10. Экономическая эффективность характеризует получаемый результат (эффект) в сопоставлении с затратами на его достижение. Экономическая эффективность основана, в том числе на оптимизации использования ресурсов, производительности труда и снижении себестоимости медицинских услуг.

Показатели эффективности деятельности специалистов в области медицинской диагностики могут включать в себя следующие позиции:

1. Уровень подготовки специалистов в области медицинской диагностики, перечень методик, непосредственно выполняемых врачами и медицинскими работниками со средним образованием.

2. Определение совместно со специалистами клинических направлений деятельности и применение приоритетных методов и алгоритмов диагностики с учетом групповых и индивидуальных потребностей пациентов.

3. Фактическая нагрузка врача и медицинского работника со средним образованием, работающих в диагностических подразделениях на единицу рабочего времени.

4. В случае последующего направления пациента в стационар процент расхождения поликлинического и заключительного диагноза стационара.

5. Соответствие деятельности специалиста диагностического подразделения целевым показателям и индикаторам в зависимости от выполняемых функций, отраженных в должностных инструкциях.

Перечень показателей эффективности можно пересматривать (на усмотрение органов управления здравоохранения, руководителей медицинских организаций), так как они являются относительными, нет единого шаблона их использования и существует ряд влияющих на них факторов (профиль и мощность медицинской организации, плотность проживающего населения, перечень оказываемых медицинских услуг, соотношение врачебных кадров и персонала со средним медицинским образованием и др.).

Возможно применение унифицированных индикативных показателей оценки деятельности специалистов диагностических кабинетов *(таблица 1).*

Для выполнения диагностических исследований МО должна обладать ресурсами, которые позволяют полностью **обеспечивать качество,** выполняемых диагностических исследований [6]:

Таблица 1.

Перечень показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием диагностических подразделений

№ п/п	*Индикативные показатели оценки деятельности врачей и специалистов со средним медицинским образованием диагностического подразделения*	*Единица измерения*	*Частота измерения*
1.	Выполнение нормативного объема работы	%	1 раз в месяц
2.	Доля исследований, выполненных сверх норматива	%	1 раз в месяц
3.	Доля сложных (трудоемких) исследований (норматив рассчитывается для каждого врача) от общего числа исследований, выполненных врачом за месяц	%	1 раз в месяц
4.	Ошибки в заключениях и протоколах исследований, приведшие к ошибочному диагнозу и неадекватному лечению (только для врачей)	Единиц	1 раз в месяц
5.	Удовлетворенность специалистов профильных отделений качеством исследований	Единиц	1 раз в квартал

1. *Материально-технические ресурсы:*
- ✓ наличие помещений, отвечающих регламентирующим нормам;
- ✓ наличие медицинского оборудования, сертифицированного и разрешенного к использованию в области здравоохранения.

2. *Кадровые ресурсы:*
- ✓ укомплектованность кадрами диагностических подразделений;
- ✓ квалификация кадров – наличие профессиональной подготовки (сертификация, аккредитация) и квалификационных категорий (аттестация);
- ✓ универсальность специалистов – знание и умение проводить широкий спектр исследований в рамках специальности.

3. *Финансовые ресурсы:*
- ✓ возможность МО своевременно обновлять устаревшее (технически неисправное) оборудование и бесперебойно обеспечивать расходными материалами диагностические кабинеты;
- ✓ поощрение специалистов за выполнение трудоемких манипуляций, сверхплановой работы, за эффективный и качественный труд.

Качество диагностических исследований должно быть управляемым и для этого применяется ряд подходов:

1. Результат – ориентированный подход, направленный на обеспечение своевременной и точной диагностики заболеваний на ранних стадиях с целью проведения эффективного лечения и достижения наилучших результатов.

2. Пациент – ориентированный корпоративный подход – диагностические подразделения являются частью медицинской организации, позволяющие реализовать единый процесс оказания первичной медицинской помощи. Солидарность и корпоративная концепция взаимопонимания коллектива позволяют достигать наилучшего результата.

3. Логистический подход – четкая регламентация стандартных операционных процедур (СОП), соблюдения технологий и условий выполнения диагностических исследований на всех этапах диагностики, формирование очередности диагностических процедур необходимых для адекватной и своевременной медицинской помощи.

4. Информатизация – сбор, передача, архивация, персонификация данных с использованием телекоммуникационных сервисов позволяет минимизировать документооборот, обработку данных и ускорить время оказания медицинской помощи. Внедрение лабораторных информационных систем в клинико-диагностических лабораториях и радиологических информационных систем в подразделениях лучевой диагностики существенно повышают качество исследований за счет возможности более глубокой проработки данных и снижения ручного труда при обработке информации.

5. Экономический подход – выбор наиболее экономически оправданных и клинически эффективных диагностических исследований для скрининга и лечения пациентов.

Ввиду особенностей широкого использования результатов данных диагностических исследований в клинической практике необходимо постоянно осуществлять комплекс мероприятий по управлению качеством диагностических исследований.

К способам оценки качества диагностических исследований нужно отнести: *экспертизу, контроль, надзор, аудит*.

Для *экспертизы качества* выполняемых диагностических исследований можно использовать классический авторский подход «триада Донабедиана» с анализом трех основных компонентов:

1. Качество структуры – анализ материально-технических, кадровых ресурсов медицинской организации, условий организации и проведения диагностических исследований.

2. Качество процесса – оценка объемов выполняемых диагностических исследований, дублирования исследований, анализ целей исследований (профилактика, диагностика, мониторинг и т.д.).

3. Качество результатов – результаты диагностических исследований, на основании которых возможно адекватно оказать медицинскую помощь с удовлетворительными показателями.

Проведение экспертизы должно быть регламентированным и унифицированным для каждого диагностического подразделения с учетом технологических особенностей. В результате экспертизы рассчитываются коэффициенты комплексной оценки деятельности диагностического подразделения МО, формируется заключение, по результатам которого предпринимаются необходимые меры.

Обязательным требованием к диагностическим исследованиям является *достоверность* получаемых результатов. В условиях ежедневного выполнения диагностических исследований на базе амбулаторно-поликлинического учреждения необходимо систематическое проведение контроля качества диагностических исследований, целью которого является планирование качества и комплекс мер по его обеспечению, выявление возможных ошибок и своевременное их устранение.

Необходимо осуществление *внутреннего* [7] и *внешнего контроля качества*, детальная регламентация которых в настоящее время внедрена и используется в клинической лабораторной диагностике, микробиологии, цитологии, в то время как аналогичные мероприятия требуются для всех диагностических исследований. Осуществление процессов контроля качества позволяет получить лучшие результаты при условии стандартизации всех этапов диагностического исследования.

Этапность мероприятий по *внутреннему контролю качества* диагностических исследований:

1 этап – *планирование качества* – разработка программы управления качеством, подготовка персонала, согласование целевых параметров качества и разработка критериев их достижения, приобретение и применение контрольных материалов, метрологического (измерительного) оборудования, привлечение специалистов, обеспечивающих инженерно-техническое обслуживание оборудования, составление графиков выполнения контрольных мероприятий (кратность, объем).

2 этап – *проведение мероприятий по контролю качества* – разработка критериев правильности и воспроизводимости диагностических исследований, постановка (проведение) контрольных диагностических исследований, внесение данных в компьютерные программы по расчету результатов, проведенных исследований по контролю качества.

3 этап – *анализ и принятие решений по результатам контроля качества* – оценка полученных результатов контроля качества специалистами (заведующим, экспертом) и принятие необходимых решений в зависимости от соответствия ожидаемых и полученных показателей.

Внешняя оценка качества включает в себя объективную проверку результатов работы диагностических подразделений, осуществляемую периодически внешней организацией. В настоящее время внешняя оценка качества регламентирована в клинической лабораторной диагностике и лабораторной службой накоплен опыт участия как в российской системе внешней оценки качества (ФСВОК), так и в международных системах – EQAS – США, RIQAS – Великобритании и других, где существует Федеральная система внешней оценки качества. Относительно оценки качества других видов диагностических исследований в РФ до сих пор ничего не предложено.

За организацию мероприятий по обеспечению качества диагностических исследований должен отвечать руководитель подразделения (заведующий), которому следует обладать необходимыми компетенциями, знать технологии и особенности диагностических манипуляций.

Выводы

Таким образом, для постоянного мониторинга и управления эффективностью и качеством работы диагностических подразделений

необходимо разработать и внедрить индикаторы качества, принять меры по обеспечению, управлению и оценке качества диагностических исследований, с определением ответственных лиц и исполнителей. Требуется принятие регламента проведения экспертизы качества диагностических исследований, что связано с технологическими особенностями их проведения. Оценка качества диагностических исследований должна проводиться систематически и контролироваться руководителем (заведующим) отделением медицинской диагностики. Учитывая, что в настоящее время разработаны и используются регламенты оценки качества лишь лабораторных исследований, имеется настоятельная необходимость решения задач и по иным видам исследований (ультразвуковой, рентгенологической, эндоскопической, функциональной диагностике), так как только системные меры позволят повысить качество медицинской помощи.

Литература

1. *Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В.* Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье 2013; (4):1–19.
2. *Саитгареева А.А., Бударин С.С., Волкова О.А.* Показатели и критерии оценки эффективности деятельности медицинских организаций в федеральных и региональных правовых актах. Вестник Росздравнадзора 2015; (6):12–23.
3. *Сон И.М., Нечаева О.Б., Гажева А.В.* Индикаторы качества медицинской помощи как инструмент принятия управленческого решения в здравоохранении. Заместитель главного врача 2014; (9) (100): 32–38.
4. *Стародубов В.И., Сон И.М., Леонов С.А., Стерликов С.А., Гажева А.В., Шебаев Г.А* Результаты оценки некоторых показателей эффективности деятельности медицинских организаций в 2010 году. Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2013; 29(1). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/452/30/lang, ru/ (дата обращения 29.05.2016).
5. *Сквирская Г.П., Свещинский М.Л.* Концептуальные подходы к развитию и совершенствованию медицинской диагностики в Российской Федерации. Здравоохранение 2010; (3): 25–35.
6. *Вялков А.И., Воробьев П.А.* Управление качеством в медицинских учреждениях. Главврач 2013; (3): 59.
7. *Серегина И.Ф., Боброва С.В., Иванов И.В.* Состояние организации и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в субъектах Российской Федерации. Вестник Росздравнадзора 2015; (6): 34–37.

UDC 614.2

Vyalkov A.I., Skvirskaja G.P., Son I.M., Serjogina I.F., Bilalov F.K. ***Modern approaches to an estimation of efficiency and an assessment of quality of medical diagnostic researches*** *(SBEI HPE the First Sechenov MSMU of Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; FSBI «the Central scientific research institute of the organization and public healthcare information» Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia; Federal service on supervision in public health sphere, Moscow, Russia; Institute of additional vocational training of the Bashkir state medical university Ufa, Russia)*

Abstract. Perfection of the medical diagnostic help, including its pre-hospital level, demands the working out and the realization of a series of measures on diagnostic interventions' management and their quality assessment. The list of the common and specific indicators of efficiency of diagnostics is developed on the basis of the researches made and offered, modern approaches to quality management, carrying out of internal and external quality assurance are described, the problems demanding the decision for the further increase of efficiency and quality of medical diagnostics are defined.

Keywords: *diagnostic researches, medical, social and economic efficiency, efficiency indicators, internal and external quality assessments, quality control.*

А.С. Брутова,
экономист отделения ценообразования высокотехнологичной медицинской помощи
ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава РФ, brutova@mednet.ru
О.В. Обухова,
к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсным обеспечением здравоохранения,
ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава РФ, obuhova@mednet.ru
И.Н. Базарова,
главный специалист отделения ценообразования высокотехнологичной медицинской помощи
ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения»
Минздрава РФ, bazarova@mednet.ru

МЕХАНИЗМЫ ОПЛАТЫ ЗА ПРЕРВАННЫЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СВЕРХКОРОТКИЙ СЛУЧАЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

УДК 614.2

Брутова А.С., Обухова О.В., Базарова И.Н. ***Механизмы оплаты за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи в системе ОМС*** *(ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава РФ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В соответствии с проектом Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017–2019 годы, при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях круглосуточного и дневного пребывания, а также при оказании услуг медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) в системе ОМС, применяется способ оплаты за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи.
Вопросам корректного возмещения расходов медицинской организации при сверхкоротком или прерванном случае лечения посвящен данный материал.

Ключевые слова: *ОМС, случай лечения, прерванный случай, сверхкороткий случай лечения, способ оплаты медицинской помощи.*

В Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ) ежегодно вносятся изменения. Причем пересматриваются не только значения объемных и стоимостных нормативов, но и трансформируется содержание самого документа.

В отношении нового способа оплаты за прерванный, в том числе сверхкороткий случай оказания медицинской помощи – в документе уточнено, что под таким случаем понимается случай проведения диагностических исследований, перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказание услуг диализа.

© А.С. Брутова, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, 2016 г.

Если в отношении оплаты услуг диализа Минздрав России дал подробные разъяснения в методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденных в конце 2015 года, то в отношении сверхкороткого случая лечения, связанного с проведением диагностических исследований, вероятно, следует ожидать дальнейшее нормативное уточнение как в части перечня и параметров диагностических исследований, которые могут быть отнесены к сверхкоротким, так и к механизму их оплаты страховыми медицинскими организациями, и комплементации с другими применяемыми способами оплаты.

Решение о выделении отдельного способа оплаты может быть обосновано рядом причин.

Во-первых, это позволяет получать расширенные статистические сведения, на основе которых может проводиться контроль и экспертиза оказания медицинской помощи. Во-вторых, это должно способствовать более эффективному расходованию средств ТФОМС в отношении случаев перевода между медицинскими организациями (по ПГГ на 2016 год они относятся к прерванным случаям лечения). На данный момент эти случаи оплачиваются как 2 законченных. Так, согласно Письму Минздрава России[1], «при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ».

Введение отдельного способа оплаты случая лечения до перевода позволит снизить размер расходов ТФОМС за случай лечения до перевода.

В-третьих, определение дополнительного способа оплаты прерванных случаев лечения позволит защитить медицинские организации от риска неполного возмещения расходов за оказанную медицинскую помощь при случаях лечения с короткой длительностью.

Согласно Приказу ФФОМС[2], размер возмещения расходов медицинских организаций при прерванных случаях лечения должен быть установлен в Тарифном соглашении субъекта. При этом ранее отсутствовали критерии отнесения случая к прерванному. В ПГГ на 2017 год под прерванным случаем лечения понимаются сверхкороткие случаи лечения, случаи оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводы пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальные исходы, оказание услуг диализа.

Определяя прерванные случаи лечения через перечисление исходов госпитализации (52% субъектов, в которых есть упоминание о прерванном случае в тексте Тарифного соглашения), в Тарифных соглашениях субъектов также под случаем лечения, который не закончен, указывали:

- прерывание лечения по инициативе медицинской организации;
- обследование лиц призывного возраста по направлению военных комиссариатов;
- карантин;
- невыполнение в полном объеме диагностических и/или лечебных мероприятий в т.ч. по стандарту, незаконченная схема лечения;
- недостижение цели госпитализации, планируемого результата;
- необоснованную госпитализацию;
- выписку по семейным обстоятельствам;
- выписку за нарушение режима;
- самовольный уход.

Ограничение перечня исходов лечения для отнесения случаев к прерванным может

[1] Письмо Минздрава России от 15.12.2014 № 11.9/10/2–9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

[2] Приказ ФФОМС от 18.11.2014 №200 (ред. от 14.04.2015) «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»

быть обоснован распространенностью данных причин. Согласно данным по структуре случаев лечения, результат обращения по которым не указан в информационной системе ФФОМС как «выписан» по 3 субъектам (г. Санкт-Петербург, Московская область, Краснодарский край) за 1 полугодие 2015 года наиболее распространенными причинами были смерть пациента (более 30%), перевод в другое ЛПУ (около 20%), прерывание лечения по инициативе пациента (около 15%).

Другим подходом отнесения случаев лечения к прерванным (отмечен в 48% Тарифных соглашений) является определение временного интервала, менее которого все случаи являются незавершенными. Согласно ПГГ, на 2017 год данный способ может применяться только для установления критериев отнесения случаев лечения к сверхкороткому. Но поскольку в Приказе ФФОМС[3] и Письме ФФОМС[4] установлено, что «к сверхкоротким относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней», отнесение случая лечения к сверхкороткому может осуществляться только на этом основании.

При возмещении расходов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь при прерванных случаях лечения выделяются 2 основных подхода: оплата пропорционально проведенным койко-дням в стационаре и оплата доли от тарифа законченного случая лечения. Механизм оплаты влияет на длительность госпитализации. Так, например, в Московской области, где оплата осуществлялась в 2015 году пропорционально проведенным дням в стационаре (в 2016 году – 50% от стоимости лечения[5]), наибольшая доля прерванных случаев происходила в данный период при пребывании пациента более 70% дней от нормативного пребывания. В Краснодарском крае наоборот, большая часть пациентов выписывается в период до 30% от нормативного времени пребывания для КСГ (отнесение случаев лечения к прерванным осуществляется на основании длительности пребывания с установлением фиксированной доли тарифа на оплату данных случаев – 20%[6]).

Ввиду стремления к эффективному расходованию средств ТФОМС и к повышению качества оказания медицинской помощи необходимо с помощью механизмов оплаты стимулировать оказание помощи в полном объеме (контроль через штрафные санкции) и своевременное осуществление переводов пациентов (через невыгодные для медицинских организаций тарифы на оплату случаев лечения до перевода). В Тарифных соглашениях субъектов можно выделить механизмы оплаты прерванных случаев лечения в разрезе причин, что позволяет определить задачи, которые ставятся субъектом при выборе определенного метода оплаты для конкретной группы прерванных случаев лечения.

Устанавливая механизм оплаты прерванных случаев лечения с летальным исходом, необходимо учитывать факт проведения реанимационных мероприятий, направленных на поддержание жизни пациента, что увеличивает расходы медицинской организации независимо от профиля лечения (терапевтический или хирургический). При этом данные расходы могут возникнуть в первые часы пребывания пациента в стационаре, а оплата данных случаев пропорционально проведенным

[3] Приказ ФФОМС от 18.11.2014 №200 (ред. от 14.04.2015)«Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

[4] Письмо ФФОМС от 18.12.2014 №6538/21–3/и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России от 15.12.2014 №11.9/10/2–9454».

[5] Приложение 1 к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы ОМС от 31.12.2015.

[6] Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страховании на территории Краснодарского края.

койко-дням не позволит в полной мере возместить их.

В Письме Минздрава России[7] не выделяется особый способ оплаты для летальных исходов лечения пациента. В случае, если смерть пациента происходит в период, относящийся к сверхкороткому (менее 3 дней, кроме КСГ, которые являются исключениями), механизм оплаты в данном Письме утвержден следующий: «если пациенту была выполнена хирургическая операция, на основании которой случай относится к конкретной КСГ, случай лечения оплачивается в размере 80–100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ; а при невыполнении оперативного вмешательства случай оплачивается в размере не более 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ (при этом отнесение случая к КСГ осуществляется на основании диагноза). Конкретные значения размера доли оплаты данных случаев должны быть установлены в тарифном соглашении».

Некоторые субъекты отдельными пунктами тарифных соглашений прописывают способы оплаты летальных исходов лечения пациентов. Из 60 субъектов, в тарифных соглашениях которых содержится информация по оплате летальных исходов (иногда – в составе случая короткого пребывания), выделяется несколько групп способов оплаты летальных исходов:

- по полному тарифу (3 субъекта – Челябинская[8], Рязанская[9] и Кемеровская области[10]);
- с применением коэффициентов в зависимости от наличия оперативного вмешательства и/или срока пребывания (31 субъект);
- пропорционально проведенным дням (26 субъектов).

Следующей по массовости причиной прерывания лечения является перевод пациента. Он может быть осуществлен как в пределах одной медицинской организации на другой профиль коек или в дневной стационар, так и в другое медицинское учреждение. Согласно ПГГ на 2017 год, к прерванному случаю лечения относятся только переводы между медицинскими организациями. Возможно, круг случаев был сужен, поскольку для переводов внутри медицинской организации при отнесении заболеваний к одному классу МКБ-10 оплата и так осуществляется «в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим коэффициентом затратоемкости» согласно Письму Минздрава России[11]. Однако в случае перевода внутри медицинской организации, если это обусловлено возникновением нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного развития основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, «оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ», что не является механизмом, возмещающим расходы в размере их возникновения.

Большинство ТФОМС оплачивает данную медицинскую помощь в соответствии с федеральными нормативными документами. Но поскольку они носят рекомендательный характер, некоторые субъекты устанавливают собственные варианты оплаты. Случаи

[7] Письмо Минздрава России от 15.12.2014 №11.9/10/2–9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

[8] Тарифное соглашение № 321-ОМС в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

[9] Соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Рязанской области на 2016 год.

[10] Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Кемеровской области на 2016 год.

[11] Письмо Минздрава России от 15.12.2014 №11.9/10/2–9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

перевода внутри медицинского учреждения с разными заболеваниями в некоторых субъектах оплачиваются как 2 законченных, в некоторых – применяется оплата пропорционально проведенным дням до перевода. Встречается и оплата в размере доли от тарифа законченного случая (Костромская область[12] – 10% тарифа КСГ без применения коэффициентов в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию при отсутствии хирургического вмешательства).

Оплата других причин прерывания лечения в некоторых субъектах регламентирована в зависимости от самой причины. Применяются способы оплаты в размере доли от полного тарифа, пропорционально проведенным дням. При этом доля полного тарифа дифференцирована в субъектах и, например, в Костромской области составляет от 10% (при отказе пациента от лечения и самовольном уходе при отсутствии хирургического вмешательства) до 80% (при наличии оперативного вмешательства)[13], а в Челябинской области производится оплата в размере 40% (при отказе застрахованного лица от лечения и обследования до завершения запланированного курса; при несоблюдении застрахованным лицом лечебно-охранительного режима; при прерывании курса лечения и (или) обследования по медицинским показаниям; при осуществлении карантинных мероприятий в медицинской организации по эпидемическим показаниям; при обследовании лиц призывного возраста по направлению военных комиссариатов)[14]. В Республике Саха (Якутия) применяются наименьшие коэффициенты к тарифу при отказе пациента от лечения, самовольном уходе из стационара, выписке за нарушение режима и т.п. При сроке пребывания в круглосуточном стационаре (дневном стационаре) в пределах 1 суток (до 24 часов включительно) случаи не оплачиваются. При сроке в пределах 2 суток оплачиваются 25% стоимости КСГ (КПГ). При пребывании в пределах 3 суток – 50% стоимости КСГ (КПГ)[15].

Однако большинство субъектов не указывает отдельные механизмы оплаты для данных случаев, что распространяет на них снижение оплаты только при отнесении к случаю сверхкороткого пребывания или при применении штрафных санкций к тарифу законченного случая.

Если для сверхкоротких случаев и случаев перевода в существующих нормативных документах имеются рекомендации по способу оплаты (при переводе – не отличающие случай от законченного), то согласно ПГГ на 2017 год, для случаев с преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения будет применяться механизм оплаты не как за законченный случай лечения, а как за прерванный. Данное положение формирует необходимость определения оптимального способа возмещения расходов для подобных случаев, а также других, указанных в ПГГ – случаев оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, оказания услуг диализа.

При формировании механизма оплаты прерванных случаев лечения следует обеспечить снижение тарифа по сравнению с тарифом законченного случая. Для этого возможно установить минимальную длительность госпитализации в разрезе КСГ, за которую может быть выполнен необходимый объем медицинской помощи. Случаи пребывания ниже

[12] Приложение № 2 к тарифному соглашению на 2016 год от 14 января 2016 года (действует с 01.01.2016 г.) «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения».

[13] Приложение № 2 к тарифному соглашению на 2016 год от 14 января 2016 года (действует с 01.01.2016 г.) «Порядок формирования и оплаты случаев оказания медицинской помощи, в том числе прерванных случаев лечения».

[14] Тарифное соглашение № 321-ОМС в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

[15] Приложение № 7 к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи, оказываемой в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Саха (Якутия).

указанной границы будут отнесены к случаям короткого пребывания. Имеющаяся на данный момент в методических рекомендациях длительность в размере 3 дней может быть не применима для отдельных КСГ.

Учитывая возможность установления минимальной длительности госпитализации на уровне территорий, также представляется возможным в рамках тарифных соглашений для отдельных учреждений устанавливать пониженную границу при условии использования технологий, позволяющих без ущерба качеству оказания медицинской помощи оказать необходимые услуги за более короткий промежуток времени.

Также для каждой КСГ следует определить усредненную долю стоимости оперативного вмешательства или комплекса реанимационных мероприятий в рамках тарифа законченного случая. Учитывая неравномерность распределения расходов в процессе случая лечения, а также значительную долю госпитализаций по экстренным показаниям (составляющую порядка 50% от всех госпитализаций[16]), оплата в полном объеме хирургических манипуляций сформирует заинтересованность в их оказании.

Установку доли возможно передать на уровень субъектов ввиду имеющихся различий в версиях моделей КСГ, адаптированных на уровне субъектов, имеющейся специфики в перечнях КСГ. Однако федеральными документами следует установить максимальную границу этого показателя. Поскольку в Письме Минздрава России[17] для сверхкоротких случаев лечения установлен размер оплаты «при выполнении хирургической операции 80–100% от стоимости, определенной тарифным соглашением для данной КСГ; а при невыполнении – не более 50% от стоимости, определенной тарифным соглашением для КСГ», а во многих субъектах размер оплаты для случаев с оперативным вмешательством установлен на уровне 80%, это значение можно рекомендовать для установки на федеральном уровне.

Для повышения заинтересованности медицинских организаций в проведении полного комплекса необходимых мероприятий по лечению пациента, необходимо распределить часть тарифа законченного случая (оставшуюся за вычетом стоимости оперативного вмешательства) пропорционально проведенным дням в стационаре до наступления минимальной продолжительности пребывания.

В случае отсутствия данного вмешательства оплата будет производиться исключительно пропорционально проведенным койко-дням до наступления нижней границы пребывания в стационаре.

Учитывая различные задачи, решаемые при различных исходах случая лечения, механизмы оплаты прерванных случаев также будут отличаться. Поскольку распространено в субъектах и в методических рекомендациях установлено отнесение случаев лечения к сверхкоротким при пребывании 3-х дней и менее, эту границу можно применять для дифференциации применения различных способов.

В случае прерывания лечения по причине летального исхода до 3-х дней оплату можно рекомендовать осуществлять, исходя из стоимости оперативного вмешательства или реанимационных мероприятий. В случае отсутствия таковых – установить размер оплаты в виде фиксированной доли, определенной на основании анализа структуры возникновения затрат в период госпитализации, но не более стоимости пребывания в течение 3-х койко-дней.

Для случаев перевода между медицинскими организациями существуют обратные задачи: необходимо ускорить момент перевода пациента. Поэтому для пребывания менее 3-х

[16] По данным формы ФСН № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» за 2014 г.

[17] Письмо Минздрава России от 15.12.2014 №11.9/10/2–9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

дней тарифы должны быть более выгодными, чем при пребывании более 3-х дней. Соответственно, сочетание оплаты за проведенное операционное вмешательство и за проведенные койко-дни распространяется только для случаев короткого пребывания. При превышении 3-дневного срока пребывания оплату необходимо осуществлять только по стоимости оперативного вмешательства. В данном случае для медицинской организации более выгодно осуществить перевод в первые дни пребывания пациента.

При случаях отказа пациента от лечения необходимо организовать покрытие возникших у медицинской организации издержек, соответственно, оплату можно осуществлять в размере суммы затрат на оперативное вмешательство и за проведенные койко-дни в стационаре до наступления прерывания лечения (от тарифа за вычетом стоимости оперативного вмешательства).

Несмотря на совпадение задач при выборе механизма оплаты с летальными случаями, деление по длительности пребывания осуществить невозможно, так как в случае терапевтической КСГ и отказе пациента от лечения после 3-х дней пребывания в стационаре расходы медицинской организации не будут покрыты. Поскольку прерванные случаи лечения рекомендуется сделать предметом экспертизы качества медицинской помощи, размер оплаты может быть понижен за счет штрафных санкций, учитывающих причины отказа пациента от лечения.

Подобная методика позволит учесть многие факторы, определяющие расходы медицинских организаций при прерванных случаях лечения, и стимулировать качественное оказание медицинской помощи. В качестве факторов выступают: причина прерванного случая, длительность госпитализации, наличие хирургического вмешательства и другие. Сочетание оплаты за оперативное вмешательство (реанимационные мероприятия) и дни пребывания в стационаре позволит избежать как неполного покрытия расходов в первые дни пребывания пациента в стационаре, так и переплаты как в случае возмещения расходов при выполнении оперативного вмешательства в размере 100% от тарифа законченного случая лечения. Установка границы короткого пребывания в разрезе КСГ позволит решить задачи адекватной оплаты при различных вариантах причин прерывания лечения.

Литература

1. Проект «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов». Электронный ресурс http:/regulation.gov.ru.

2. Письмо Минздрава России №11–9/10/2–7938, ФФОМС №8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

3. Письмо Минздрава России от 15.12.2014 №11.9/10/2–9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

4. Письмо ФФОМС от 18.12.2014 №6538/21–3/и «О дополнении к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленным письмом Минздрава России от 15.12.2014 № 11.9/10/2–9454».

5. Приказ ФФОМС от 18.11.2014 №200 (ред. от 14.04.2015) «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».
6. *Обухова О.В., Брутова А.С., Базарова И.Н.* Особенности оплаты прерванных случаев лечения в стационарных условиях. // Медицинские технологии. Оценка и выбор. № 4, 2015, с. 37–42.
7. *Кадыров Ф.Н.* Порядок возмещения затрат на оказание экстренной медицинской помощи незастрахованным лицам // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 5. С. 74–75.

UDC 614.2

Brutova A.S., Obukhova O.V., Bazarova I.N. ***Payment arrangements for interrupted case of medical care, including ultrashort course, in the system of compulsory medical insurance*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Annotation. According to the draft program of state guarantees of free medical care to citizens in the years 2017–2019, when paying for medical care provided in a hospital, as well as in the provision of medical rehabilitation services in specialized medical institutions (structural units) in the compulsory medical insurance system, used payment method for interrupted, including ultrashort, the case of medical care.
Issues correct compensation for the medical organization with ultrashort or interrupt the event is dedicated to the treatment of the material costs.

Keywords: *system of compulsory medical insurance, case of treatment, interrupted case of treatment, ultrashort case of treatment, methods of payment medical care.*

ПОВЫШАЕМ КВАЛИФИКАЦИЮ МЕДРАБОТНИКОВ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ТФОМС

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 августа 2016 г. № 575н «Об утверждении Порядка выбора медицинским работником программы повышения квалификации в организации, осуществляющей образовательную деятельность, для направления на дополнительное профессиональное образование за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

Зарегистрировано в Минюсте РФ 11 октября 2016 г. Регистрационный №43998.

Работники медорганизаций, занятых в сфере ОМС, могут повысить свою квалификацию за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС. Прописаны правила выбора работником соответствующей образовательной программы и учебного заведения для повышения квалификации. Для этого используется интернет-портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования. Доступ к нему обеспечивается через ЕСИА и Федеральный регистр медицинских работников. На интернет-портале размещается список образовательных программ. Предусмотрено несколько форм обучения – симуляционная, электронная, дистанционная, сетевая, стажировка.

Работник должен быть включен в план соответствующих мероприятий, утвержденный региональным органом власти. Он регистрируется на интернет-портале и подает предварительную заявку для зачисления на обучение по выбранной образовательной программе. Медработник должен согласовать с руководителем медорганизации (работодателем) тематику образовательной программы, учебное заведение и сроки обучения. Работодатель заключает с образовательной организацией соответствующий договор.

Источник: ГАРАНТ

Р.Р. Саитгареев,
главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 219 Департамента здравоохранения Москвы»

ОСОБЕННОСТИ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ

УДК 614:338.26

Саитгареев Р.Р. ***Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу финансирования*** *(ГБУЗ «Городская поликлиника № 219 Департамента здравоохранения Москвы», г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье исследуются условия и проблемы перевода амбулаторных медицинских организаций на подушевой принцип финансирования. Материал основан на исследовании опыта субъектов Российской Федерации, долгое время практикующих деятельность в условиях подушевого финансирования. Даны рекомендации по минимизации финансовых рисков медицинских организаций.

Ключевые слова: *подушевое финансирование, амбулаторная помощь, обязательное медицинское страхование, способы оплаты медицинской помощи.*

До недавнего времени амбулаторная медицинская помощь оплачивалась страховыми компаниями по валовым показателям – за посещения, за отдельные медицинские услуги. Для поликлиник такой подход был более чем выгоден – ведь чем больше пациентов, посещений и процедур, тем больше средств получит поликлиника. Разумеется, в ответ на такое стимулирование поликлиники увеличивали объемы услуг, стремясь повысить свои доходы, уделяя меньше внимания профилактике, качеству и конечному результату лечения. Такая система финансирования вела к бесконтрольному росту расходов без повышения качества обслуживания пациентов.

Преимущество способа оплаты по подушевому нормативу заключается в возможности прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи, рациональном использовании и контроле за целевым расходованием ресурсов, в т.ч. ограничение общих расходов на медицинскую помощь, контроль за общими расходами вне системы первичной медико-санитарной помощи.

При переходе на подушевой принцип оплаты первичного звена, характеризуемый ограниченностью предельного годового размера финансового обеспечения медицинской организации, возникают трудности, связанные с необходимостью приспособиться к новым условиям, прежде всего вязанным с ощутимым уменьшением объема финансирования. На первый план выходит необходимость снижения издержек на оказание медицинской помощи, повышения

© Р.Р. Саитгареев, 2016 г.

эффективности использования имеющихся ресурсов и вместе с тем не допущения снижения заработной платы медицинского персонала поликлиники.

В новых экономических условиях у врачей появились стимулы больше времени уделять профилактике с тем, чтобы снизить количество обращений прикрепленного населения. Ведь при реальном подушевом финансировании сумма оплаты не зависит от количества посещений[1], зато позволяет больше ресурсов расходовать на собственные нужды учреждения: повышение заработной платы, закупку расходных материалов и т.д. Нет причин для назначения избыточных консультаций и процедур, а также проведения дополнительных тестов без серьезной необходимости.

Риски медицинской организации при подушевом финансировании увеличиваются по мере расширения объема медицинской помощи, оказываемой прикрепленному контингенту. В ряде регионов в подушевой норматив включены расходы только на первичную медико-санитарную помощь. Если в качестве контроля деятельности такой медицинской организации не установлены объемные показатели, в том числе ограничения на объем медицинской помощи, оказываемой иными медицинскими организациями, то возможно необоснованное снижение объема собственной деятельности врачей первичного звена по лечению прикрепленных пациентов, расширения необоснованных направлений и к узким специалистам, и в стационар. Для компенсации данного риска рекомендуются следующие действия:

- более четкая регламентация направлений к врачам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, на диагностические исследования, в учреждения, оказывающие специализированную помощь и т.д;
- ужесточение проведения экспертизы обоснованности направлений на госпитализацию и к узким специалистам;
- использование подушевого норматива на собственную деятельность первичного звена, дополненный обязательством по выполнению согласованных объемов соответствующих внешних услуг, за выполнение которых могут быть предусмотрены стимулирующие выплаты, а за невыполнение – штрафы, т.е. внедрение условного фондодержание.

В большинстве субъектов подушевой норматив покрывает расходы не только на первичную медико-санитарную помощь, оказываемую врачами-терапевтами участковыми, врачами терапевтами, но и расходы на первичную специализированную медицинскую помощь, оказываемую узкими специалистами. Такая ситуация обратна вышеописанной и подталкивает поликлинику на искусственное удерживание пациента от направлений к узким специалистам из других медицинских организаций, обеспечивая необходимую медицинскую помощь своими силами. Понятно, что такой подход со стороны поликлиники объясним желанием сохранить свой подушевой фонд. Однако при недостатке в штате поликлиники подготовленных врачей общей практики, узких специалистов востребованных профилей вероятность запущенного случая лечения ввиду отсрочки или несвоевременного оказания пациенту медицинской помощи весьма высока. В таком случае учреждение понесет серьезную ответственность, в том числе и финансовую, многократно превышающую возникшую «экономию».

Другим риском для поликлиники при ограниченном объеме средств может стать соблазн получить экономию за счет сокращения кадров. Однако в таком случае медицинской организации не удастся выполнить требования к обеспечению доступности медицинской помощи. Соблюдение баланса между численностью персонала учреждения и его способностью обеспечить доступность

[1] Обухова О.В. Экономические механизмы усиления профилактической деятельности медицинских организаций // «Социальные аспекты здоровья населения.» № 4, 2015. № . URL: http:// http://vestnik.mednet.ru/content/view/701/30/lang, ru

медицинской помощи для прикрепленного населения является довольно сложной задачей для управленческого звена.

Финансовое состояние поликлиники в условиях подушевого финансирования определяется количеством и половозрастным составом прикрепленных граждан. Поэтому актуальная и оперативная информация о состоянии прикрепленного контингента – основа финансовой стабильности медицинской организации. Исследование показывает, что в ряде субъектов отсутствует единая система учета прикрепленного населения. Основным документом, подтверждающим прикрепление пациента на медицинское обслуживание, является заявление застрахованного лица о выборе медицинской организации для получения медицинской помощи. Первоначально, при формировании реестра прикрепленного населения, применялся принцип территориального прикрепления по месту регистрации застрахованного лица. Как показывает практика регионов, информация о прикрепленных лицах зачастую содержит устаревшую информацию, своевременно не обновляется.

Кроме того, появление возможности выбирать медицинскую организацию по желанию гражданина привело к существенной миграции прикрепленных граждан. Появилось много жалоб пациентов на неправомерное прикрепление в связи с желанием прикрепиться к другому учреждению. Эти жалобы рассматриваются страховыми компаниями, причем независимо от того, как пациент оказался в реестре прикрепленного населения, учреждение должно предъявить его заявление. При отсутствии соответствующего заявления на учреждение налагаются штрафные санкции за неправомерное прикрепление в размере подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС на год. Поэтому система контроля прикрепления пациентов требует тщательной регламентации на территориальном уровне.

Часто эксперты страховых компаний требуют представления заявлений без учета реальных условий деятельности учреждения, наличия филиалов, территориально удаленных, а также того факта, что все заявления пациентов архивируются. Поиск необходимых документов для представления эксперту страховой компании занимает продолжительное время, является очень трудоемким и требует отвлечения сотрудников от основной работы. Очевидно эта проблема характерна для большинства медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь и получающих подушевое финансирование.

В соответствии с Письмом Минздрава России № 11–9/10/2–7938, ФФОМС № 8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», в части способа оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц рекомендовано не включать:

- расходы на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- расходы на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- расходы на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме.

Также в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц рекомендовано не включать расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи при социально значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения) в случае их финансирования в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

При этом в субъекте Российской Федерации в подушевой норматив могут не включаться отдельные виды расходов (на стоматологическую

медицинскую помощь, медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» и т.п.).

Целесообразно ли включать в подушевой норматив дополнительные виды медицинской помощи? Многолетний опыт субъектов Российской Федерации, практикующих фондодержание, показал, что подушевой принцип оплаты имеет смысл только в отношении тех видов помощи, на объемы которой первично звено может реально влиять. Включение в подушевой норматив медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, направлено на снижение потребности населения, а, соответственно, сокращение издержек на затратную стационарную помощь. Поэтому решение о включении в подушевой норматив деятельности дневных стационаров должно быть основано на оценке реальных возможностей первичного звена выполнять объем профилактической работы, способный снизить потребность прикрепленного населения в стационарной помощи. Следует учесть и необходимость расширения функций поликлиники, позволяющих переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап. Речь идет о развертывании дневных стационаров, увеличении объема деятельности участковой службы, создании общих врачебных практик, расширении собственной диагностической базы, повышении квалификации узких специалистов и другие мероприятия.

По мнению специалистов ТФОМС Самарской области, при внедрении подушевого принципа финансирования выражена экономическая мотивация поликлиник в улучшении качества своей работы, ибо осложнения, обострения, плохая профилактика невыгодны, так как ведут к экономическим потерям.

При применении расширенного подушевого норматива, в который включены расходы на стационарную помощь, возникает много вопросов об ответственности поликлиник за необходимость лечения больных в условиях стационара. Почему поликлиника должна материально отвечать за травматизм, причиной которого нередко является плохое состояние крыш, дорог и тротуаров? Пищевые отравления, кишечные инфекции – не только результат плохой санитарно-просветительной работы поликлиники.

Влияние поликлиники на рост заболеваемости некоторыми новообразованиями, тяжелыми гематологическими заболеваниями минимально. И даже инфаркты, инсульты далеко не всегда являются следствием неудовлетворительной работы первичного звена. Речь идет о больших деньгах: инфекционные болезни, болезни крови, новообразования, беременность и роды, травматизм в объемах стационарной помощи составляют 36%, а их доля в затратах на стационарную помощь еще выше – 42%. Почти за половину оплаченных услуг поликлиника ответственности в полной мере нести не может, но должна нести при подушевом финансировании.

Актуальным является вопрос и о целесообразности включения экстренной стационарной помощи в подушевой норматив. Ведь поликлиника практически не имеет возможности регулировать объемы экстренной помощи по следующим причинам:

- сложившийся уровень заболеваемости населения (его снижение требует длительного периода);
- отсутствие оказания неотложной помощи на базе самой поликлиники (организация такой помощи требует времени, управленческих решений и, возможно, дополнительных финансовых затрат).
- отказы в оплате экстренной помощи со стороны поликлиники невозможны, доказывать необоснованность госпитализации поликлиника не имеет полномочий.

Для обеспечения динамического контроля за финансовым состоянием каждой медицинской организации, работающей на подушевом принципе, должна действовать система экономического мониторинга, основанная на результатах финансово-экономической деятельности медицинских организаций.

К примеру, на территории Томской области были разработаны финансовые критерии,

по которым территориальный фонд ОМС ежемесячно оценивал все медицинские организации, работающие по подушевому принципу. По уровню финансовой стабильности медицинские организации попадали в одну из следующих четырех групп:

1. Тревожная группа: фактические расходы превышают сумму принятых счетов (заработанных средств), остаток средств на начало года и текущие поступления не компенсирует перерасход. Кредиторская задолженность не погашается авансовым платежом за будущий период, имеется просроченная кредиторская задолженность. Учреждение «живет» в долг.
2. Нестабильная группа: фактические расходы превышают сумму принятых счетов (заработанных средств), остаток средств на начало года не компенсирует перерасход, но авансовый платеж будущего периода покрывает кредиторскую задолженность; просроченной кредиторской задолженности нет.
3. Требует текущей коррекции: фактические расходы соответствуют доходам либо превышают сумму принятых счетов (заработанных средств), но остаток средств на начало года и текущие поступления компенсирует перерасход; условия для развития – минимальные.
4. Требует продолжения мониторинга: сумма принятых счетов превышает фактические расходы учреждения. Имеется стабильная возможность для развития учреждения.

Такой подход позволяет оперативно принимать управленческие решения для минимизации финансовых рисков медицинской организации, работающей по подушевому принципу.

Чтобы уменьшить риски медицинской организации, работающей в условиях подушевого финансирования, необходимо:

Предусмотреть обязательные направления по уровням оказания медицинской помощи, например, от участкового врача к узкому специалисту, на исследования и плановую госпитализацию. Исключения из этого общего правила должны быть четко регламентированы.

Ускорить внедрение модели врача общей практики. Такой подход позволит расширить возможности поликлиники на подушевом финансировании оказывать услуги своими силами, особенно в условиях небольших медицинских учреждений, недостаточно укомплектованных врачами-специалистами. Для этого необходимо создание более гибкой системы аттестации деятельности врачей общей практики.

Предусмотреть участие поликлиники-фондодержателя в планировании объемов медицинской помощи, оказываемых его населению в других медицинских организациях, а по мере накопления опыта такого планирования – участие в контроле за обоснованностью и качеством оказанных услуг (в пределах своей компетенции).

Осуществлять рутинный мониторинг финансового состояния медицинских организаций, работающих в условиях подушевого финансирования.

Литература

1. Письмо Минздрава России №11–9/10/2–7938, ФФОМС №8089/21-и от 24.12.2015 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

2. *Кадыров Ф.Н., Обухова О.В.* Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете программы государственных гарантий. // «Менеджер здравоохранения», № 11, 2013. стр. 6–13.

3. *Обухова О.В.* Экономические механизмы усиления профилактической деятельности медицинских организаций. // «Социальные аспекты здоровья населения.» № 4, 2015. № . URL: http:// http://vestnik.mednet.ru/content/view/701/30/lang, ru.

4. *Обухова О.В., Базарова И.Н., Носова Е.А.* Результаты исследования эффективности оказания амбулаторной помощи населению. // Журнал «Медицинские технологии. Оценка и выбор». № 1, 2012. С. 47–54.

UDC 614:338.26

Saidgareev R.R. ***Payment of primary health care on per capita financing*** *(City polyclinic № 219 of the Department of health of Moscow, Moscow, Russia)*

Abstract. Examines conditions and problems of translation of health care organizations on a per capita principle of financing. The material is based on the experience of the constituent entities of the Russian Federation, a long-time practicing activities in terms of per capita funding. Recommendations for minimization of financial risks of healthcare organizations.

Keywords: *capitation, outpatient care, compulsory health insurance, methods of payment for medical care.*

ПРАВИЛА ПЕРЕДАЧИ НЕВОСТРЕБОВАННОГО ТЕЛА, ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ УМЕРШЕГО ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ, НАУЧНЫХ И УЧЕБНЫХ ЦЕЛЯХ: ПЛАНИРУЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Проект Постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменения в Правила передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях, утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 июля 2012 г. № 750» (подготовлен Минздравом России 28.09.2016)

Действующее законодательство позволяет юрлицам проставлять на документах печать при ее наличии. Обязанность иметь ее отменена.

Соответствующие изменения планируется внести в правила передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях.

Источник: ГАРАНТ

Н.Г. Куракова,
д.б.н., директор Центра научно-технической экспертизы
ИПЭИ РАНХиГС при Президенте РФ, г. Москва, Россия

Л.А. Цветкова,
к.б.н., ведущий научный сотрудник Центра научно-технической экспертизы
ИПЭИ РАНХиГС при Президенте РФ, г. Москва, Россия

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОРЫВНОГО БИОМЕДИЦИНСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ: УРОКИ ДЛЯ РОССИИ

УДК 339

Куракова Н.Г., Цветкова Л.А. ***История развития прорывного биомедицинского направления: уроки для России*** *(Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. На примере развития технологий репрограммирования для получения индуцированных плюрипотентных стволовых клеток оценены временные параметры превращения результатов прорывного фундаментального исследования в коммерческий высокотехнологичный продукт в Японии, США и России.
Делается вывод, что ключевую роль в ускорении жизненного цикла исследований и разработок играют быстрорастущие средние высокотехнологичные компании и крупные промышленные компании, заинтересованные в диверсификации своих бизнес-стратегий.
Констатируется критическое отставание развития жизненного цикла исследований в этой области в РФ и исследуются его причины.

Ключевые слова: *исследования и разработки, жизненный цикл, продолжительность, ускорение, замедление, факторы, технологии репрограммирования клеток, индуцированные плюрипотентные стволовые клетки, Япония, США, Россия.*

В октябре 2016 г. было названо имя нового лауреата Нобелевской премии по медицине и физиологии – им стал ученый из Японии – Ёсинори Осуёми [1]. В 2012 г. премию получил Синья Яманака за работу с индуцированными стволовыми клетками. В 2015 г. лауреатом премии стал Сатоси Омура, вложивший в руки врачей новое оружие для борьбы с червями-паразитами, вызывающими заболевания у людей. То есть за последние 5 лет сразу три Нобелевские премии отправились в Страну Восходящего Солнца.

Однако в Японии удается не только с завидной регулярностью делать фундаментальные научные открытия в области биомедицины. Эта страна демонстрирует не менее впечатляющие результаты индустриального использования полученных открытий, причем сроки так называемого полного жизненного цикла инновационных исследований и разработок сокращаются до 5–6 лет. Целью настоящего исследования был анализ моделей ускорения жизненного цикла исследований и разработок в области биомедицины, а также временных параметров трансформации сугубо фундаментального направления в индустриально перспективное.

© Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, 2016 г.

В качестве объекта исследования мы выбрали технологии репрограммирования соматических клеток для получения индуцированных плюрипотентных стволовых клеток, за разработку которых Синья Яманака получил Нобелевскую премию по медицине в 2012 г.

РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РЕПРОГРАММИРОВАНИЯ В США И ЯПОНИИ

Хронологический анализ развития исследуемого научно-технологического направления в Японии позволил выделить следующие ключевые события.

2006 г.: В журнале «Cell» опубликована статья Синья Яманака (Shinya Yamanaka) из Киотского университета (Kyoto University) о возможности репрограммирования «взрослых» клеток в так называемые индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (induced pluripotent stem cells – iPSC) [2], которая в этом же году попадает в списки «горячего цитирования». Индуцированные плюрипотентные стволовые клетки – это стволовые клетки, полученные из каких-либо иных (соматических, репродуктивных или плюрипотентных) клеток путём эпигенетического репрограммирования. Плюрипотентные клетки могут дифференцироваться во все типы клеток, включая половые клетки, но исключая внезародышевые ткани [3].

Основную часть клеток организма составляют детерминированные клетки – обычно непролиферирующие, которые не обладают способностью дифференцироваться в другие клеточные типы. Соматические, в отличие от них, могут дифференцироваться. Такими клетками являются клетки фибробластов, гепатоциты печени, клетки крови, лимфоциты или Т-лимфоциты. В ходе раннего развития в организме человека происходит спецификация внезародышевых и зародышевых тканей. Тело человека формируется из ранних клеток, эти клетки – предшественники всех соматических, половых и прочих клеток во взрослом организме [3].

Синья Яманака путем простого перебора 24 факторов, специфических для эмбриональных стволовых клеток (ЭС-клеток) мыши, вывел минимальную комбинацию транскрипционных факторов, необходимых и достаточных для индукции плюрипотентности в фибробластах мыши: Oct4, Sox2, Klf4 и c-Myc (т.н. «коктейль Яманаки»). Полученные в результате репрограммирования клетки, названные индуцированными плюрипотентными стволовыми (иПС от англ. iPS) клетками, обладали практически неотличимыми от ЭС-клеток характеристиками.

2008–2011 гг. Возможности, вытекающие из способности соматических клеток превращаться в эмбриональные стволовые клетки – iPSC, вызывают большой коммерческий интерес [4]. Начинается экспоненциальный рост патентования результатов в области исследований iPSC. Синья Яманака создает портфель патентов, в который вошли 44 патентные семьи, охватывающие около 180 патентных заявок и 12 выданных патентов, доступных для лицензирования [5]. С 2011 г. лидером по количеству полученных патентов в области индукции прюрипотентности стволовых клеток становится Япония. В этой стране для управления патентами и технологиями в области исследований iPSC даже создается специальный институт – iPS Academia Japan, который в настоящее время является дистрибьютором нескольких продуктов, в частности iCell нейронов, iCell кардиомиоцитов и iCell эндотелиальных клеток.

2012 г. За «открытие возможности репрограммирования дифференцированных клеток в плюрипотентные» Джон Гёрдон и Синья Яманака удостоены Нобелевской премии по физиологии и медицине.

2013 г. В Японии стартует проект по созданию общенационального банка универсальных стволовых клеток неэмбрионального происхождения – iPSC [6]. Дорожная карта проекта предполагает накопление к 2015 г. биоматериалов, не вызывающих отторжение у 20% населения Японии, для создания искусственных органов; к 2019 г. – для 30–50%

жителей Японии. В результате реализации национального проекта в 2023 г., как ожидается, примерно 80%-90% населения Японии смогут рассчитывать на пересадку органов, выращенных из стволовых клеток созданного банка iPSC-клеток. Развитие индустрии искусственных органов в Японии поддерживается крупномасштабными инвестициями из средств государственного бюджета.

2009 г. Университетский стартап (компания ReproCELL), проинвестированный венчурным фондом Токийского и Киотского университетов, первым в мире создает коммерчески доступный продукт на основе индуцированных плюрипотентных стволовых клеток человека – iPSC-производные кардиомиоцитов «ReproCario» [4].

2013 г. Впервые в мире под руководством Масяо Такахаши (Masayo Takahashi) из RIKEN Center for Developmental Biology в Кобе (Япония) начато клиническое исследование по пересадке индуцированных плюрипотентных стволовых клеток человеку.

Август 2014 г. Первому пациенту имплантирована ткань сетчатки, полученная с использованием iPSC из собственных клеток кожи пациента.

Февраль 2015 г. Госпиталь Киотского университета (Kyoto University Hospital) в Кобе объявляет об открытии в 2019 г. лечебного центра для проведения клинических исследований по iPSC-терапии.

В это же время в США происходит становление другого лидера, столь же последовательно продвигающегося к новому формирующемуся рынку продуктов iPSC-технологий. Им является компания Cellular Dynamics International (CDI), основанная профессором Джеймсом Томсоном (Dr. James Thomson) в 2004 г. со штабквартирой в городе Мэдисон, штат Висконсин. Главные вехи превращения ее в быстрорастущую технологическую компанию можно представить в виде следующей хронологической последовательности:

2010 г. CDI стала первой иностранной компанией, которой было предоставлено право на использование патентного портфеля iPS Academia Japan. Кроме того, CDI получила лицензию на использование Otsu – продукта японской компании Takara Bio RetroNectin, который компания использует для производства своих iCell и MyCell продуктов [7]. Синья Яманака связан с деятельностью CDI в качестве члена научно-консультативного совета компании iPS Academia Japan, которая была создана для управления патентами и технологиями, разработанными Синья Яманака.

Март 2013 г. Cellular Dynamics International и Coriell Institute for Medical Research получает гранты в 16 млн долл. от Калифорнийского института регенеративной медицины на создание 3000 iPSC-линий от здоровых и больных доноров, что позволило компании создать крупнейший в мире банк iPSC-клеток человека. Компания анонсировала план по созданию биобанка iPSC-клеток, который будет охватывать 95% населения США [8].

Июль 2013 г. Компания Cellular Dynamics International объявляет о публичном размещении акций, продает 38,460,000 обыкновенных акций по 12 долл. за акцию и привлекает 43 млн долл. инвестиций [9], обеспечив возможность производства высококачественных человеческих iPSC-клеток и дифференцированных клеток в промышленных масштабах. К этому моменту CDI обладает 800 патентами, производством промышленного масштаба и фактически становится мировым лидером, претендующим на господствующее положение на формирующемся рынке IPSC-технологий [4].

30 марта 2015 г. Японская корпорация Fujifilm Holdings Corporation, капитализация которой в 2015 г. составляла 20 млрд долл., объявила о приобретении акций CDI по 16,5 долл. за акцию, всего на 307 млн долл., после чего CDI продолжает свою деятельность в Мэдисоне, штат Висконсин, и в Новато, штат Калифорния уже в качестве консолидированной дочерней компании Fujifilm [10].

Таким образом достигнута синергия технологических заделов двух компаний для индустрии регенеративной медицины. Технологическая платформа CDI позволяет производить iPSC-клетки и другие клетки человека в промышленном масштабе, что важно при разработке лекарственных препаратов, во время испытаний на их токсичность и для создания банка стволовых клеток и развития клеточной терапии. Благодаря коллагеновым технологиям, первоначально применяемым для производства фотопленки, Fujifilm разработала высокобиосовместимый рекомбинантный пептид (RCP) – искусственный белок идентичный натуральному, который служит эффективным каркасом для выращивания клеток и может быть использован в сочетании с iPSC-клетками [11].

Важно отметить, что Fujifilm укрепляла свое присутствие в области регенеративной медицины в течение нескольких последних лет, в том числе путем приобретения в декабре 2014 г. большинства акций японской компании Tissue Engineering Co (J-TEC). J-TEC. Эта компания выпустила два первых продукта регенеративной медицины, которые получили одобрение японского правительства: культивированный аутологичный эпидермис JACE и культивированные аутологичные хрящи JACC, а также занимается культивированием клеток по запросу от других компаний и организаций [11].

Эксперты прогнозируют, что приобретение CDI превратит Fujifilm в технологического лидера в сфере оказания медицинских услуг и создания новых лекарственных препаратов на основе плюрипотентных клеток. При этом они отмечают, что Fujifilm не ограничится попытками коммерциализации производства плюрипотентных клеток, что сделает клетки доступными для клинического использования, и созданием новых лекарственных препаратов на основе плюрипотентных клеток. Есть все основания ожидать, что компания попытается реализовать стратегическое объединение технологий на основе iPSC-клеток, разработанных CDI, с опытом Fujifilm в области материаловедения и инженерных систем в пределах формирующегося рынка, созданного iPSC-технологиями [8].

Таким образом на сегодняшний день можно выделить четыре основных направления развития iPSC–технологий, которые, как ожидается, сформируют основные рыночные сегменты глобального рынка:

- разработка новых лекарственных препаратов;
- биобанкнинг стволовых клеток;
- терапевтическое применение iPSC-продуктов;
- расширение линейки продуктов на основе IPSC-технологий.

Значительные успехи клинических исследований, производства и применения iPSC-технологий сопровождаются ростом инвестиций в этот сектор бизнеса. В настоящее время выделяют несколько компаний, являющихся драйверами направления. В их число входят: ViaCyte, Fate Therapeutics, iPerian, Ocata Therapeutics, RIKEN Center (Коба, Япония); ReproCELL (Канагава, Япония); Thermo Fisher Scientific (Роквилле, штат Мэриленд, США); STEMCELL Technologies (Ванкувер, Канада); BD Biosciences (Сан-Хосе, Калифорния, США); Ocata Therapeutics, ранее Advanced Cell Technology (Мальборо, штат Массачусетс, США); Fate Therapeutics (Сан-Диего, штат Калифорния); iPerian / Bristol-Myers Squibb (Сан-Франциско, штат Калифорния, США); ViaCyte (Сан-Диего, штат Калифорния, США). Однако без сомнения лидер технологической гонки уже определен – Fujifilm, поглотившая CDI.

РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО РЕПРОГРАММИРОВАНИЯ В РОССИИ

Открытию Синья Яманака в 2006 г. предшествовало несколько важных научных результатов, один из которых был получен Олегом Леонидовичем Серовым (лаборатория генетики развития Федерального исследовательского центра Институт цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск), который первым

в мире еще в 1998 г. доказал, что при слиянии плюрипотентных и соматических клеток плюрипотентность является доминирующей. Она переносится на соматическое ядро и репрограммирует его. Выводы О.Л. Серова были подтверждены в последующих опытах Остина Смита [12].

Сегодня работы по изучению возможностей репрограммирования клеток при помощи форсированной генной экспрессии ведутся группой ученых, возглавляемой членом-корреспондентом РАН, доктором биологических наук А.Н. Томилиным (лаборатория молекулярной биологии стволовых клеток Института цитологии РАН, Санкт-Петербург). В 2007 г. этот российский учёный, ранее руководивший группой отдела биологии развития Института иммунобиологии Макса Планка, Фрайбург, Германия (Max-Planck-Institute for Immunobiology) [13], вернулся из Германии в Россию, чтобы создать здесь передовую биомедицинскую лабораторию в рамках программы президиума РАН «Молекулярная и клеточная биология» (2006 г.). Исследования лаборатории были посвящены центральному регулятору клеточной плюрипотентности, POU-доменному белку Oct4, абсолютно необходимому как для поддержания, так и для индукции плюрипотентности (Oct4 является единственным незаменимым компонентом «коктейля Яманаки»). В ходе проведенных исследований были получены результаты как фундаментального, так и прикладного характера [12].

В сотрудничестве с ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России проводится моделирование некоторых генетически наследуемых заболеваний сердца с применением индуцированных плюрипотентных стволовых клеток [14].

Специалисты Федерального исследовательского центра Институт цитологии и генетики СО РАН открыли универсальный маркер стволовых раковых клеток. Кроме того, им удалось разработать способ их уничтожения, что позволило вылечить лабораторных мышей от двух форм злокачественных опухолей [15].

В лаборатории генетических основ клеточных технологий Института общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН из эндотелиальных клеток пупочной вены человека (HUVEC) с помощью генетического репрограммирования были впервые получены клетки с индуцированной плюрипотентностью морфологически, молекулярно и функционально полученные клетки идентичны эмбриональным стволовым клетками человека [16].

В 2010 г. в России ООО «Лаборатория Клеточных Технологий» (ЛКТ) запатентован способ получения iPSC-клеток. Патент «Способ получения плюрипотентных клеток» зарегистрирован в Государственном реестре изобретений РФ 20 сентября 2010 г., с приоритетом изобретения от 10 апреля 2009 г.; в настоящее время запатентованный способ получения iPS-клеток проходит регистрацию в Европе и США [17]. ООО «Лаборатория Клеточных Технологий» – исследовательское подразделение российской биотехнологической компании Институт Стволовых Клеток Человека (ПАО «ИСКЧ»). ПАО «ИСКЧ» основана в 2003 г. и специализируется на разработке технологии и лекарственных препаратов на основе методов клеточных и генных технологий.

В 2010 г. разработан проект т*ехнологической платформы МГУ им. М.В. Ломоносова «Постгеномные и клеточные технологии в биологии и медицине», в* рамках которой предполагается развивать технологии использования стволовых клеток из дифференцированных тканей человека для стимуляции процессов регенерации [18]. Первое собрание технологической платформы состоялось 20 сентября 2010 г. [19], однако информация о дальнейшей работе платформы авторами, к сожалению, не найдена.

В апреле 2013 г. в Амстердаме подписано соглашение о создании в Сколковском институте науки и технологий (Сколтех) Центра науки, образования и инноваций по исследованию стволовых клеток. Это соглашение подписали Медицинский центр нидерландского Университета Гронингена, Институт общей

генетики им. Н.И. Вавилова и Сколковский институт науки и технологий (Сколтех). Центр науки, образования и инноваций (ЦНИО) по исследованию стволовых клеток планировали создать в числе первых из 15-и ЦНИО, которые должны появиться в Сколково к 2020 г. Предполагалось, что эти международные проекты будут иметь срок реализации по 5 лет каждый, а совокупный бюджет составит 675 млн долл. Центр по исследованию стволовых клеток должен был ежегодно выпускать не менее 20 специалистов в области регенеративной медицины, а результатом его работы должно было стать «*глубокое понимание фундаментальных аспектов деятельности стволовых клеток,* что, в свою очередь, приведет к созданию новых методов лечения и новых лекарств» [20].

26–28 мая, 2014 г. в Гиперкубе Инновационного центра Сколково было объявлено о проведении международной конференции «Терапия будущего». Конференция приурочена к запуску двух исследовательских центров Сколтеха – Центра по исследованию стволовых клеток и Центра по биомедицинским технологиям и РНК-терапии [21]. По словам президента Сколтеха Эдварда Кроули, ***«в Сколтехе с нуля будет создан уникальный университет, призванный извлечь из исследований реальные коммерческие результаты»*** [22].

Однако нам не удалось найти результатов деятельности этого Центра. В конце августа 2016 г. на портале Сколтех находилась информация о 9-и созданных ЦНИО, среди которых Центр по исследованию стволовых клеток отсутствовал [23].

В 2015 г. лаборатория молекулярной биологии стволовых клеток Института цитологии РАН начала работу по вхождению России в международную некоммерческую организацию Global Alliance for iPSC Therapies (GAiT). Главной задачей GAiT является создание международного «Гаплобанка» – глобального ресурса HLA-типированных гомозиготных (HLA-A, HLA-B и HLA-DR) и специфических для каждой из стран-участниц линий иПС клеток, полученных по стандартам GMP и прошедших по вырабатываемым GAiT стандартам контроля качества [12].

Наконец, в начале апреля 2016 г. в Санкт-Петербурге прошла международная конференция «Передовые клеточные технологии: от науки к практике» (CTERP) [24], в обсуждении последних достижений в области стволовых клеток, включая плюрипотентные стволовые клетки приняли участие специалисты более 20-и институтов и научных центров России, среди которых Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина; Лаборатория клеточной биологии Федерального научно-клинического центра физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства; Институт химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН; Институт цитологии РАН; Институт Высшей Нервной Деятельности и Нейрофизиологии РАН и др.

ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя данный кейс, представляется важным отметить следующие факторы ускорения жизненного цикла исследований и разработок в области индуцированных плюрипотентных стволовых клеток и становления индустрии регенеративной медицины.

Во-первых, обращает на себя внимание продолжительность жизненного цикла ИиР, выполняемых в рамках этого направления. С момента открытия явления репрограммирования iPSC-клеток и первой публикации в 2006 г. до создания солидного патентного портфеля, видимо, надежно закрывшего базовые технологические манипуляции, прошло всего 5 лет. До присуждения Нобелевской премии, т.е. осознания современниками степени революционности и практической значимости открытия, прошло всего лишь 6 лет со дня первой публикации. До старта национального проекта в Японии, имеющего целью достижение лидерства в индустрии

искусственных органов прошло только 7 лет. До первой имплантации пациенту ткани сетчатки, полученной с использованием iPSC-клеток из собственных клеток кожи – лишь 8 лет! До публичного размещения акций высокотехнологичной компанией – всего 7 лет! До поглощения этой компании крупной промышленной компанией – 9 лет!

Такие темпы превращения прорывного научного знания в коммерческий продукт не имеют аналогов в предшествующей истории становления высокотехнологичных индустрий и являются грозным вызовом для научно-технологического развития РФ.

Во-вторых, представленный кейс убедительно показывает турбулентную, а не линейную смену последовательности фаз («фундаментальных», «ориентированных», «поисковых», «прикладных») исследований и разработок. Стадия патентования, т.е. создание промышленно применимых решений, была начата за 3–5 лет до получения Нобелевской премии, что, в свою очередь, не означало приостановки фундаментальных исследований, результаты которых превращались в прикладные в ходе решения типовых задач этапа «разработок». Поэтому институциализация фаз исследований и источников их финансирования, получившая развитие в последние 10 лет в РФ, с нашей точки зрения, является устаревшей парадигмой, не учитывающей новых закономерностей и факторов развития современной науки, связанных с сокращением жизненного цикла ИиР и использованием новых моделей управления прорывным знанием.

В-третьих, обращает на себя внимание, что с целью завоевания технологического лидерства в рекордные короткие сроки прорывные научные заделы приобретаются, но не воспроизводятся. Так, компания CDI предпочла приобрести лицензии на патенты Яманака, принадлежащие Киотскому университету, а компания Fujifilm Holdings Corporation поглотила несколько быстрорастущих малых и средних технологических компаний, включая и саму компанию CDI. Эта ситуация подтверждает сформулированный авторами настоящей статьи тезис о необходимости перехода к модели «науки быстрого реагирования» (термин авторов) и восприятию на ранних стадиях готовых прорывных научно-технологических заделов, созданных в других центрах превосходства для достижения технологического лидерства.

В-четвертых, следует отметить высокий уровень диверсификации современных крупных промышленных компаний. Fujifilm Holdings Corporation еще несколько десятилетий назад была известна в качестве ключевого игрока на рынках фотоиндустрии. Однако, владея инструментами стратегического планирования и осознавая неизбежную смену технологических укладов и индустрий, постоянно инвестирует в технологические стартапы, связанные со становлением индустрий 4.0. В этой связи следует обратить внимание, что ПАО «Газпром» предпочитает инвестировать сопоставимые суммы (по 300 млн долл. в год) в отечественную футбольную команду [25], не демонстрируя никаких попыток диверсификации своих бизнес-моделей.

В-пятых, описанная в кейсе модель взаимодействия ключевых участников создания новых рыночных высокотехнологичных продуктов на базе iPSC-технологий является, с нашей точки зрения, той самой моделью ***стратегического исследовательского проектного консорциума,*** создание которых сформулировано в качестве одной из задач, стоящих перед РФ, согласно проекту «Стратегии научно-технологического развития РФ до 2035 года» (далее – СНТР-2035) [29]. Важно подчеркнуть, что данный проектный консорциум характеризуется высокой пространственной распределенностью, что демонстрирует еще одну принципиально новую черту развития современной научно-технологической сферы, для которой свойственна трансграничность. Участниками таких консорциумов становятся компании различных стран, индустрий и представители различных научных школ, которые, избегая сценария

конкуренции, предпочитают объединять свои передовые научно-технологические заделы, осознавая, что временной фактор может стать критическим для объема рыночных ниш, которые они могут захватить.

В-шестых, обращает на себя внимание высокая доступность и оперативность венчурного капитала США и Японии. Уже в 2009 г., т.е. спустя всего 3 года после первой публикации университетский стартап ReproCELL, проинвестированный венчурным фондом Токийского и Киотского университетов, первым в мире создает коммерчески доступный продукт на основе индуцированных плюрипотентных стволовых клеток человека – iPSC-производные кардиомиоцитов ReproCario!

В-седьмых, обращает на себя внимание исключительно грамотно построенная система управления интеллектуальной собственностью. Сразу же после получения прорывного результата фундаментального исследования Яманака, осознавая его огромную промышленную применимость и коммерческий потенциал, закрывает 180 патентными документами и 44 патентными семьями ключевые технические решения. Причем, судя по тому, что компании CDI пришлось приобретать лицензии, сделано это было очень профессионально и «обойти» уже выданные патенты не представлялось возможным. Одновременно была создана специальная структура- iPS Academia Japan, Inc., функция которой – управление обретенными правами на объекты интеллектуально собственности.

Что же является интегральным результатом реализации рассмотренной в кейсе модели ускорения жизненного цикла ИиР? В 2006 г. во многих странах ученые, представляющие национальные академические школы, занимающиеся клеточными технологиями, были в высокой степени подготовлены к трансформации полученных ими результатов в технологии регенеративной медицины и к созданию индустрии искусственных органов и тканей. Революционное открытие Яманака, по сути, стало тригером для такой трансформации. Одновременно его можно рассматривать как выстрел стартового пистолета в финальном забеге стран, претендующих на технологическое лидерство на формирующемся рынке лекарственных препаратов и медицинских услуг, созданных технологиями индуцированных плюрипотентных стволовых клеток. Очевидно, что важнейшим фактором достижения цели в виде захвата ниш этого рынка являлось время.

Именно поэтому важно понимать, реализация какой модели позволила США и Японии стать лидерами этой гонки, а РФ – аутсайдером. На фоне изложенной в статье хронологии бурного развития этих технологий в Японии и США после 2006 г. векторы, задаваемые отечественной научно-технологической политикой, выглядят нежизнеспособными, несовременными и потому непродуктивными. Тема создания проектных консорциумов как эффективной модели сокращения жизненного цикла ИиР впервые прозвучала в РФ лишь в 2014 г. На заседании Президиума Совета при Президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию под председательством Д.А. Медведева Минпромторгу России было поручено формирование проектных консорциумов по приоритетным технологическим направлениям, горизонтальной кооперации средних и малых технологических компаний, по направлениям, в которых они могут сформировать внутренний (якорный) спрос в интеграции с национальными и зарубежными центрами компетенций. Предполагалось, что отечественные проектные консорциумы будут ориентированы на рынки, составляющие более 10 млрд долл. ежегодных глобальных продаж. В основу организации проектных консорциумов для реализации цикла работ от создания перспективного инновационного продукта (новой или усовершенствованной высокотехнологичной продукции) до его освоения в промышленном производстве и вывода на рынок должны быть положены принципиально новые модели взаимодействия

центров превосходства, созданных на базе ведущих исследовательских организаций России, средних и малых технологических компаний, крупных зарубежных компаний, что позволит добиваться конкурентных преимуществ новых технологических продуктов [26].

Следующий этап обсуждения темы проектных консорциумов состоялся на Совете по науке и образованию при Президенте РФ в январе 2016 г. [27], на котором для создания проектных консорциумов предложено выбирать ведущие организации по критериям, которые еще не сформулированы. На базе этих ведущих организаций планируется формировать центры превосходства, привлекающих индустриальных партнеров, которым будут интересны эти направления исследований, после чего ожидать крупных бенефициаров, а параллельно разрабатывать новые подходы к выделению научно-технологических приоритетов и продолжать расчленять естественный исследовательский процесс на все новые и новые его стадии.

В этой связи хочется сформулировать ряд вопросов, ответы на которые, возможно, объяснили бы отмеченное в СНТР-2035 обстоятельство, что «рост финансирования исследований и разработок и инновационной инфраструктуры не привёл к автоматической реализации инновационного сценария развития Российской Федерации» [29, с. 10]:

1. Почему, несмотря на заявленные в РФ научно-технологические приоритеты и критические технологии (науки о жизни, клеточные технологии, технологии активного долголетия и прочие), это направление сразу же после публикации Яманака в 2006 г. не получило нового импульса развития?

2. Почему в Долгосрочном прогнозе научно-технологического развития Российской Федерации до 2025 года, опубликованном в 2008 г. [28], направление репрограммирования клеток вообще не было упомянуто?

3. Почему крупные промышленные компаний РФ редко приобретают средние технологические компании (российские или зарубежные) с целью диверсификации своего бизнеса?

4. Почему институты развития, в частности Фонд Сколково, ограничился лишь планами и подписанием соглашений о развитии этого направления и что помешало ему приобрести лицензии у iPS Academia Japan, Inc. с целью поддержки исследований, ведущихся в российских научных центрах?

Литература

1. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2016 http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2016/press.html.

2. *Kazutoshi, T., Shinya, Y.* (2006) Induction of pluripotent stem cells from mouse embryonic and adult fibroblast cultures by defined factors // CELL. V. 126. Issue 4. P. 663–676.

3. Передовые клеточные технологии: от науки к практике. Интервью с Алексеем Томилиным (2016) / Новости GMP. 05.04.2016. http://gmpnews.ru/2016/04/peredovye-kletochnye-texnologii-ot-nauki-k-praktike.

4. Complete 2015–16 Induced Pluripotent Stem Cell (iPSC) Industry Report (2015) / BioInformant. http://www.researchmoz.us/complete-2015–16-induced-pluripotent-stem-cell-ipsc-industry-report-report.html.

5. Stem Cell Research Patent Landscape (Briefing Note) (2015) / The Hinxton Group. https://hinxtongroup.wordpress.com/background-2/ip-landscape.

6. *Головнин В.* (2013) В Японии начал работу первый в мире банк стволовых клеток / ИТАР-ТАСС. 06/12/2013. http://itar-tass.com/nauka/814785.

7. *Striklin D.* (2014). 3 Companies Banking on Regenerative Medicine / Wall Street Cheat Sheet. 13.01.2014. http://wallstcheatsheet.com/stocks/3-companies-banking-on-regenerative-medicine.html/?a=viewall.

8. *Hildreth C.* (2015) 5 Market Leaders in iPS Cell Therapy Development You Need to Know / BioInformant. 16.07.2015. http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fhpHYTCNwu8J: www.bioinformant.com/five-companies-developing-induced-pluripotent-stem-cell-therapies/+&cd=1&hl=ru&ct=clnk&gl=ru.

9. Cellular Dynamics International Announces Closing of Initial Public Offering (2013) / Cellular Dynamics International. 30.07.2013.

10. Fujifilm Holdings To Acquire Cellular Dynamics International, Inc. (2015) / PRNewswire. 30.03.2015. http://www.prnewswire.com/news-releases/fujifilm-holdings-to-acquire-cellular-dynamics-international-inc-300057456.html.

11. Инновации – Стратегии будущего (2016) / Портал FujiFilm. https://www.fujifilm.eu/ru/innovation/stories/regenerative-medicine.

12. *Томилин А.Н.* (2016) Фундаментальные основы клеточных технологий и их применение в регенеративной медицине. Доклад на заседании Президиума Российской Академии наук / Портал РАН. 26.01.2016. http://www.ras.ru/news/news_release.aspx? ID=f3a9bf87–2593–4b5a-ac2e-460b944291c7.

13. *Михайлова Н.* (2011) Ген-самоубийца в стволовых клетках / Портал STRF.RU – Наука и технологии РФ. 05.08.2011. http://www.strf.ru/mobile.aspx? CatalogId=393&d_no=41505.

14. Индуцированные плюрипотентные стволовые клетки (иПСК) (2016) / Портал Института молекулярной биологии и генетики «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. http://www.almazovcentre.ru/?page_id=4488.

15. Сибирские ученые разработали новый способ поиска и уничтожения рака (2016) // Наука в Сибири. 01.07.2016. http://www.sbras.info/news/sibirskie-uchenye-razrabotali-novyi-sposob-poiska-i-unichtozheniya-raka.

16. Лаборатория генетических основ клеточных технологий (2016) Портал Института общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН. http://vigg.ru/institute/podrazdelenija/otdel-ehpigenetiki/laboratorija-geneticheskikh-osnov-kletochnykh-tekhnologii/?no_cache=1&sword_list%5B%5D=%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D1%85.

17. Лаборатория клеточных технологий (2016) Портал Института Стволовых Клеток Человека. http://hsci.ru/napravleniia/nauchnye-issledovaniia-i-razrabotki/lkt.

18. Проект реализации технологической платформы «Постгеномные и клеточные технологии в биологии и медицине» (2010) / МГУ им. М.В. Ломоносова / Портал STRF.RU – Наука и технологии РФ. 08.12.2010. http://www.strf.ru/material.aspx? CatalogId=372&d_no=35612.

19. Технологическая платформа «Постгеномные и клеточные технологии» (2010) / Фарминнотех. 02.11.2010. https://sites.google.com/a/pharminnotech.com/rec/news/tech-platforms-msu.

20. *Шустиков В.* (2013) Подписано Соглашение о создании ЦНИО Сколтех по исследованию стволовых клеток в партнерстве с университетом Гронингена / Сколково. 09.04.2013. http://sk.ru/news/b/pressreleases/archive/2013/04/09/podpisano-soglashenie-o-sozdanii-cnio-skolteh-po-issledovaniyu-stvolovyh-kletok-v-partnerstve-s-universitetom-groningena.aspx.

21. Научная конференция «Терапия Будущего» (2014) / Сколково. http://sk.ru/events/2255.aspx.

22. *Шустиков В.* (2013) Сколково и Нидерланды сделают бизнес на стволовых клетках / Сколково. 15.04.2013. http://sk.ru/news/b/press/archive/2013/04/15/skolkovo-i-niderlandy-sdelayut-biznes-na-stvolovyh-kletkah.aspx.

23. The 9 CREIs are Centers for Research, Education and Innovation established in collaboration with international and Russian Partners (2016) / Skoltech Research. http://www.skoltech.ru/research/en.

24. CTERP 2016 – International conference cell technologies at the edge: research and practice (2016) / CTERP. http://cterp.org/cterp-2016-abstracts-are-published.

25. *Лисовский А.* (2012) «Газпром» не будет сокращать финансирование «Зенита» // Комсомольская правда. 24.12.2012. http://www.kp.ru/online/news/1328465.

26. О развитии новых производственных технологий (2014) Заседание Президиума Совета при Президенте РФ по модернизации экономики и инновационному развитию от 16 сентября 2014 г. / Официальный сайт Правительства России. http://government.ru/news/14787.

27. Заседание Совета по науке и образованию при Президенте РФ 21 января 2016 г. (2016) Стенограмма / Официальный сайт Президента России. http://www.kremlin.ru/events/councils/by-council/6/51190.

28. Долгосрочный прогноз научно-технологического развития Российской Федерации до 2025 года / Минобрнауки России. http://old.mon.gov.ru/files/materials/5053/prog.ntr.pdf.

29. Проект Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации до 2035 года от 05 мая 2016 г. (2016) / Фонд «Центр стратегических разработок». http://sntr-rf.ru/upload/iblock/4c6/%D0%A1%D0%9D%D0%A2%D0%A0%2005.05.2016_%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%2022.pdf.

UDC 339

Kurakova N.G., Tsvetkova L.A. ***History of the development of breakthrough biomedical areas: lessons for Russia***

(The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia)

Abstract. On the example of development of technologies of reprogramming to obtain induced pluripotent stem cells estimated timelines for the transformation of the results of breakthrough fundamental research into commercial high-tech product in Japan, USA and Russia. The conclusion is that a key role in accelerating the life cycle of research and development play a growing high-tech companies and large industrial companies interested in diversifying their business strategies. It is stated a critical lag of the development of life cycle studies in this field in Russia and investigates its causes.

Keywords: *research and development, life cycle, duration, acceleration, deceleration, factors, technologies for reprogramming cells, induced pluripotent stem cells, Japan, USA, Russia*.*

* Публикация подготовлена в рамках поддержанного РФФИ научного проекта № 16-29-12881 «Разработка методов повышения качества экспертизы научных проектов с учетом жизненного цикла научно-технологического знания».

О.И. Волкова,
руководитель отдела аналитики и маркетинговых исследований ООО «Медком-МП»,
г. Москва, Россия, ovolkova@msk.medcom-mp.ru
А.Ю. Супов,
генеральный директор ООО «Медком-МП» (декабрь 2013 – сентябрь 2016),
г. Москва, Россия

ОПТИМИЗАЦИЯ РАСХОДОВ ИЛИ НЕРАЦИОНАЛЬНОЕ РАСХОДОВАНИЕ СРЕДСТВ: ПОЧТИ ЗАБЫТЫЕ МНОГОРАЗОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПЕРЧАТКИ ВОЗВРАЩАЮТСЯ

УДК 614.2

Волкова О.И., Супов А.Ю. ***Оптимизация расходов или нерациональное расходование средств: почти забытые многоразовые хирургические перчатки возвращаются*** *(ООО «Медком-МП», г. Москва, Россия)*

Аннотация. Возвращение к использованию многоразовых хирургических перчаток, на что указывает стойкое снижение импорта стерильной хирургии на протяжении последних двух лет, экономически нецелесообразно. В статье представлены данные клинико-экономического анализа, подтверждающие повышение нагрузки на бюджет медицинских организаций в случае проведения самостоятельной стерилизации перчаток. Показано, что надежды на экономию за счет многократной стерилизации себя не оправдывают: дополнительные и накладные расходы повышают стоимость одного применения первоначально дешевой многоразовой перчатки до стоимости перчаток среднего и даже высокого ценового сегмента. Подчеркивается необходимость внедрения в практику больниц проведения клинико-экономического анализа при выборе и закупках медицинских перчаток.

Ключевые слова: *многоразовые хирургические перчатки, клинико-экономический анализ, стерилизация перчаток, Медком-МП.*

Согласно рекомендациям ВОЗ[1], дезинфекция, стерилизация и повторное использование хирургических перчаток в странах Европы и США не практикуется: после применения перчатки утилизируются. В России по мере развития российского рынка расходных материалов использование многоразовых хирургических перчаток также неуклонно снижалось: на торгах в 2013 г. их закупали лишь 4% всех участников закупок из 37 регионов РФ, в 2014 г. – 3,4% из 22 регионов. Однако в сложной экономической ситуации, когда больницы пытаются оптимизировать свои расходы, вполне реален соблазн сэкономить на стерильной хирургии и возвратиться к закупкам более дешевых нестерильных перчаток с самостоятельной стерилизацией перед использованием. На это указывает выявленная тенденция к снижению объемов импорта стерильных хирургических перчаток[2] *(рис. 1).*

[1] http://www.who.int/gpsc/5may/Glove_Use_Information_Leaflet.pdf.
[2] www.revindata.ru.

© О.И. Волкова, А.Ю. Супов, 2016 г.

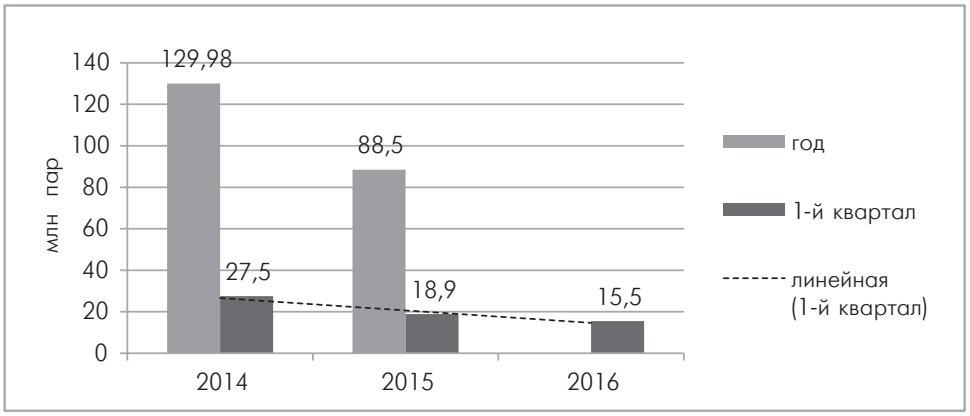


Рис.1. **Динамика объема импорта в РФ стерильных хирургических перчаток**

Руководствуясь устаревшими ГОСТ[3], многоразовые перчатки в ряде случаев отправляют не только на первую, но и на повторную стерилизацию. Подобный подход недопустим, прежде всего, потому, что положения действующего СанПин 2.1.3.2630–10[4] однозначно указывают на необходимость использования одноразовых перчаток при выполнении хирургических манипуляций. Кроме того, использование нестерильных перчаток не оправдывает себя с экономической точки зрения даже при их однократной стерилизации.

Для предупреждения распространения практики закупок многоразовых хирургических перчаток представляется важным обратить внимание руководителей медицинских организаций (МО) на экономические аспекты этого выбора. В процессе подготовки и использования многоразовых перчаток изначально небольшие затраты на их закупку многократно увеличиваются за счет дополнительных и накладных расходов, сводя на нет первоначальную экономию.

Правомерность данного заключения подтверждена результатами клинико-экономического анализа, в рамках которого оценивались сравнительные затраты больниц на использование трех видов стандартных латексных хирургических перчаток низкой ценовой группы: стерильных опудренных, стерильных неопудренных и нестерильных.

В 37 медицинских организациях с опытом применения всех трех видов хирургических перчаток, отобранных в 8 регионах РФ методом стратифицированной выборки (непропорциональный отбор), проводился сбор и анализ необходимых для расчетов данных:

– трудозатрат на подготовку перчаток к стерилизации;

– технических деталей процесса и режима стерилизации перчаток;

– видов, закупочной стоимости и расхода используемых в процессе стерилизации медицинских изделий и материалов;

– долевой выбраковки перчаток после каждого цикла стерилизации, а также замены после разрывов при надевании и/или повреждений в ходе операций;

– заработной платы операционных медсестер и сотрудников стерилизационного отделения;

– годового объема операций;

– закупочной стоимости годового объема перчаток каждого вида.

Из методических пособий и непосредственно по данным МО были определены основные этапы подготовки нестерильных перчаток к применению, которые, в зависимости от первичной или повторной (после использования в операциях) стерилизации, могут различаться *(таблица 1)*.

[3] ГОСТ 3–88 (с актуализацией описания 01.08.2013), п. 1.3.5.

[4] СанПин 2.1.3.2630–10, гл. 3, п. 4.26,4.29

Таблица 1. **Алгоритм подготовки хирургических перчаток к использованию**

Многоразовые перчатки (нестерильные)		*Одноразовые перчатки (стерильные)*
перед первой стерилизацией	*перед второй стерилизацией*	
Распаковка	Мытье с мылом после операции	Распаковка
	Дезинфекция	
	Промывка под струей воды	
	Сушка	
	Опудривание	
Подготовка марлевых/бумажных/ветошных заготовок, необходимых для упаковки перчаток перед стерилизацией		
Упаковка перчаток в заготовки		
Укладка перчаток в стерилизационные коробки (биксы)		
Подготовка автоклава к работе, настройка, загрузка биксами		
Стерилизация перчаток		
Выгрузка биксов с перчатками из автоклава, доставка в операционный блок и другие отделения МО		

После сбора и анализа необходимых для расчетов данных были оценены:

– увеличение объемов потребления каждого из трех видов перчаток за счет выбраковки и замены по разным причинам;

– удорожание одного применения перчаток каждого вида за счет выбраковки и замены по разным причинам;

– средние затраты на один процесс стерилизации;

– средние затраты на первичную и повторную стерилизацию одной пары многоразовых перчаток.

Итоги расчетов представлены сравнительными годовыми объемами потребления перчаток каждого вида, совокупными затратами и разницей в расходах МО. Для расчетов применяли один из методов клинико-экономического анализа – влияние на бюджет. Вычисления проводились в стандартной программе Microsoft Excel.

Результаты

Диапазон разброса закупочных цен хирургических перчаток в регионах РФ составил 117–150% при средней цене 7,54 (4,40–11,00) руб. за пару нестерильных, 10,53 (6,90–15,00) руб. – стерильных опудренных и 14,90 (9,00–22,00) руб. – стерильных неопудренных *(рис. 2)*. При расчете расходов МО, помимо закупочной стоимости, оценивалась стоимость дополнительных объемов перчаток и накладных расходов на стерилизацию (для многоразовых перчаток).

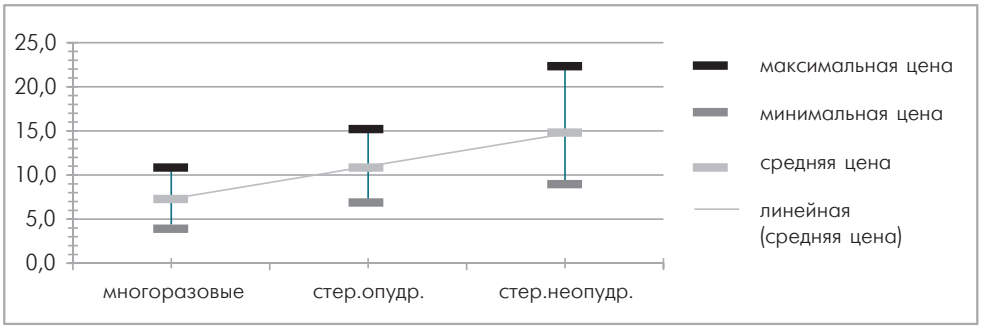


Рис.2. **Диапазон закупочных цен хирургических перчаток, 37 МО, руб.**

Таблица 2. **Факторы, увеличивающие объемы потребления хирургических перчаток**

Заводской брак	*Выбраковка после первичной стерилизации*	*Разрывы при надевании*	*Повреждения в ходе операции*	*Выбраковка после повторной стерилизации*	*Повреждения в ходе операции после повторной стерилизации*
многоразовые перчатки					
3,66%	17,57%	20,01%	23,36%	48,5%	35,3%
стерильные опудренные перчатки					
1,46%	-	11,03%	13,85%	-	-
стерильные неопудренные перчатки					
0,58%	-	4,77%	11,45%	-	-

А) Дополнительные объемы

Все непригодные к употреблению по тем или иным причинам перчатки *(табл. 2)* заменяются дополнительной парой, увеличивая тем самым расход перчаток на одно применение и, соответственно, удорожая его стоимость.

К первому фактору замены перчаток относятся случаи брака, выявляемого при вскрытии упаковки еще до начала работы. По усреднённым данным, доля бракованных перчаток в общем объеме нестерильных составила 3,66 ± 0,37%, стерильных опудренных – 1,46 ± 0,37%, стерильных неопудренных перчаток – 0,58 ± 0,27%.

Вторым фактором замены выступают разрывы перчаток при надевании, которые – с разной частотой – имеют место во всех группах. Однако замена разорванных многоразовых перчаток проводится в 4,2 раза чаще стерильных неопудренных и в 1,8 раза чаще стерильных опудренных.

Столь высокий показатель у многоразовых перчаток объясняется тем, что в процессе первой и тем более повторной стерилизации структура латекса нарушается, приводя к снижению его эластичности. Кроме того, в случае недостаточно тщательного опудривания при подготовке к термической обработке или отказа от него (в 18,9% МО) следствием может быть слипание поверхностей перчаток, что также повышает вероятность их разрыва.

После первой стерилизации выбраковка многоразовых перчаток составляет в среднем 17,57 ± 3,44% первоначального объема перчаток, после второй стерилизации может быть утилизировано уже порядка 48,5 ± 6,37%. По этой причине трёхкратную стерилизацию ни в одной больнице не осуществляют, т.к. после нее доля непригодных к применению перчаток может достигать 100%. В 73% МО перчатки стерилизуют не более двух раз, в 27% – лишь однократно.

Повреждения перчаток (порезы, проколы) в ходе операций являются третьим фактором их замены. Многоразовые перчатки и здесь значительно опережают два других вида по частоте повреждений: в 2 раза – стерильные неопудренные, в 1,7 раза – стерильные опудренные. В определенной степени это является следствием стерилизации, поскольку автоклавирование снижает потенциал прочности материала, из которого изготовлены перчатки, что приводит к нарушению их целостности при использовании.

Различные показатели выбраковки и частоты повреждений определяют различия в годовых объемах потребления перчаток разных видов. Согласно расчетам, фактически расходуемый объём многоразовых перчаток превышает их базовую потребность[5] в 1,5 раза при одной стерилизации и в 2,0 раза при двух стерилизациях. У стерильных опудренных перчаток расчетный объём потребления превышает базовый на 22,7%, стерильных неопудренных – на 20,7% *(табл. 3)*.

[5] Расчетный объем перчаток для годового объема операций при условии использования каждым из трех членов операционной бригады одной пары перчаток.

Таблица 3. **Расчетное потребление хирургических перчаток в 1 МО, пар[6]**

Базовый объем хирургических перчаток, необходимый для выполнения годового объема операций		27 893 ± 2 975 (10,7%)
Объем хирургических перчаток с учетом перерасхода (замена по причине выбраковки, разрывов при надевании, повреждений)		
многоразовые	при 1-ой стерилизации	40 754 ± 5 160 (12,7%)
	при 2-х стерилизациях	56 081 ± 6 199 (11,1%)
стерильные опудренные		34 229 ± 3 484 (10,2%)
стерильные неопудренные		33 670 ± 3 455 (10,3%)

Добавленные объемы повышают расходы МО – дифференцированно при закупках разных видов перчаток *(табл. 4)*, что обеспечивает прирост стоимости единицы потребления. Наиболее существенно возрастают расходы на каждую пару многоразовых перчаток – до 84% при двух стерилизациях *(рис. 3)*.

Таблица 4. **Сравнительная средняя стоимость годового объема потребления хирургических перчаток, руб.**

	стерильные неопудренные	*стерильные опудренные*	*многоразовые при 1-ой стерилизации*	*многоразовые при 2-х стерилизациях*
Стоимость базового объема	415 605,70	293 713,29	210 313,22	210 313,22
Стоимость базового и добавленного объемов	501 683,00	360 431,37	307 285,16	422 850,74

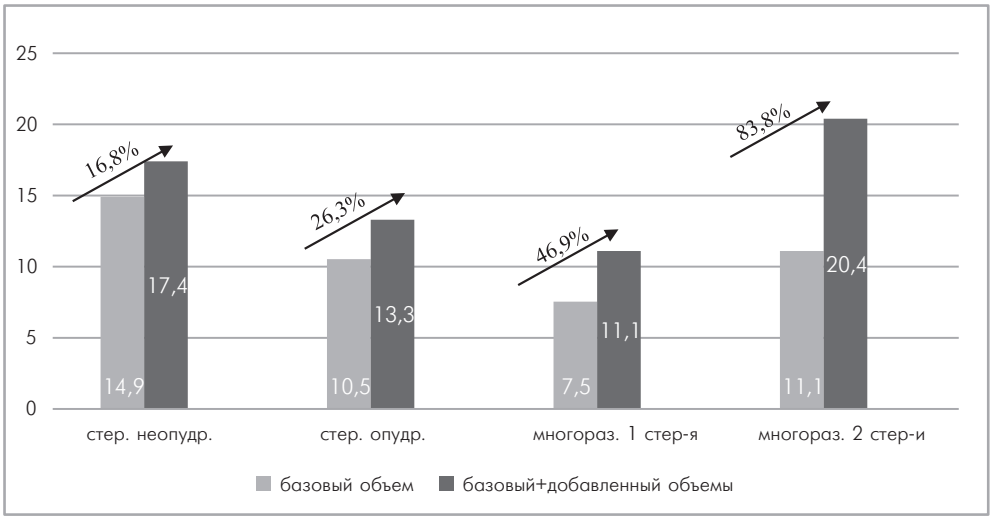


Рис. 3. **Стоимость (руб.)/прирост (%) одного применения перчаток с учетом добавленных объемов**

[6] Для снижения величины погрешности в дальнейшем предполагается увеличить объем выборки и провести дифференцированные расчеты с группах МО с разным коечным фондом, годовым объемом операций и уровнем подчиненности.

Б) Стерилизация

Стерилизация перчаток предполагает ряд накладных расходов, которые учитываются при расчете фактических затрат МО на многоразовые хирургические перчатки:

- порошкообразные субстанции (модифицированный кукурузный крахмал) для обработки (опудривания) латексных перчаток в целях снижения адгезии их поверхностей в процессе стерилизации;
- материал для упаковки перчаток перед их укладкой в биксы (марля, крепированная бумага, ветошь);
- вода для устройства стерилизации (автоклава);
- электроэнергия, потребляемая устройством стерилизации (автоклавом);
- трудозатраты медсестры, производящей предстерилизационную подготовку перчаток и заполнение биксов;
- трудозатраты технического работника, обслуживающего устройство стерилизации;
- амортизация стерилизационного оборудования и биксов;
- индикаторы для подтверждения надлежащего уровня стерилизации.

При расчётах использовались средние значения параметров, полученные в 37 больницах выборки:

- стоимость и расход пудры для обработки поверхностей каждой пары перчаток при подготовке к стерилизации;
- стоимость и расход марли на упаковку каждой пары перчаток перед укладкой в биксы;
- установленные в МО тарифы на 1 м^3 воды, используемой при работе автоклава;
- установленные тарифы на электроэнергию, используемой в течение 1 цикла стерилизации;
- заработная плата медсестры, обеспечивающей подготовку перчаток к первой и второй стерилизации;
- стоимость одного бикса наиболее часто используемого объема для стерилизации перчаток;
- стоимость устройства стерилизации (автоклава);
- заработная плата технического сотрудника стерилизационного отделения;
- годовой объем операций.

За счет накладных расходов на стерилизацию стоимость применения каждой пары

Таблица 5. **Величина и доля разных статей расходов в общих затратах на 1 процесс стерилизации с пересчетом на 1 пару нестерильных хирургических перчаток**

Доля расходов,%	*Виды расходов*	*Стоимость расходов, руб.*	*Отмеченные в выборке МО максимальные показатели расходов, до... руб.*
1,24%	субстанция для опудривания перчаток	0,09	0,50
31,73%	материал для упаковки перчаток	2,42	29,17
2,99%	вода, потребляемая устройством стерилизации	0,23	2,12
1,49%	электроэнергия, потребляемая автоклавом	0,11	0,43
28,00%	стоимость трудозатрат медсестер, производящих предстерилизационную подготовку перчаток и биксов	2,13	7,74
1,85%	стоимость трудозатрат технического сотрудника стерилизационного отделения	0,14	0,71
31,76%	амортизация автоклава	2,42	20,08
0,26%	износ бикса	0,02	0,06
0,69%	индикаторы стерилизации	0,05	0,14
100,00%	ИТОГО	7,62	

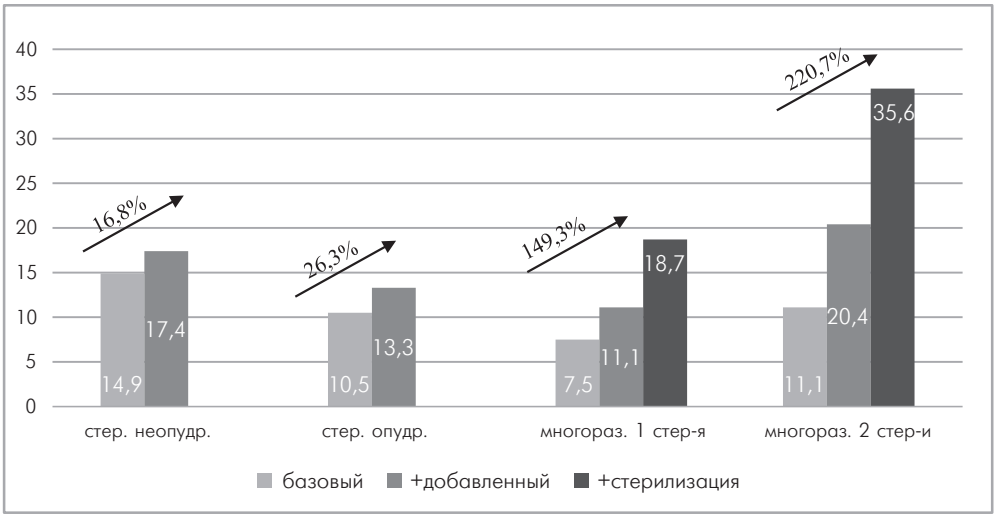


Рис. 4. **Стоимость (руб.)/прирост (%) одного применения перчаток с учетом добавленных объемов и стерилизации**

Таблица 6. **Сравнительные фактические расходы 1 МО на потребление годового объема хирургических перчаток, с учетом всех факторов удорожания, руб.**

	стерильные неопудренные	*стерильные опудренные*	*многоразовые при 1-ой стерилизации*	*многоразовые при 2-х стерилизациях*
Стоимость базового объема	415 605,70	293 713,29	210 313,22	210 313,22
Стоимость базового и добавленного объемов	501 683,00	360 431,37	307 285,16	422 850,74
Стоимость всех объемов с расходами на стерилизацию	–	–	617 830,64	1 277 525,18

многоразовых перчаток увеличивается в среднем на 101,06% (или на 7,62 руб.) *(таблица 5)*[7].

Согласно расчетам, стерилизация добавляет еще больше различий в стоимость применения каждой пары многоразовых перчаток в сравнении с одноразовыми стерильными *(рис. 4)* и существенно увеличивает расходы МО на потребление многоразовых перчаток *(табл. 6)*.

Как видно, наибольшие затраты МО несут при использовании многоразовых перчаток, которые в зависимости от одной или двух стерилизаций превышают расходы МО, соответственно, в 1,7 или в 3,5 раза на использование опудренных стерильных перчаток и в 1,2 и в 2,5 раза – неопудренных.

Обсуждение

Результаты клинико-экономического анализа убедительно свидетельствуют о том, что выбор МО в пользу дешевых многоразовых хирургических перчаток себя не оправдывает. За счет дополнительных объемов перчаток и накладных расходов на стерилизацию ожидаемая экономия становится недостижимой. Более того, фактические

[7] Расчет расходов на 1 пару перчаток производился из условия, что за 1 цикл стерилизации автоклав был полностью заполнен биксами с перчатками – в среднем 90 пар в автоклаве.

расходы больниц увеличиваются столь значительно (на 101,1–507,4%), что впору говорить о нерациональном расходовании средств.

Ошибочная ставка на то, что в нарушение положений СанПин 2.1.3.2630–10 одну и ту же перчатку можно стерилизовать дважды, оборачивается наибольшими расходами (в 2,1 раза в сравнении с однократной стерилизацией). Столь значительное удорожание связано с рядом факторов:

- с большей площадью материала, который используется для упаковки перчаток перед укладкой в биксы;
- с увеличением трудозатрат медицинских сестер, занятых в обработке и подготовке перчаток к стерилизации;
- с большой долей выбраковки перчаток непосредственно после 2-ой стерилизации;
- с более частыми случаями замены перчаток после 2-ой стерилизации по причине их повреждения;
- с большими амортизационными отчислениями на автоклав и биксы.

Таким образом, выбирая из представленных на рынке самые дешевые перчатки (7,54 руб.), больницы расходуют по факту средства, на которые можно было бы закупать латексные перчатки среднего и даже высокого ценовых сегментов (25–30 руб.).

Помимо относительной финансовой экономии[8], в случае использования одноразовых перчаток имеет место абсолютная экономия[9] трудозатрат медсестер (человеко-часов[10]) за счет исключения мероприятий по обработке и/или подготовке перчаток к стерилизации, которая тем больше, чем больше операций выполняется в больнице в течение года. Кроме того, при отказе от многоразовых перчаток мощности автоклавов могут высвобождаться в пользу не имеющих альтернативного варианта стерилизации изделий медицинского назначения (металл или стекло). Данные аспекты госпитального менеджмента не могут оставаться вне поля зрения главных врачей и экономистов больниц.

Хирургические перчатки являются постоянной и достаточно весомой статьей расходов медицинских организаций (до 2% консолидированного бюджета). Именно поэтому их экономичность, наряду с безопасностью и качеством, должна стать обязательным фактором влияния на выбор и закупку.

[8] Сокращение фактических расходов материальных ресурсов и трудовых затрат по сравнению с возможным их расходом по плановым нормам и нормативам на производство фактического объема продукции.

[9] Сокращение фактического расхода материальных, трудовых и денежных ресурсов по отношению к плановой или фактической (за прошлый период) величине этих расходов без учета изменения объема производства продукции.

[10] Единица измерения рабочего времени, соответствующая часу фактической работы одного человека.

UDC 614.2

Volkova O.I., Supov A.Y. ***Is return of almost forgotten reusable surgical gloves a cost optimization or impractical spending?*** *(OOO «Mecom-MP», Moscow, Russia)*

Abstract. Restoration of reusable surgical gloves, followed by consistent negative trend in the sterile surgery import over the last two years, is not economically viable. The article presents data of the clinical-economic analysis justifying the fact that medical organizations that use gloves sterilization on site, are at risk of getting increased budget burden. It is proved that hopes on extra savings due to multiple sterilizations are rather naive mistake than the reality: extra spends related to the use of cheap reusable gloves increase total budget up to the cost of the mid- and high-end price segment gloves. It seems to become critical to integrate the clinical-economic analysis into a routine decision making process of choosing and purchasing medical gloves to every single hospital.

Keywords: *reusable surgical gloves, clinical-economic analysis, gloves sterilization, Medcom-MP.*

Д.О. Рощин,
к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, dr@mcran.org
С.М. Саяпина,
заместитель главного врача ГБУЗ МО «Московский областной центр охраны материнства и детства», г. Люберцы (Московская область), svetlana-med-lawyer@ya.ru

ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК АДМИНИСТРАТИВНАЯ САНКЦИЯ

УДК 614.2

Рощин Д.О., Саяпина С.М. ***Приостановление деятельности медицинской организации как административная санкция*** *(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, ГБУЗ МО «Московский областной центр охраны материнства и детства», г. Люберцы, Московская область, Россия)*

Аннотация. Проведён анализ правовой сущности санкции административного приостановления деятельности, назначаемого судами, временного запрета деятельности, применяемых должностными лицами органов власти в отношении медицинских организаций, а также запрета деятельности по иску прокуратуры. Изучены критерии для использование данных мер. Приведены примеры из правоприменительной практики в разных субъектах Российской Федерации.

Ключевые слова: *приостановление деятельности, запрет деятельности, административная санкция, административное наказание, медицинская организация.*

Законодатель, изначально предвосхищая деградацию правосознания как организаторов оказания медицинских услуг, так и потребителей, пытаясь оградить общество от причинения вреда здоровью при оказании медицинской помощи, предусмотрел возможность приостановления деятельности медицинских организаций. Данный институт не является абсолютно новым, имея истоками временное лишение хозяйствующих субъектов прав осуществлять определенную деятельность на срок от одного до пяти лет, предусмотренного Уложением о наказаниях 1845 г. [14]. В период с 1933 по 1934 гг. государственные санитарные инспекции, создаваемые при народных комиссариатах здравоохранения союзных республик, имели право давать руководителям промышленных, торговых учреждений распоряжения о приостановке работы, подобные права позднее были и у Минздрава СССР [14]. Целью настоящей статьи является анализ нормативной правовой базы, связанной с судебным и досудебным приостановлением деятельности организаций медицинского профиля.

Структурированный опрос руководителей и учредителей медицинских организаций выявляет случаи рассмотрения

© Д.О. Рощин, С.М. Саяпина, 2016 г.

санкции как некоего расходного обязательства, экономически более выгодного, нежели организация работы в соответствии с установленными правилами. Одновременно с этим руководители медицинских организаций (как частных, так и муниципальных, государственных) чаще не осознают возможные последствия привлечения к административной ответственности для организации в целом.

С теоретической точки зрения, при отсутствии нравственного позыва к исполнению обязанностей права, причиной чего может являться нахождение субъекта на низших ступенях правовой культуры, применяется принудительное исполнение, которое может осуществляться уполномоченным органом самостоятельно или в союзе с другими лицами, либо органами власти, что с точки зрения права признается осуществлением требований права, исполнением правовой обязанности. Не все социальные отношения могут стать предметом принуждения, что позволяет в данном контексте рассматривать право как явление, обязательно состоящее из нормы и принуждения.

Юридическая ответственность служит формой реагирования государства на нарушение принятого порядка, в своём непосредственном выражении являет собой наступление неблагоприятных последствий различного характера, которые должны быть приняты субъектом, воздействуя в том числе на последующее его поведение. Ответственность за правонарушение состоит из приведения состояния некоторого общественного процесса в исходное либо должное состояние и наказания. В данной статье рассматривается приостановление деятельности медицинской организации как административное наказание за допущенное игнорирование организаторами здравоохранения и их работниками требований законодательства в сфере охраны здоровья, за пренебрежительное отношение к своим публично-правовым обязанностям.

Административная санкция

В силу части 1 статьи 3.1 КоАП РФ [4] административное наказание является установленной государством мерой ответственности за совершение административного правонарушения и применяется в целях предупреждения совершения новых правонарушений как самим правонарушителем, так и другими лицами. Административное приостановление деятельности в качестве санкции предусмотрено п. 9 ч. 1 ст. 3.2 КоАП РФ и может назначаться судьёй в случаях, когда данный вид наказания предусмотрен соответствующей статьёй специальной части кодексов об административных правонарушениях РФ или субъектов РФ, а также в случаях, если менее строгий вид административного наказания не сможет обеспечить достижение цели наказания. Данная санкция конкурирует с приостановлением действия лицензии [15].

Согласно статье 3.12 КоАП РФ, административное приостановление деятельности заключается во временном прекращении деятельности лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, юридических лиц, их филиалов, представительств, структурных подразделений, производственных участков, а также эксплуатации агрегатов, объектов, зданий или сооружений, осуществления отдельных видов деятельности (работ), оказания услуг. Административное приостановление деятельности применяется в случае угрозы жизни или здоровью людей, а также в иных случаях, предусмотренных ч. 1 ст. 3.12 КоАП РФ. Следовательно, административное приостановление деятельности, обеспечивая реализацию задач законодательства об административных правонарушениях, применяется в отношении конкретного лица, если выявленное в его действиях правонарушение предусматривает такой вид наказания, имеются предусмотренные законом обстоятельства для его назначения и менее строгое наказание не сможет обеспечить достижение целей наказания. Именно характер совершенного правонарушения, его объективные признаки

предопределяют возможность применения в качестве наказания административное приостановление деятельности.

Объектом правонарушений в сфере охраны здоровья в большей степени являются общественные отношения, направленные на предотвращение ущерба правам и законным интересам, жизни и здоровью граждан [6]. При этом существенная угроза охраняемым общественным отношениям заключается не в наступлении каких-либо материальных последствий правонарушения, а в игнорировании организаторами здравоохранения и их работниками требований законодательства в сфере здравоохранения, например, в области соблюдения лицензионных требований, предъявляемых к медицинской деятельности.

Таким образом, правонарушение, ответственность за которое предусмотрена в виде административного приостановления деятельности, носит формальный характер, для привлечения к ответственности по данной норме не имеют значения мотивы невыполнения лицензиатом своих обязанностей. Угроза общественным отношениям в данном случае заключается не в наступлении каких-либо материальных последствий или наличии вреда, а в безразличном отношении со стороны медицинской организации, выразившемся в неиспользовании всех имеющихся возможностей для исполнения своих обязанностей, то есть в пренебрежительном отношении к публично-правовым обязанностям.

Основанием для применения приостановления деятельности на срок до 90 дней (в качестве альтернативы штрафу) является осуществление безлицензионной деятельности некоммерческими организациями; нарушение санитарных правил и гигиенических нормативов; нарушения при обращении крови; обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств и медицинских изделий – составы, предусмотренные ч. 1 ст. 19.20, ст. 6.3, ст. 6.31, ст. 6.33 КоАП РФ (перечень не исчерпывающий). Решение о приостановлении вправе принять суд. В случаях необходимости предотвращения непосредственной угрозы жизни и здоровью граждан осуществить временный запрет деятельности юридического лица в целом, его филиала или представительства, структурного подразделения (ст. 27.16 КоАП РФ) имеет право уполномоченное должностное лицо, выявившее соответствующее правонарушение. Обоснование применения данной меры должностное лицо отражает в составляемом протоколе. Одновременно с этим производится наложение пломб, опечатывание помещений. При этом срок временного запрета не ограничен [13]. Далее, в соответствии с ч. 4 ст. 28.8 КоАП РФ, в случае, если применена мера обеспечения производства по делу об административном правонарушении в виде временного запрета деятельности, протокол об административном правонарушении, за совершение которого может быть назначено административное наказание в виде административного приостановления деятельности, а также протокол о временном запрете деятельности передаются на рассмотрение судье немедленно после их составления.

Гражданский иск

Гражданский судебный иск, особенно опирающийся на преюдициальный факт привлечения к административной ответственности, обстоятельства которого не подлежат повторному рассмотрению в суде, несёт в себе самостоятельный риск экономической несостоятельности организации. Незаконные действия работников медицинских организаций влекут за собой возможность обращения пациента за защитой своих прав в суд, в том числе с целью возмещения причиненного ему морального вреда.

В случаях нарушения прав граждан, в том числе в сфере здравоохранения, когда имеются обстоятельства, в силу которых нарушение приобрело особое общественное значение, иск в интересах пострадавших либо значительного числа граждан предъявляет

и поддерживает в суде или арбитражном суде прокурор [7]. Таким образом, вопрос приостановления деятельности может быть поставлен в том числе в случаях, когда имеется значительная общественная опасность, а санкция административного правонарушения не предусматривает запрета деятельности.

Правоприменительная практика

Оценить число приостановлений деятельности должностными лицами органов исполнительной власти не представляется возможным, так как данные протоколы не публикуются в обязательном порядке. Судьями решения о приостановлении деятельности медицинских организаций выносятся порядка 1000 раз в год. Исходя из проведенного анализа правоприменительной практики, интересными представляются следующие факты административного приостановления деятельности медицинских учреждений (в том числе государственных, муниципальных). В родильном доме Дедовской городской больницы (Московская область) в ходе внеплановой проверки выявлено незаконное обращение наркотических средств (лекарственных препаратов), в следствие чего, судом было принято решение о приостановлении деятельности родильного дома (подразделение муниципального учреждения) сроком на 14 суток [8]. Приведенное решение в данном случае не оспаривалось. Однако в судебной практике применение такой санкции, как административное приостановление деятельности, медицинскими учреждениями могут оспариваться. Так, Тихорецкая центральная районная больница (Краснодарский край) допустила осуществление безлицензионной деятельности, в связи с чем судом первой инстанции принято решение о приостановлении деятельности по данному виду работ/услуг на 45 суток. В апелляционном порядке правонарушение оспаривалось не по существу, а только в части применения санкции в приостановления деятельности наказания и больница ходатайствовала о назначении наказания в виде штрафа. Однако судья принял решение лишь о снижении размера наказания, установив срок административного приостановления деятельности в 37 суток, так как при рассмотрении дела судом апелляционной инстанции было установлено, что МБУЗ «Тихорецкая центральная районная больница» лицензия получена, обстоятельства, послужившие основанием для привлечения к административной ответственности были устранены. Снижая размер срока приостановления деятельности, суд принял во внимание, что дальнейшее приостановление деятельности медицинского учреждения на длительный срок повлечет ограничение прав граждан на получение медицинской помощи, оказываемой населению указанным муниципальным учреждением [9]. В ходе прокурорской проверки было установлено, что Центр «Бригантина» (Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Московской области «Дубненский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Бригантина») осуществляет медицинскую деятельность по отдельным видам (медицинский массаж, физиотерапия) без наличия лицензии, в связи с чем деятельность соответствующих кабинетов и имеющегося в них оборудования приостановлена на 90 суток [10]. В некоторых случаях приостановлению деятельности подвергается юридическое лицо в целом, даже если основным видом деятельности является не медицинская деятельность: Тарумовская средняя общеобразовательная школа за незаконную работу медицинского кабинета была закрыта на 60 суток [11]. Гражданский иск, поданный прокурором в отношении детского оздоровительного лагеря «Энергетик» (Московская область), завершился решением судьи запретить деятельность медицинского корпуса до получения лицензии (сведений о параллельном привлечении к административной ответственности не установлено) [12].

Примечание. В данной статье не проводится анализ статей кодекса [4], применимых

к медицинским организациям и имеющим санкцией приостановление деятельности, не относящихся непосредственно к сфере охраны здоровья граждан: несоблюдение норм при обращении с отходами (ст. 8.2 КоАП РФ), при проведении капительного ремонта и ввода объектов в эксплуатацию (ст. 9.5 КоАП РФ), ввод энергопотребляющих объектов без соответствующего разрешения (ст. 9.9 КоАП РФ), нарушение пожарной безопасности (ст. 20.4.1 КоАП РФ) и пр. На последнюю из указанных норм приходится большинство решений судов о приостановлении деятельности [16].

Выводы:

1) Административное приостановление деятельности является санкцией, использование которой возможно в случаях, когда менее строгий вид наказания (административный штраф) не обеспечит достижения целей наказания.

2) Применение санкции в виде временного запрета деятельности в случае выявления соответствующих нарушений возможно уже в момент проведения проверки должностными лицами, уполномоченными составлять протоколы об административных правонарушениях.

3) Приостановление деятельности как административное наказание применяется, как показывает практика, судами (а временный запрет деятельности – должностными лицами) за игнорирование организаторами здравоохранения и их работниками требований законодательства в сфере охраны здоровья, безразличное отношение со стороны медицинских организаций, выражающееся в неиспользовании всех имеющихся возможностей для исполнения своих обязанностей, то есть за пренебрежительное отношение к своим публично-правовым обязанностям.

4) Вопрос приостановления деятельности в случаях, когда имеется значительная общественная опасность, а санкция административного правонарушения не предусматривает запрета деятельности (либо запрета на более длительный срок), может быть поставлен прокурором в рамках гражданского иска.

Литература

1. Конституция Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 (в ред. от 21.07.2014).

2. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая): Федеральный закон от 30.11.1994 № 51-ФЗ (ред. от 31.01.2016). Собрание законодательства РФ 1994.12.05, № 32, ст. 3301.

3. Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 14.11.2002 № 138-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2002.11.18, № 46, ст. 4532.

4. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: Федеральный закон от 30.12.2001 № 195-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2002.01.07, № 1 (ч. 1), ст. 1.

5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015). Собрание законодательства РФ 2011.11.28, № 48, ст. 6724.

6. О лицензировании отдельных видов деятельности: Федеральный закон от 04.05.2011 № 99-ФЗ (ред. от 30.12.2015). Собрание законодательства РФ 2011.05.06, № 19, ст. 2716.

7. О прокуратуре Российской Федерации: Федеральный закон от 17.01.1992 № 2202–1 (ред. от 03.07.2016). Собрание законодательства РФ 1995.11.20, № 47, ст. 4472.
8. Дело № 5–2055/14: постановление по делу об административном правонарушении Истринского городского суда Московской области от 04.08.2014. Интернет-ресурс: http://istra.mo.sudrf.ru/ [дата обращения: 01.12.2015].
9. Дело № 12–2534/2016: решение апелляционной инстанции по делу об административном правонарушении Краснодарского краевого суда от 24.06.2016. Интернет-ресурс: http://sudact.ru/ [дата обращения: 07.08.2016].
10. Дело № 5–49/2012: постановление по делу об административном правонарушении Дубненского городского суда от 19.12.2012. Интернет-ресурс: http://sudact.ru/ [дата обращения: 07.08.2016].
11. Дело № 5–14/2016: постановление по делу об административном правонарушении Тарумовского районного суда от 14.04.2016. Интернет-ресурс: http://sudact.ru/ [дата обращения: 07.08.2016].
12. Дело № 2–1724/2014: постановление по гражданскому иску Рузского городского прокурора от 20.11.2014. Интернет-ресурс: http://судебныерешения.рф/ [дата обращения: 21.08.2016].
13. О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях и Федеральный закон «О промышленной безопасности опасных производственных объектов»: федеральный закон от 23.07.2010 № 171-ФЗ. Собрание законодательства РФ 2010.07.26, № 30, ст. 4002.
14. *Бадыков Л.Ф.* История развития института административного приостановления деятельности в России. Правовая культура 2012; 2(13): 57–62.
15. *Брунер Р.А.* Отличие административного приостановления деятельности от приостановления деятельности лицензии. Современное право 2007; 1: 31–33.
16. *Сергеев Ю.А.* Проблемы назначения судами административного наказания в виде административного приостановления деятельности. Полицейское право 2006; 4(8): 68–73.

UDC 614.2

Roshchin D.O., Sayapina S.M. ***Administrative suspension of activities of the health care institution*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics, Moscow, Russia, Moscow regional center of maternal and child health, Lyubercy, Russia)*

Annotation. The analysis of the legal nature of the administrative penalty of business interruption of activities assigned by the courts, a temporary suspension of activities applied by officials of the government authorities in relation to health care organizations, as well as the proscription in a civil lawsuit is performed. The criteria for the use of these measures is performed. Law enforcement practice outcomes in the different regions of the Russian Federation are presented in the article.

Keywords: *administrative suspension of activities, administrative penalty, health care institution.*

О.Э. Карпов,
генеральный директор федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва,
Заслуженный врач РФ, профессор, 22011937@mail.ru

АВТОМАТИЗАЦИЯ БИЗНЕС-ПРОЦЕССОВ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

УДК 002.021

Карпов О.Э. ***Автоматизация бизнес-процессов лечебного учреждения на основе медицинской информационной системы*** *(Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Статья посвящена описанию автоматизации бизнес-процессов с применением медицинской информационной системы (МИС)«MS Clinic» в ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России. Показано, что новые возможности получения и обработки медицинской информации с применением современных икт-технологий и организационных решений с использованием в качестве основной платформы мис, могут оптимизировать существующие бизнес-процессы и сформировать новые модели медицинской помощи, соответствующие формирующимся требованиям рынка и ожиданиям пациентов.

Ключевые слова: *автоматизированная система управления, медицинская информационная система, лечебное учреждение.*

Автоматизация бизнес-процессов – явление, набирающее все большую популярность на современном рынке. И это абсолютно обосновано – ведь механизмы автоматизации позволяют прежде всего сократить издержки любого производства, а следовательно – сделать деятельность предприятия более эффективной.

Бизнес-процесс представляет собой систему последовательных, целенаправленных и регламентированных видов деятельности, в которой посредством управляющего воздействия и с помощью ресурсов входы процесса преобразуются в выходы, результаты процесса, представляющие ценность для потребителей. А бизнес-процесс с точки зрения информационных технологий – это устойчивый информационный процесс (последовательность работ), относящийся к производственно-хозяйственной деятельности компании и обычно ориентированный на создание новой стоимости. Бизнес-процесс включает в себя иерархию взаимосвязанных функциональных действий, реализующих одну (или несколько) из бизнес-целей компании в информационной системе компании, например, управление и анализ выпуска продукции или ресурсное обеспечение выпуска продукции (под продукцией понимаются товары, услуги, решения, документы). Необходимо отметить, что довольно часто при помощи автоматизации руководители хотят скоординировать

© О.Э. Карпов, 2016 г.

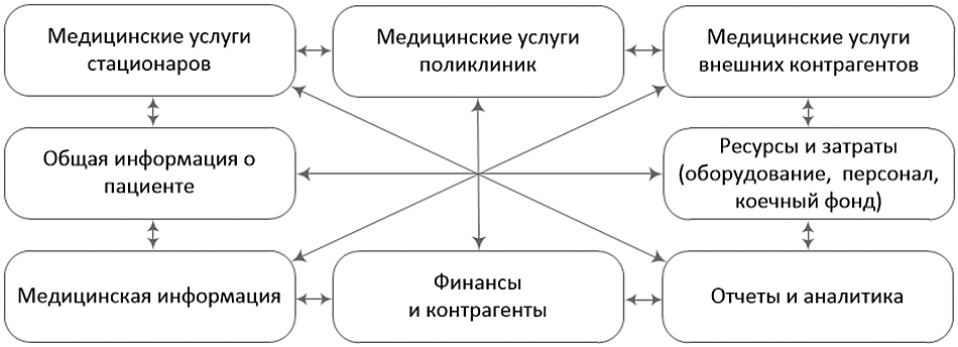


Рисунок 1. **Логическая схема организации МИС**

работу организации. Конечно, современное управление трудно представить без информационных систем. Но автоматизация не исправит ошибки в организации бизнес-процессов.

Аналогично всем прочим производственным сферам, направленность на оптимизацию основного производства и автоматизацию основных бизнес-процессов присуща и лечебно-профилактическим учреждениям (далее – ЛПУ), внедряющим медицинские информационные системы (далее – МИС).

Для эффективного решения этого вопроса информационной поддержки процессов учета и управления в любой современной МИС должно быть реализовано большое количество функциональностей, решающих множество задач. Практически все активно используемые МИСы построены по логической схеме, как показано на *рисунке 1.*

При этом функциональные возможности каждой конкретной МИС могут различаться по каждому из представленных логических блоков.

Кроме того, в большинстве случаев специфика крупных ЛПУ требует уникальных функциональных возможностей МИС, разработанных непосредственно для конкретных целей конкретной организации. Таким образом, оптимальным вариантом информационно-технологической платформы автоматизации бизнес-процессов многопрофильного ЛПУ является базовая МИС, доработанная с учетом индивидуальной специфики и задач учреждения.

В качестве основной платформы автоматизации бизнес-процессов многопрофильного лечебно-профилактического учреждения, которым является ФГБУ «НМХЦ им.Н.И.Пирогова» Минздрава России (далее – Центр), была определена МИС «MS Clinic». В адаптации базовой версии МИС «MS Clinic», ее развитии и постановке задач для дальнейшей разработки принимали непосредственное участие ведущие специалисты Центра, врачи и другие сотрудники учреждения.

Пропорционально сложности бизнес-процессов многопрофильного распределенного ЛПУ, каким является Центр, помимо стандартного функционала МИС (регистрация пациентов; хранение сведений о клинико-диагностических обследованиях, медицинских назначениях, манипуляциях, процедурах, хирургических вмешательствах, медикаментозном лечении; формирование и контроль документооборота; работа с контрагентами; наличие структурированной базы данных, выполняющей функции единого центра хранения и обработки информации и т.д.), информационная система должна учитывать многопрофильность медицинской помощи, сложно организованную многоуровневую архитектуру бизнес-процессов, а также соответствовать особенностям территориально распределенной организационной структуры с большим количеством пользователей единовременно. С учетом указанных особенностей, МИС является наиболее информативным источником данных как в текущей

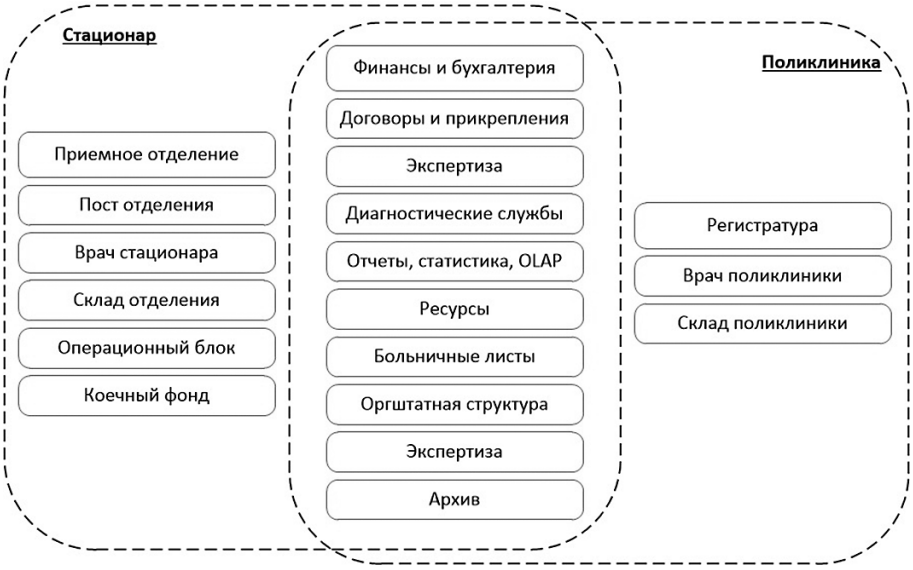


Рисунок 2. **Реализованные модули МИС ««MS Clinic»**

работе при оказании медицинской помощи пациентам, так и для последующей аналитической обработки данных.

В МИС реализованы многие модули позволяющие автоматизировать деятельность стационара и поликлиник, с учетом общих принципов работы *(рис. 2)*.

Необходимо отметить, что уже начальные этапы внедрения – запуск функциональных модулей «Карточка пациента» *(рис. 3)*, «Приемное отделение» стационара *(рис. 4)*, «Регистратура» *(рис. 5)* в амбулаторных подразделениях Центра, «Учет услуг» *(рис. 6, 7)*, «Учет договоров» и «Взаиморасчеты» *(рис. 8, 9, 10)* в течение кратчайшего периода позволили полностью взять под контроль потоки пациентов проходящие через стационар и поликлиники Центра.

Рисунок 3. **Карточка пациента**

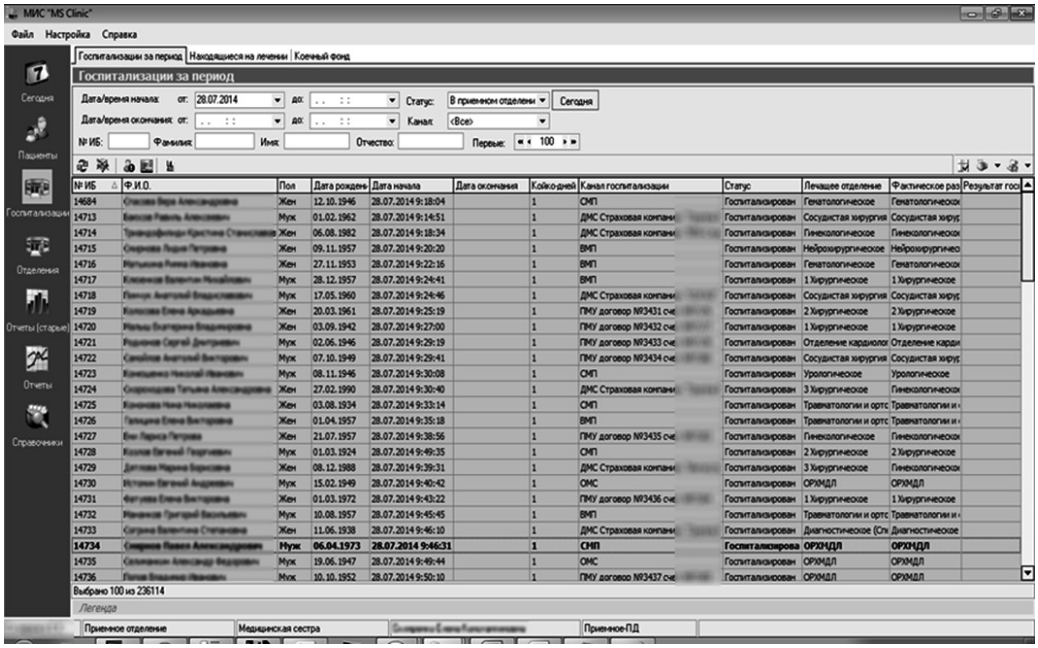


Рисунок 4. **Приемное отделение. Текущие госпитализации**

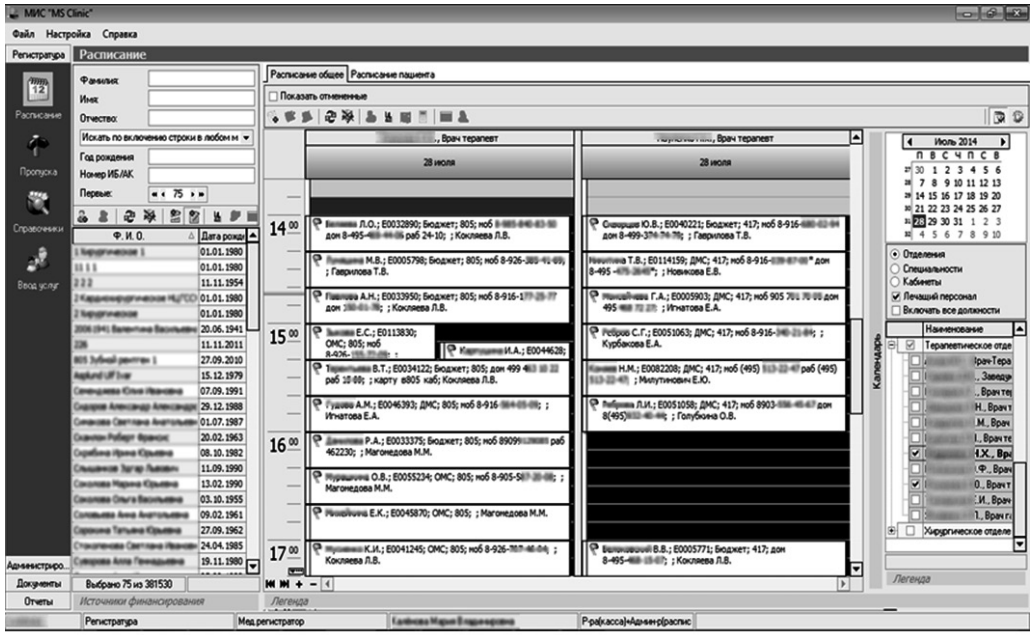


Рисунок 5. **Регистратура. Расписание специалистов**

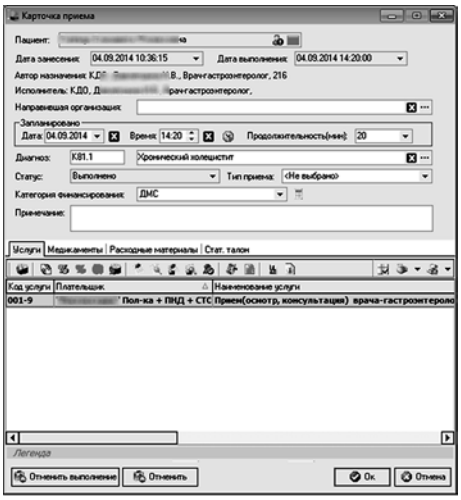


Рисунок 6.
Учет услуг, оказанных в ходе приема врача-специалиста

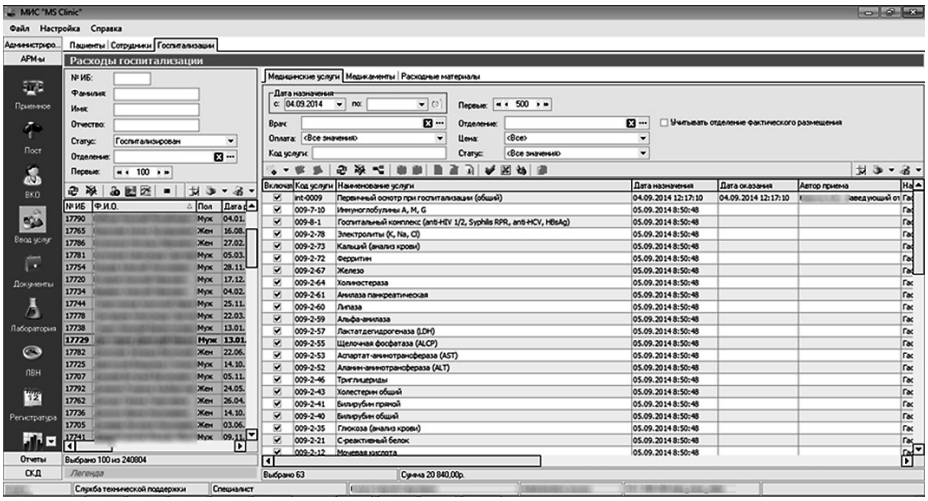


Рисунок 7. **Учет услуг, оказанных пациенту в течение госпитализации**

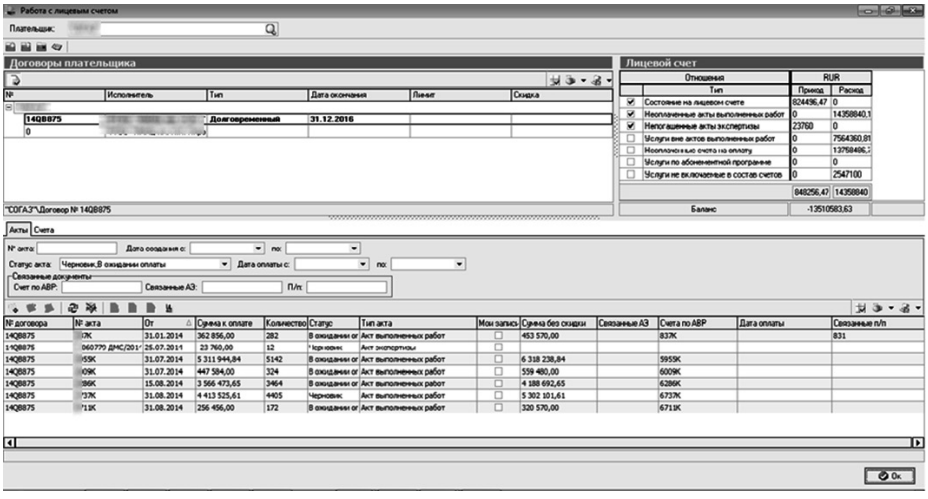


Рисунок 8. **Взаиморасчеты. Работа с лицевым счетом юридического лица**

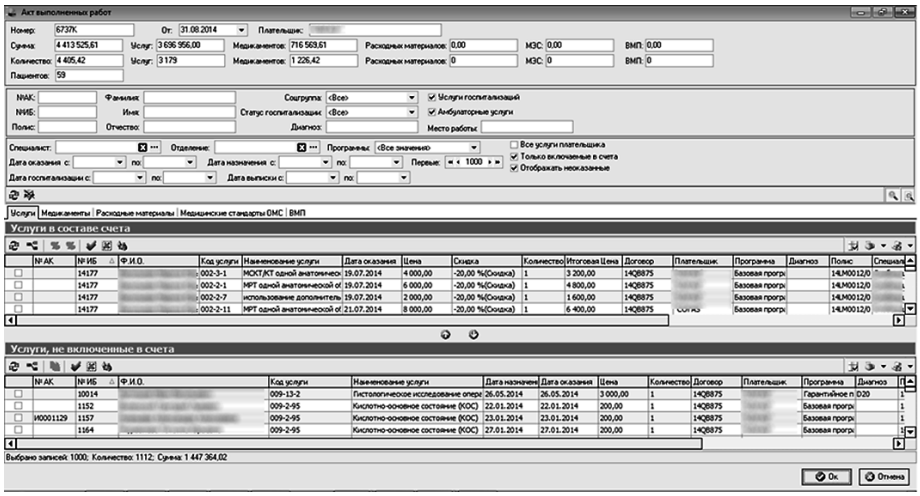


Рисунок 9. **Взаиморасчеты. Работа с актами выполненных работ**

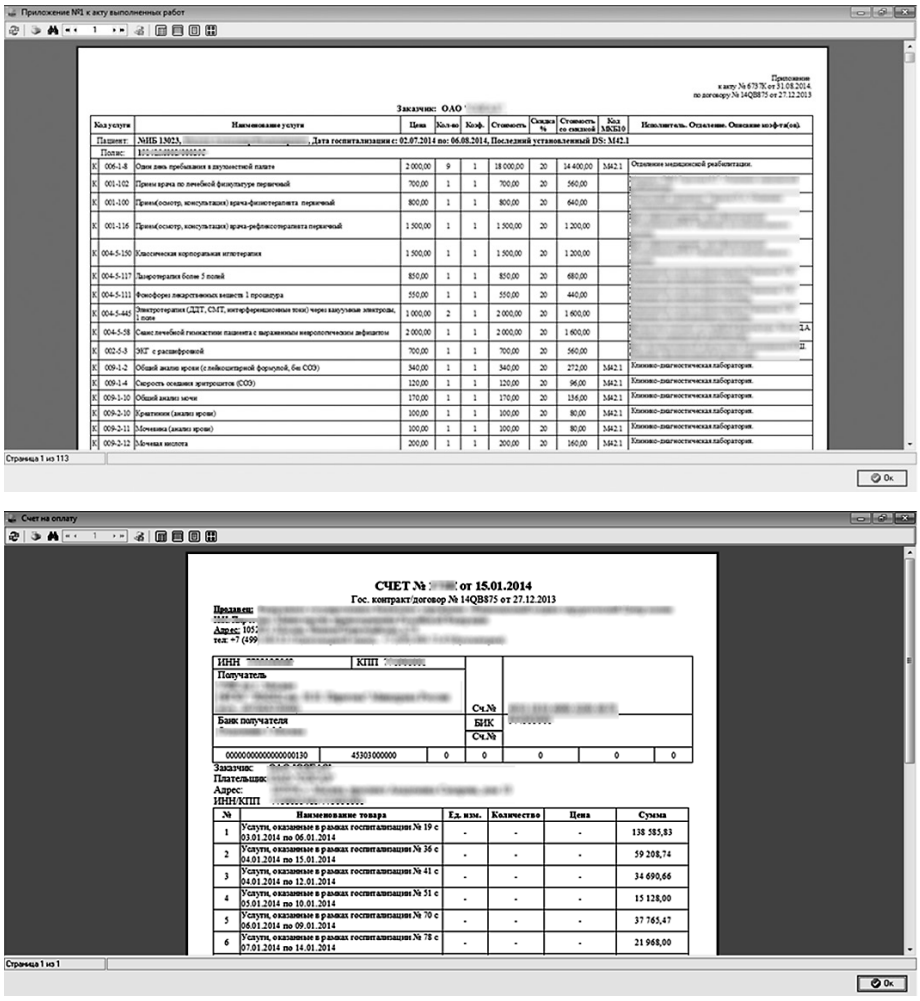


Рисунок 10. **Взаиморасчеты. Формирование расчетных документов**

Т.е. с первым этапом практически полностью был автоматизирован процесс обращения за стационарной и амбулаторной помощью без детализации этих бизнес-процессов, однако с возможностью управления расписанием, детальным учетом оказанных услуг, отслеживанием движений пациента в течение госпитализации. Как и со многими другими процессами, в соответствии с известным принципом Вильфредо Парето, 20% усилий обеспечили 80% результата. Все последующие значительные усилия (80%) по адаптации системы под бизнес-процессы Центра, трудности внедрения и увеличение количества пользователей в несколько десятков раз (с 20–30 пользователей до 700–900) лишь уточняют процесс в деталях и дадут на выходе около 20% значимости результата.

Все специалисты, участвовавшие в разработке МИС, на всех этапах руководствовались принципом унификации, как средством достижения гибкости системы.

Медицинская услуга в системе была выведена в ранг одной из основополагающих сущностей. Что позволило представить ее в различных формах для многих процессов. Например, написание протокола осмотра врачом-специалистом – отображение медицинской услуги «Прием (консультация) врача-специалиста» в документальном (протокол, заключение) отображении. Реализация такого принципа позволяет учитывать единые сущности (медицинские услуги), привязанные к получателю (пациенту) и исполнителю (сотрудник), проходящие по этапам бизнес-процессов с разными отображениями и атрибутами. Став осевой сущностью, медицинская услуга для МИС проходит цикл последовательных преобразований: от назначения кем-либо в качестве элемента медицинской помощи; внесения в расписание в виде запланированного действия; формирования привязанного к услуге документа с формализованным результатом выполнения; оспаривания как минимального элемента при технической, экономической и медицинской экспертизах; фиксации в истории обращения пациента в качестве структурного элемента медицинской помощи; выставления в актах выполненных работ в числе прочих услуг; наполнения предмета взаиморасчетов с заказчиком.

Также для решения задач учета оказания услуг по всем источникам финансирования и автоматизации действий медицинского персонала по учету услуг, были выделены следующие основные сущности, подлежащие обязательной регистрации: Заказчик (Юридическое или физическое лицо, определяющие канал финансирования); Исполнитель (Отделение, подразделение, конкретный сотрудник ЛПУ, а также любое физическое лицо или юридическое лицо); Прикрепление; Программа обслуживания (набор услуг и правил, ограничений их оказания); Договор; Пациент.

Введение в состав этих сущностей дополнительных классифицирующих признаков, а также подчинение им сущностей более низкого порядка позволили реализовать все основные потребности по учету услуг, а также предоставить пользователям системы необходимую свободу действий использования МИС для решения незапрограммированных бизнес-процессов и задач.

Таким образом, была решена еще одна организационная задача – создание единой логики учета конкретных оказанных услуг и формирования единого базиса оценки работ производимых медицинским персоналом.

Множество прочих реализованных функциональностей МИС, помимо перечисленных выше, увеличивают пользовательскую ценность системы, добавляют уникальности в разработанных решениях и активно используются в различных процессах Центра. Однако их описание значительно перегрузит текст настоящей статьи. Некоторые из них:

– управление шаблонизированными медицинскими записями (предзаполненные шаблоны документов) и формирование печатных документов;

– «сводная история болезни» – табличное и графическое отображение динамически

изменяющихся параметров в ходе медицинского наблюдения;

– формирование листа назначений и работа с ним;

– работа с заявками на лабораторные исследования и др.

На современном этапе развития сферы здравоохранения, когда в медицине применяются сотни программных продуктов, занимающихся оцифровкой множества данных, необходимо объединять и структурировать информацию, к которой обращается пользователь.

В связи с этим МИС изначально разрабатывалась как система, позволяющая агрегировать данные из различных источников, следуя принципу «интеграция – способ оптимизации».

Таким образом, МИС служит не только основной системой лечебного учреждения, но и является интеграционной платформой для множества систем, а также может быть узлом федеральных и региональных информационных систем и сервисов здравоохранения в Российской Федерации.

Для решения этих задач в МИС были реализованы модули:

1. модуль интеграции по протоколу HL7 с использованием как обменом файлами, так и потоковой передачи данных (используется для интеграции с PACS системой и DICOM сервером, реанимационными мониторами и центральными станциями многих производителей медицинского оборудования);
2. модуль интеграции на основе внешних баз данных под управлением СУБД Microsoft SQL и Oracle (для интеграции с системами ведения административно хозяйственной деятельности и лабораторной информационной системой в связи с необходимостью не только передачи чистых данных, но и реализации процессов и логик работы с передачей функций между системами);
3. модуль интеграции файлами xml с разнообразными теговыми структурами и файлами DBF, XLS XLSX с настраиваемой интерпритацией данных по столбцам и строкам

В подтверждение правильности данного подхода можно привести примеры интеграции с рядом систем второго уровня, такие как:

– система контроля доступа (СКД);

– система обработки и хранения медицинских изображений (PACs).

Задачи, стоявшие перед самой системой СКД, просты и понятны: учет нахождения сотрудников на территории; организация учета посетителей; управление контроллерами доступа; управление турникетами; организация учета автотранспорта; управление шлагбаумами. Но сразу при установке системы СКД было выявлено что вводимые данные о посетителях при регистрации в ней можно использовать в приемном отделении и регистратуре для оптимизации процесса регистрации уже на этапе клинических подразделений. Реализация дополнительных функций в СКД и доработки интеграции с МИС позволили использовать карты для блокировки выхода пациентов и/или плательщиков по каналу ПМУ за территорию, при наличии задолженности по оплате.

Система обработки и хранения медицинских изображений (PACs) выполняет следующие задачи: сохранение медицинских изображений (формата DICOM); обеспечение их приема, переадресации и печати на других DICOM устройствах; инструмент обработки изображений для врачей диагностических отделений.

Интеграция систем по протоколу HL7 путем соотнесения исследований в системе PACS с конкретными услугами в МИС позволило обеспечить выполнение стандартных задач PACS:

a. Хранение изображения только в одной системе при этом обеспечивая полнофункциональный доступ к ним из обоих систем (уменьшаются затраты на объемные, скоростные и отказоустойчивые хранилища данных).

b. Обеспечение инструментом просмотра медицинских изображений всех пользователей МИС, без затраты дополнительных средств на приобретение программ просмотра медицинских изображений (отказ от печати на пленке для текущей работы с пациентами).

Приведенные примеры демонстрируют, что правильные методологические и организационные подходы позволяют разрабатывать и внедрять в повседневную работу информационные системы с различной логикой работы, но с поддержанием единых методов учета и контроля при использовании как основной платформы информационной системы, изначально создающейся для реализации в том числе и этой задачи.

Несмотря на большой объем реализованных задач и функций в корпоративной МИС Центра, объем предстоящих решений многократно больше. Кроме того, процесс внедрения МИС и ее развития практически постоянен из-за изменения текущих условий, постановки новых задач и развития самого учреждения.

Из всех тактических задач, стоящих перед МИС, основные для текущего периода:

– завершение полного цикла учета фактических затрат на лечение пациента (лекарственные средства, расходные материалы, препараты крови и проч.);

– полная реализация алгоритма расчета фактической себестоимости медицинской помощи; обеспечения безубыточности бизнес-процессов;

– увеличение парка медицинской техники сопряженной в части обмена данными с МИС.

Из набора стратегических задач, наиболее системная – развитие направления персонализированной медицины.

Вопросы персонального электронного здравоохранения и прикладные аспекты его реализации в медицинских организациях становятся все более актуальными. Чаще всего используемые понятия для описания такой модели – персональная медицина, телемедицина, «виртуальный (электронный) госпиталь» и т.д. По сути, предполагается возможность быстрого и качественного получения медицинских услуг в месте нахождения пациента (т.е. удаленно с точки зрения медицинской организации) с помощью широкого спектра доступных, эффективных и безопасных телекоммуникационных технологий.

Удаленная медицинская поддержка и адекватная консультативная помощь в первую очередь необходима следующим группам населения:

• пациентам с хроническими заболеваниями, когда нужны дистанционный мониторинг, сопровождение и консультации;

• пациентам, закончившим стационарный этап лечения и нуждающимся в долечивании (или наблюдении) на амбулаторном этапе;

• женщинам во время беременности и после родов;

• лицам, занятым на работах с воздействием факторов профессиональной вредности;

• при активных формах отдыха, занятиях любительским и профессиональным спортом.

Кроме того, необходимо помнить, что по существующим прогнозам, в России к 2030 г. до 20% населения будет старше 65 лет. Соответственно, значительно возрастет число лиц, нуждающихся в длительном дистанционном (патронажном) сопровождении и частых консультативных медицинских услугах (в т.ч. дистанционных).

Для развития систем по типу «виртуального госпиталя» необходимо задействовать основные компоненты:

1. Персональные устройства – диагностические приборы для использования пациентами самостоятельно в условиях повседневной жизни. В настоящее время одна из основных проблем для всего направления это то, что реально функционирующие персональные медицинские устройства ограничены по набору параметров измерения (артериальное давление; ЭКГ; ЧСС; уровень глюкозы крови; вес). Однако скорость развития технологий за последние несколько лет значительно возросла, что предполагает достаточно быстрое появление необходимых и удобных устройств.
2. Личный кабинет – совокупность доступных пациенту личных медицинских и финансовых данных. За основу берется базовая

морфофункциональная информация, дополняемая пожизненно накапливаемыми биомедицинскими и экономическими (в т.ч. «страховыми») показателями и сведениями.
3. Медицинский контакт-центр как подразделение, выполняющее функцию коммуникационного и логистического ядра.
4. Информационно-технологические (программно-аппаратные) решения, позволяющие сочетать данные, полученные с разнообразных устройств и программных приложений мобильной медицины.
5. Интегрированные с МИС базы данных, позволяющие хранить в структурированном виде информацию, защищать данные от искажения или потери, проводить аналитическую обработку данных.
6. Возможность индивидуальных настроек и организации авторизированного доступа к определенным блокам информации, интеграции с базами данных государственных и частных структур (например, ЕГИСЗ, ЕМИАС, фондов ОМС, страховых компаний и проч.).

Таким образом, новые возможности получения и обработки медицинской информации с применением современных информационно-коммуникационных технологий и организационных решений с использованием в качестве основной платформы МИС, могут не только оптимизировать существующие бизнес-процессы, но и сформировать новые модели медицинской помощи, соответствующие формирующимся требованиям рынка и ожиданиям пациентов.

UDC 002.021

Karpov O.E. ***Automated business process management with the use of hospital information system*** *(Pirogov national medical-surgical center, Russian Federation)*

Abstract. This review concerns automated business process management with the use of hospital information system (HIS) in the Pirogov's national medical-surgical center (Moscow, Russia).

Keywords: *automatic management system, hospital information system, medical center.*

Актуальный документ

ПРАВИЛА ЗАКЛЮЧЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ КОНТРАКТА С ИНОСТРАННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ НА ЛЕЧЕНИЕ ГРАЖДАНИНА РОССИИ ЗА ГРАНИЦЕЙ: ПРОЕКТ ИЗМЕНЕНИЙ

Проект Постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 1011» (подготовлен Минздравом России 05.10.2016)

Разработан проект изменений в правила заключения федеральным органом исполнительной власти контракта с иностранной организацией на лечение гражданина России за пределами нашей страны. Изменения направлены на установление возможности заключения федеральным органом исполнительной власти такого контракта только у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя) и исключающие возможность определения поставщика (подрядчика, исполнителя) способом запроса предложений.

Источник: ГАРАНТ

От редакции:

В последнее время у наших читателей возникает все больше вопросов по поводу реализации «майских» Указов Президента. То перед учреждениями ставили задачу резкого повышения зарплаты, то порой требуют не повышать ее для отдельных категорий медицинских работников. Многих интересует: будут ли реализованы Указы Президента, за счет чего должна повышаться зарплата в условиях сложной экономической ситуации и т.д.? Ответы на подобные вопросы даны в нашей традиционной рубрике.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров
Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия; СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕАЛИЗАЦИИ «МАЙСКИХ» УКАЗОВ ПРЕЗИДЕНТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Кадыров Ф.Н. ***Перспективы реализации «майских» Указов Президента в сфере здравоохранения*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия; СЗГМУ им. И.И. Мечникова; Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»)*

Аннотация. 2017 год является ключевым в вопросах реализации «майских» Указов Президента. Несмотря на сложные финансовые условия, существует достаточно много путей достижения заданных Указами уровней оплаты труда. Намечены реальные меры по финансовому обеспечению этих мероприятий. Однако более важным является не то, как обеспечить намеченный уровень оплаты труда, а как достичь целей Указов, которые не сводятся к простому повышению заработной платы.

Ключевые слова*: Указы Президента, эффективный контракт, заработная плата, бюджет, обязательное медицинское страхование, сокращение численности.*

Приближается 2017 год, когда в соответствии с «Программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р (далее – Распоряжение № 2190-р) должны быть достигнуты уровни оплаты труда, предусмотренные Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 (далее – Указ № 597), входящего в состав так называемых «майских» Указов Президента (далее также – Указы).

© Ф.Н. Кадыров, 2016 г.

Несмотря на сложные экономические условия, требования реализации «майских» Указов Президента никто не отменял. Тем менее, ясно, что в нынешней ситуации нужны не совсем стандартные подходы к решению проблемы. Реализация Указов в сфере здравоохранения может достигаться разными путями. Обозначим основные возможные из них:

1) увеличение средств, выделяемых на реализацию Указов (на повышение заработной платы);

2) оптимизация сети учреждений здравоохранения и расходов на их содержание;

3) сокращение численности работников в рамках имеющегося фонда оплаты труда;

4) изменение методики расчета средней заработной платы по субъектам Российской Федерации;

5) «выкручивание рук» регионам, вынуждая их изыскивать средства для реализации Указов;

6) развитие приносящей доходы деятельности в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения;

7) перенесение сроков реализации Указов на более поздний период.

Рассмотрим эти варианты более подробно, имея в виду, что логика Указов Президента, безусловно, правильная. Но, к сожалению, часто приходится сталкиваться с искажением основных положений Указов – либо в силу непонимания их истинной сути, либо в погоне за чиновничьими красивыми отчетами, либо вынужденно – из-за нехватки средств.

Другой важный момент: государство в целом определилось со стратегией реализации Указов, что нашло отражение в целом ряде решений, оформленных в виде Поручений Президента и других должностных лиц, нормативных актов и т.д., о которых мы скажем ниже. Прежде всего, речь идет о Перечне поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания с членами Правительства Российской Федерации 7 июня 2016 года № Пр-1139 (далее – Поручения Президента), имеющего гриф «для служебного пользования». Дословное содержание данного документа по понятным причинам мы опубликовать не можем. Однако реализация этих Поручений Президента вылилась в некоторые доступные для общественности документы, которые мы тоже использовали в ходе подготовки данной публикации.

1) Увеличение средств, выделяемых на реализацию Указов (на повышение заработной платы)

Безусловно, самым желаемым для всех (кроме финансистов) был бы первый вариант – увеличение затрат на заработную плату, что реально и происходило на первых этапах реализации Указов. Однако ухудшение экономической ситуации не позволяет ориентироваться только на этот вариант.

Распространенная точка зрения заключается в том, что средств для реализации Указов в сфере здравоохранения не хватает. Однако это справедливо лишь отчасти.

Основная проблема финансирования здравоохранения в настоящее время заключается не в том, что в системе ОМС (как основном канале финансирования) не хватает средств, а в том, что бюджет Федерального фонда ОМС (далее – ФОМС) поэтапно обременяют все новыми серьезными расходными обязательствами, не связанными непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС. Среди основных из них можно отнести следующие:

- отказ Минфина России финансировать выплаты работникам участковой службы, фельдшерам, работникам скорой помощи, которые в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» ранее осуществлялись за счет средств федерального бюджета. Эти расходы с 2013 года возложили на систему ОМС;

- поэтапный перевод финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи на систему ОМС, включая изъятие средств ОМС в федеральный бюджет

для финансового обеспечения ВМП (в 2016 и 2017 года – по 96,7 млрд.руб.);

- перевод финансирования федеральных клиник с федерального бюджета преимущественно в систему ОМС;

- ежегодное предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в сумме. В 2016 г. на эти цели выделяется 18,8 млрд рублей. На 2017 год планируется 18,7 млрд.руб.

- изъятие из бюджета ФОМС средств на оплату специализированной медицинской помощи, предоставляемой федеральными государственными учреждениями, подведомственными Минздраву России, ФМБА России и ФАНО России – на 2016 год предусматривается 15 млрд рублей;

- выплаты переселенцам на село – осуществление единовременных компенсационных выплат в размере 1 млн рублей медицинским работникам, прибывшим или переехавшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа. На указанные цели в 2016 и 2017 годах предусматривается по 3,2 млрд рублей.

Мы указали лишь наиболее крупные направления изъятия средство ОМС на цели, не связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи в системе ОМС. На самом деле, их гораздо больше.

Следуют особо обратить внимание на то, что ни в одном из вышеперечисленных случаях федеральный бюджет, снимающий с себя соответствующие обязательств, не направил ни копейки дополнительных средств в систему ОМС.

В итоге из общей величина расходов ФОМС в 2016 году в размере 1688,5 млрд руб. на субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам ОМС будет направлено лишь 1458,6 млрд руб. – 86,4%. Но свою долю заберут еще фонды и страховые компании – остается чуть больше 80%. Итак, почти 1/5 часть средств бюджета ФОМС не доходит до учреждений!

Поэтому основная причина недостатка средств в системе ОМС (в первую очередь, на повышение заработной платы в рамках Указов Президента) заключается не в том, что средств в бюджете Федерального фонда ОМС мало, а в том, что на бюджет Федерального фонда возлагают явно «несвоевременные» дополнительные расходные обязательства при очень высоких требованиях к уровню заработной платы. Это явный дисбаланс, который нужно устранять.

Более того, в бюджете ФОМС на 2016 год предусмотрена дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (межбюджетные трансферты) в размере 91,2 млрд руб. «после выполнения Фондом текущих обязательств». Проще говоря. Эту сумму из бюджета а ФОМС забирают в федеральный бюджет.

Закономерен вопрос: неужели при нынешнем бюджете ФОМС сможет выполнить все свои обязательства и при этом в системе ОМС еще реально останутся лишние средства (в гигантском размере – почти 100 млрд руб.)? Ответ на этот вопрос мы можем найти, например, 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». На 2015 год предусматривалось: «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 Пояснительной записке констатировалось: «***В связи с отсутствием в бюджете Фонда соответствующих ресурсов потребуется изыскание новых источников финансирования для привлечения дополнительных средств в целях решения указанной задачи».***

То есть, по прогнозам бюджета ФОМС на 2015–2017 годы средств в системе ОМС не хватало на выполнение Указов Президента ни на 2015, ни на 2016 годы. А сейчас вдруг (при снижении реального бюджета на 2016 год по сравнению с прогнозируемым ранее) не только хватило, но и средства еще и осталось?

В Пояснительной записке к проекту Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» отмечается: «Размер подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС учтен в проекте Постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год». В данном нормативе ***расходы на выплату заработной платы медицинским работникам сохранены на уровне 2015 года».***

То есть, в соответствии с бюджетом на 2016 год расходы на повышение зарплаты вообще не заложены! А как же Указы Президента? Или повышение зарплаты в соответствии с Указами Президента не входит в «текущие обязательства» ФОМС?

Как это ни парадоксально, но так оно и есть. Но более детально об этом мы скажем ниже.

Итак, бюджет ФОМС не предусматривает средства на реализацию Указов! Там эти средства попросту не заложены.

Здесь мы четко видим несовпадение интересов финансовых структур с интересами медицинских организаций и политикой властей по реализации Указов Президента.

Такая ситуация не осталась незамеченной (в т.ч. и благодаря публикациям нашего журнала – ред.). Вопрос о нецелесообразности столь значительных изъятий из бюджета ФОМС рассматривается на самом высоком уровне.

Так, в Пояснительной записке к проекту Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» (далее – Пояснительная записка) содержится раздел, который так и называется «Нерешенные вопросы по реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597». Название, говорящее о многом.

В Пояснительной записке констатируется, что «В расходах бюджета Федерального фонда проектируемый ***размер субвенции не обеспечивает реализацию Указа Президента*** Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» по повышению заработной платы медицинских работников. Остается нерешенной задача по изысканию источников финансирования для реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597...».

Возможным решением проблемы, отмечается в Пояснительной записке, является направление на указанные цели дотации на сбалансированность, предоставляемой федеральному бюджету в объеме 91,2 млрд рублей, которая согласно части 7 статьи 5 Федерального закона от 14.12.2015 № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» перечисляется в федеральный бюджет после исполнения текущих расходных обязательств бюджета Федерального фонда.

Фактическое перечисление указанной дотации в федеральный бюджет реально может быть осуществлено только в последний

банковский день текущего финансового года. В связи с этим федеральный бюджет не сможет использовать указанные средства в 2016 году.

В данном случае высвободившиеся средства в качестве переходящих остатков средств обязательного медицинского страхования, согласно Бюджетному кодексу Российской Федерации, станут источником финансового обеспечения дефицита бюджета Федерального фонда на 2017 год и частично на 2018 год.

На указанные цели бюджету Федерального фонда требуется в 2017 году – 70,7 млрд рублей, в 2018 году – 196,6 млрд рублей, в 2019 году – 219,5 млрд рублей.

Реализация данного предложения требует внесения изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» и Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2016 год» в части исключения дотации на сбалансированность, предоставляемой федеральному бюджету.

Итак, Правительство впервые ставит реальную задачу предусмотреть возможность реализации Указов в том числе и за счет ОМС. Хотя и ранее этот источник не исключался, тем не менее, как было показано выше, государство не делало на него ставку, используя бюджет ФОМС для решения других финансовых задач. Это достаточно оптимистичная перспектива.

2) Оптимизация сети учреждений здравоохранения и расходов на их содержание

Распространена точка зрения о том, что треть средств, необходимых для повышения заработной платы по Указу Президента № 597 нужно обеспечить за счет реорганизации самих учреждений.

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).

Нередко полагают, что 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 и быть 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, требуется 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.

Поиск средств в рамках самой системы ОМС путем пересмотра структуры тарифов, путем введения режима жесткой экономии и т.д. не способен стать сколь-нибудь

серьезным резервом повышения заработной платы. Не нужно быть провидцем, чтобы понять, что в условиях высокого курса валюты и темпов инфляции невозможно сколь-нибудь серьезное сокращение других статей (в первую очередь – наиболее крупных: медикаменты и продукты питания). Остальные статьи тоже, как правило, невозможно сократить или они дают минимальный эффект (сокращение командировочных, канцелярских расходов и т.д.). Один из возможных резервов – сокращение затрат на коммунальные расходы путем формирования кредиторской задолженности (имея в виду, что поставщики коммунальных услуг являются государственными структурами или подконтрольны им и готовы ждать оплаты дольше других). К тому же отключение больницы от электропитания или тепла – подсудное дело. Но этот вариант уже практически исчерпан – во многих случаях кредиторская задолженность по коммунальным платежам уже и так превышает все мыслимые пределы.

Участившиеся же проверки целевого и эффективного использования средств, наложение штрафов, требования возврата средств и т.д. зачастую способствуют лишь ухудшению реального финансового положения учреждений. Складывается впечатление, что руководителей учреждений хотят «назначить» главными виновниками финансовых сложностей.

3) Сокращение численности работников в рамках имеющегося фонда оплаты труда

Не секрет, что в большинстве регионов проблему повышения оплаты труда медицинских работников при недостатке средств пытаются решать путем сокращения численности работников, переводом медрегистраторов, санитарок и т.д. в немедицинский персонал. Это действительно очень эффективный вариант, но прямо противоречащий логике эффективного контракта и закономерно порождающий недовольство как самих медицинских работников, так и населения. Это мера, прямо противоречащая не только духу, но и букве Указов Президента.

Действительно, подпункт е) пункта 1 Указа № 597 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***». То есть главное – это сохранение кадрового потенциала, а не повышение заработной платы любой ценой, тем более – не ценой сокращения работников.

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.

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.

Но будем реалистами: некоторого сокращения кадров в сложных экономических условиях не избежать. И это вполне допустимо, если при этом не снижаются объемы и качество медицинской помощи. Но возможно ли это в условиях сокращения кадров? Возможно ли сохранение кадрового потенциала при сокращении работников? В целом ряде случаев – да. Кадровый потенциал можно измерять количеством работников тех или иных должностей, количеством врачей на определенную численность населения и т.д. Это потенциальная, экстенсивная оценка. А можно измерять в виде оценки возможности выполнения имеющейся численностью определенного объема работы. Это оценка эффективности труда, оценка реального кадрового потенциала. Снизится ли реальный кадровый потенциал, если оставшиеся 9 работников будут выполнять больший объем работы, чем ранее 10 работников? Нет! Но насколько и в каких случаях это возможно?

Огромными возможностями интенсификации и повышения производительности труда обладает система нормирования труда, которая в рамках конкретных учреждений, к сожалению, пока только делает первые шаги. Нормирование труда в целом ряде случаев дает возможность повысить нагрузку работников без повышения оплаты труда (либо в рамках относительно небольшого повышения). Этому же способствует повышение квалификации работников и целый ряд других мер. Наконец, не стоит забывать, что «эффективный контракт» как раз и предполагает повышение оплаты труда (дополнительную оплату труда) за достижение сверхплановых, сверхнормативных объемов оказания медицинской помощи и повышение ее качества. Можно достичь серьезных положительных результатов, если платить по результатам труда, если не заниматься выводиловкой, если направлять средства фонда оплаты труда в первую очередь на выплаты стимулирующего характера, а не на обезличенное повышение окладов.

4) Изменение методики расчета средней заработной платы по субъектам Российской Федерации

Как известно, повышение заработной платы работников в рамках «майских» Указов привязано к средней заработной плате по субъектам Российской Федерации. Поэтому логика подсказывает, что можно пытаться не только повышать зарплату работникам бюджетной сферы, но и снижать среднюю заработную плату по субъектам Российской Федерации.

Кто знает, как это сделать? Это знает и умеет статистика. Суть проста: включить в состав граждан, по которым учитывается средняя заработная плата по субъекту Российской Федерации, лиц с низкими доходами, «разбавив» тем самым этот показатель, снизив его значение. Тогда снизится и номинальный уровень зарплаты, который должен быть достигнут соответствующими категориями медицинских работников в соответствии с «майскими» Указами.

Этот вариант уже реализован на практике, что стало одним из наиболее успешных шагов в достижении целевых значений заработной платы в рамках Указов.

Этому было посвящено Постановление Правительства Российской Федерации от 14.09.2015 №973 «О совершенствовании статистического учета в связи с включением в официальную статистическую информацию показателя среднемесячной начисленной заработной платы наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячного дохода от трудовой деятельности)».

Пункт 4. Данного Постановления предусматривает: «Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации: при планировании расходов на повышение оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы и оценке достижения значений целевых показателей заработной платы, установленных в региональных планах мероприятий («дорожных картах») изменений в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности образования и науки, культуры, здравоохранения и социального обслуживания населения, использовать показатель среднемесячной начисленной заработной платы наемных работников в организациях, у индивидуальных предпринимателей и физических лиц (среднемесячного дохода от трудовой деятельности)».

Фактически произошла подмена содержащегося в Указах понятия «средняя заработная плата в соответствующем регионе» на понятие «среднемесячный доход от трудовой деятельности».

По поводу подобных мер, направленных на реализацию Указов порой приходится слышать критику. Но справедливости ради нужно отметить, что подобные меры лишь делают положения Указов более реалистичными в нынешних экономических условиях. Не стоит ждать ничего хорошего от попыток достичь запланированного уровня оплаты труда путем запуска «печатного станка», кардинального перекраивания бюджетов в пользу зарплат и т.д., ведущих по сути дела к подрыву экономики страны.

5) «Выкручивание рук» регионам, вынуждая их изыскивать средства для реализации Указов

Как уже отмечалось, в бюджетах ФОМС на последние годы расходы на повышение зарплаты в рамках Указов не были заложены. Причем, как ни странно, это полностью согласуется с логикой финансового обеспечения самих Указов.

Основным правительственным документом, направленным на реализацию «майских» Указов Президента, является «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р. ***Действие этой Программы распространяется только на системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений***. Программа лишь рекомендуется для государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений. И поскольку соответствующие субъекты Российской Федерации (муниципальные образования) «добровольно» (это рекомендации «от которых невозможно отказаться») подключаются к этой программе, то обеспечение финансирования повышения заработной платы работникам субъектов Российской Федерации (муниципальных образований) является их расходным обязательством – при нехватке средств на повышение заработной платы в системе ОМС они должны сами изыскивать на это средства в своих бюджетах.

Однако объективно регионы в условиях экономического кризиса не в состоянии справиться с этой задачей. Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации в части здравоохранения сокращаются:

- 2015 год – 807,5 млрд. руб.
- 2016 год – 766,5 млрд. руб.

Поэтому Правительство понимает, что субъекты Российской Федерации не смогут

все вытянуть за счет собственных бюджетов. Именно поэтому Правительство вынуждено было вернуться к вопросу использования средств ОМС в качестве одного из основных источников повышения заработной платы.

6) Развитие приносящей доходы деятельности в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения

Финансовые проблемы вынуждают обратиться и к альтернативным источникам средств для повышения заработной платы, в т.ч. к доходам от оказания платных медицинских и иных услуг. Впрочем, этот источник предусматривался с самого начала. Распоряжение № 2190-р устанавливает, что при оценке соотношения заработной платы отдельных категорий работников, определенных Указом № 597, и средней заработной платы в регионе учитывается вся заработная плата, полученная работником ***за счет всех источников.***

В. Путин лично высказал поддержку платных медицинских услуг на встрече 9.07.2014 с членами Общественной палаты. Он отметил, что российским гражданам должен быть гарантирован набор бесплатных медицинских услуг. Это не означает закрытие платной медицины. Президент высказал мнение, что любой медик с такой постановкой вопроса не согласится. «Да, и обычный гражданин, – отметил Президент, – должен иметь выбор и бесплатных услуг, и платных, но объем бесплатных услуг и их перечень должен быть понятен, прозрачным и достаточным для того, чтобы гражданин мог поддерживать свое здоровье».

Как видим, на данном историческом этапе развитие официальных платных медицинских услуг приветствуется. Но кризис, падение покупательской способности населения ограничивают потенциал этого источника.

7) Перенесение сроков реализации Указов на более поздний период

Как это ни покажется странным, сроки реализации Указов можно перенести на 1 год, не нарушая при этом требований Указов и не внося в них изменений.

Дело в том, что в Указе Президента № 597 по поводу заработной платы говорится: «повышение к 2018 году». Между тем, понятие «к 2018 году» является не очень конкретным. Отчеты «к предстоящему периоду» не составляются (составляются по итогам отчетного прошедшего периода) – поэтому Правительство и решило, что для того чтобы достичь необходимого уровня зарплаты «к 2018», нужно обеспечить достижение соответствующих цифр уже в 2017 году. В принципе, логичное решение. Но, с другой стороны, Президент поручил «к 2018 году» и кто скажет, что достижение установленного уровня по итогам 2018 года не соответствует требования Указа?

Не случайно в соответствии с протоколом совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 24 июня 2016 г. № ОГ-П12–160пр согласованный сценарий достижения целевых показателей повышения заработной платы отдельных категорий медицинских работников по отношению к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в субъекте Российской Федерации предполагает:

в 2017 году: по врачам – 180%, среднему медицинскому персоналу – 90%, младшему медицинскому персоналу – 80%;

в 2018 году: по врачам – 200%, среднему медицинскому персоналу – 100%, младшему медицинскому персоналу – 100%.

То есть, четко видно, что Правительство ориентируется уже не на 2017, а на 2018 год. И это не единственный документ, в котором конечной датой достижения целевых значений заработной платы является именно 2018 год. В нынешних экономических условиях это можно рассматривать как правильное решение.

Заключение

Безусловно, не выполнение «майских» Указов Президента чревато не только негативными последствиями в виде социальной нестабильности и т.д. Объективно это невыгодно для страны в целом. Поэтому нужны консолидированные усилия для решения этой задачи.

Как было показано выше, возможны разные меры, направленные на реализацию Указов Президента. Они достаточно разнообразны. Важно то, что государство не ограничивается вариантами, ориентированными на «выкручивание рук», на «оптимизацию» и т.д. Предполагается задействовать и те меры, которые позволяют хотя бы частично достичь позитивных целей, которые преследовали Указы.

Литература

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

2. *Кадыров Ф.Н.* Мифы эффективного контракта, ч. 1. // Менеджер здравоохранения. 2015. – № 6. – С. 57–69;

3. *Кадыров Ф.Н.* Мифы эффективного контракта, ч. 2. // Менеджер здравоохранения. 2015. – № 7. – С. 6–71.

4. *Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С.* Парадоксы финансирования здравоохранения в 2016 году: системе ОМС обнаружились лишние средства, которые будут изъяты в федеральный бюджет // Менеджер здравоохранения. 2016. – № 1. – С. 56–67.

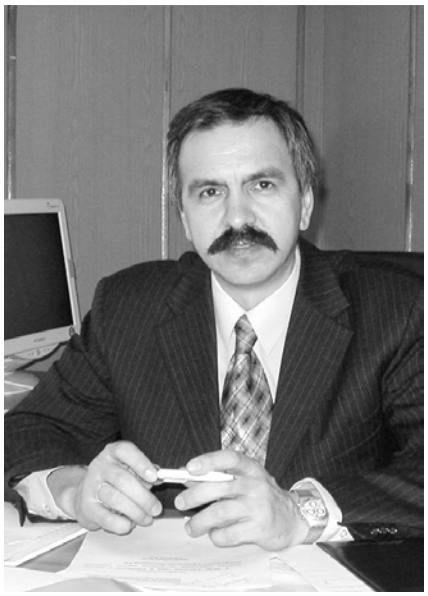
5. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски. // Менеджер здравоохранения. 2013. № 3. С. 6–15.

UDC 614.2

Kadyrov F.N. ***Prospects of implementation «May» Decrees of the President in the field of health*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia, Northwestern state medical University them. I.I. Mechnikov; National research University «Higher school of Economics»)*

Abstract. 2017 is key year in the implementation of the «May» Decrees of the President. Despite the difficult financial conditions, there are many ways to achieve the specified orders, the levels of remuneration. Planned real measures for financial support of these activities. However, more important is not how to provide the intended level of pay, and how to achieve the goals of the Decrees, which are not be reduced to a simple wage increase.

Keywords: *decrees of the President, effective contract, salaries, budget, compulsory health insurance.*



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

Имеет ли право медицинская организация оказывать услуги на оборудовании, приобретенном за счет средств от оказания платных услуг, исключительно на платной основе, без его эксплуатации в системе ОМС, при условии выполнения в полном объеме медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы госгарантий и при условии наличия аналогичного оборудования, задействованного для оказания медицинской помощи в системе ОМС?

Да, может. Оказание платных услуг на оборудовании, приобретенном за счет платных услуг является идеальным вариантом (имея в виду, что оказание платных медицинских услуг на оборудовании, приобретенном за счет бюджета или средств ОМС предполагает целый ряд требований и ограничений). Медицинская организация самостоятельно определяет: оказывать ли на этом оборудовании платные услуги или услуги в системе ОМС. Другое дело, что при необходимости выполнения стандартов медицинской помощи при лечении пациентов в рамках ОМС с использованием соответствующего оборудования (когда необходимо выполнять те или иные исследования, процедуры и т.д. при помощи данного оборудования) следует использовать любое оборудование, в том числе и приобретенное за счет средств от оказания платных услуг. Другими словами, может сложиться ситуация, когда имеющееся аналогичное оборудование, приобретенное за счет бюджета или средств ОМС, не способно обеспечить все потребности учреждения в оказании бесплатной медицинской помощи. Тогда нужно либо использовать оборудование, приобретенное за счет платных услуг, либо купить эту услугу у сторонней организации. В этом случае нельзя отказывать в оказании медицинской помощи в системе ОМС на оборудовании, приобретенном за счет платных услуг ОМС

ссылаясь на то, что есть аналогичное оборудование, приобретенное за счет средств бюджета или ОМС.

Но может сложиться другая ситуация: оборудование, приобретенное за счет бюджета или средств ОМС не справляется, возникают очереди. Как быть в этой ситуации? В данном случае все зависит от величины очереди и максимальных сроков, предусмотренных территориальной программой госгарантий (обычно они устанавливаются в размере 10 дней). Поэтому, если очередь меньше этого срока, то можно не использовать в целях оказания бесплатной медицинской помощи оборудование, приобретенное за счет платных услуг. Требования по поводу использования этого оборудования в целях сокращения очереди по сравнению со сроками, предусмотренными территориальными программами госгарантий являются неправомерными.

Скажите, пожалуйста, может ли сторож работать по внутреннему совместительству программистом? Основная ставка – сторож и 0,75 ставки программиста.

В общем случае совместительство возможно только на 0,5 (исключения есть для медицинских работников). Поэтому совместительство в Вашем случае на 0,75 невозможно. Но можно оформить совмещение должностей в основное рабочее время – в этом случае просто устанавливается объем работы и размер доплаты. Это статьи 60.2 и 151 Трудового кодекса.

Естественно, что при этом лицо, оформленное сторожем, должно соответствовать требованиям квалификации, предъявляемым к программисту. Эти требования установлены, в частности профессиональным стандартом «Программист» (Приказ Минтруда России № 679н от 18.11.2013).

Как известно, за плату могут оказываться медицинская помощь на «иных» условиях. Можно ли отнести к иным условиям увеличенное время приема врача по сравнению с типовыми нормами труда или нормами времени, установленными в регионе и т.д.?

Иные условия означают, что услуги оказываются «на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами» (пункт 1 части 5 статьи 84 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Ни данный закон № 326-ФЗ, ни другой нормативный акт не дают основания взимать с пациента оплату только на том основании, что на пациента потратили больше времени, чем на других – нужно уделить пациенту ровно столько времени (в том числе, и в рамках ОМС), сколько требуется.

Нормативные документы могут устанавливать нормы времени на прием, но это нормы для врача (установление меры труда врача), а не для пациента! Нужно отталкиваться от существующих требований (условий) по оказанию бесплатной медицинской помощи, предусмотренных именно программой госгарантий или иными

нормативными документами, касающихся условий оказания медицинской помощи, которые указаны в программе госгарантий (порядки оказания медицинской помощи и т.д.). Например, программа госгарантий может предполагать пребывание пациента в палатах, в которых имеется от 3 и более коек. Вот тогда за пребывание в 1–2-местных палатах можно брать оплату (за исключением случаев пребывания в боксах по медицинским или эпидемиологическим показаниям). Причем, если эта палата входит в число тех, в которых оказывается медицинская помощь в рамках ОМС, то это будет доплата за комфорт и/или сервис – оплата за платные немедицинские услуги. А если эта койка выделена для оказания исключительно платных услуг, то лечение будет полностью осуществляться на платной основе. В этих случаях пациенты обязаны оплачивать медицинскую помощь, оказанную в подобных условиях (более высокого сервиса и т.д.), отличающихся от обычных («иные условия»).

Имеют ли право ТФОМСы (тарифные комиссии в регионах) придумывать и прописывать в тарифном соглашении свои штрафные санкции сверх тех, которые установлены федеральными документами?

Нет, не имеют права.

Часть 1 статьи 41 Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» устанавливает следующее: «Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи».

«Перечень оснований» – это приложение 8 к приказу Федерального фонда ОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», которое так и называется: «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)». То есть перечень оснований в субъекте Российской Федерации должен соответствовать положениям Приказа ФФОМС № 230.

Часть 2. данной статьи 41 предусматривает: «Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому

страхованию и порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, включающим в себя методику исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, указанных штрафов и установленным правилами обязательного медицинского страхования».

Это раздел VIII. «Правил обязательного медицинского страхования», утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), который так и называется: «VIII. Порядок оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». Поэтому следует руководствоваться именно этим документом.

Да, безусловно, порядок применения санкций прописывается в тарифном соглашении, но строго в соответствии с Правилами ОМС. Неслучайно в части 2 вышеуказанной статье 41 говорится также: «Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов, исчисленных и установленных в соответствии с настоящей частью, указываются в тарифном соглашении». То есть, тарифное соглашение должно строго соответствовать требованиям закона и вышеперечисленных нормативных актов.

Здравоохранение-2017

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА НАЗВАЛА ПОБЕДОЙ БЮДЖЕТ ФОМС

Тариф ФОМС на работающее население в 2019 году будет увеличен с 5,1 до 5,9%, подтвердила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова на расширенном заседании Комитета по охране здоровья Госдумы. «Это позволит нам сбалансировать фонд не просто к концу 2019 года, но и на весь период следующего выборного цикла до 2025 года. Это фактически позволяет решить все главные задачи, которые перед нами стоят, а именно: не только не уменьшить объемы медицинской помощи, но и нарастить их, в том числе высокотехнологичные виды», – сказала она.

Министр рассказала, что в результате долгих и сложных обсуждений с Правительством РФ удалось увеличить бюджет ФОМС в 2017 году на 10%. «Это очень существенный прирост, исходя из того, что фонд – это 1 триллион 800 миллиардов рублей, это более 80% всей медицинской помощи, это 57% всего здравоохранения», – отметила она. И добавила: «Удалось отстоять ресурсы и убедить финансово-экономический блок. Мы просто победили!» Глава Минздрава сообщила также, что удалось отменить платеж из фонда ОМС на сбалансированность федерального бюджета и сохранить за фондом 91,2 млрд рублей, которые в декабре должны были уйти в федеральный бюджет. Кроме того, были приняты дополнительные решения по подготовке субъектов РФ к увеличению индексации тарифа страхового взноса на неработающее население. «Мы убедили финансово-экономический блок не делать этого на следующий год, с тем чтобы у нас был год на планомерную проработку региональных бюджетов, причем с контролем с разных сторон», – сказала она.

Источник: Медвестник.ру

Начинается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2017 год

Периодичность – 4 выпуска в год

КАК ПОДПИСАТЬСЯ НА ЖУРНАЛ*

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82615** на полугодие
20103 на год

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

ООО «Агентство «Урал-Пресс»
http://www.ural-press.ru/, тел. (495) 789-86-36

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.

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.

**Уважаемые подписчики!*

С 2017 г. прекращается подписка на журналы «Менеджер здравоохранения» и «Врач и информационные технологии» через редакцию. Для подписки на эти журналы просим обращаться в агентство «Роспечать» или альтернативные агентства.

Менеджер
здравоохранения