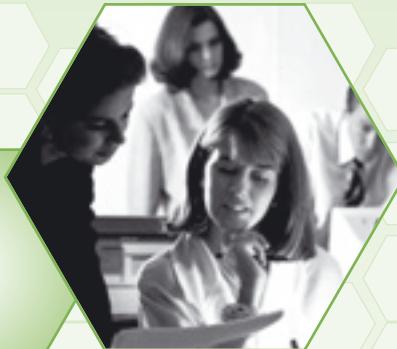


ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№3. 2009



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >

ФЕДЕРАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВОЧНАЯ



(495) 9214066
www.mramn.ru

КРУГЛОСУТОЧНОЕ ИНФОРМИРОВАНИЕ

- медицинские услуги и условия их получения
- тарифы на услуги
- программы и преимущества добровольного страхования

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- запись на исследования
- запись к специалистам
- госпитализация в ведущие медицинские учреждения
- выезд врача-специалиста на дом или в офис
- «скорая помощь» на дом или в офис
- сопровождение больных при транспортировке
- УЗИ, рентген, анализы на дому, сиделки
- вакцинация в трудовых коллективах

ОБСЛУЖИВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

- оценка рынка медицинских услуг, маркетинговые программы для повышения «привлекательности»
- рекламная поддержка
- формирование потока пациентов
- расчет стоимости медицинских услуг
- страхование профессиональной ответственности медицинских работников

УНИКАЛЬНЫЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

МЕДИЦИНСКИЙ ОРГАНайзер ВРАЧА

www.medorganizer.ru

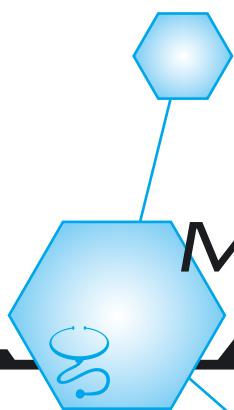
ЭЛЕКТРОННАЯ КАРТА ЗДОРОВЬЯ

www.zdravkarta.ru



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Проект «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года»: мнения экспертов и аналитиков.
- Антикризисное управление в учреждениях здравоохранения: оптимизация расходов на медикаменты
- О проблеме реализации конституционного права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи
- Правовые вопросы сертификации и реализации трудовых прав медицинских работников
- Экономическая эффективность информационных технологий в медицине
- Пути совершенствования системы подготовки и переподготовки медицинских кадров



Менеджер здравоохранения

№ 3
2009

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

Редакционная коллегия:
АНУФРИЕВ Сергей Анатольевич,
к.м.н., исполнительный директор «Ассоциации клиник Санкт-Петербурга»

ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,
д.м.н., профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и формации
Красноярской государственной медицинской академии

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 1

4-12

АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Что такое «антикризисное управление»?

Ф.Н. Кадыров

13-15

Оптимизация расходов на оплату труда в учреждениях

здравоохранения как элемент антикризисных мероприятий

Ф.Н. Кадыров

16-21

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Организация лекарственного обеспечения многопрофильного стационара в условиях кризиса: проблемы и возможные решения

Д.В. Пивень, П.Е. Дудин, М.В. Федосеева

22-26

Организация работы мобильного медицинского пункта экстренной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях

О.А. Мельникова, О.В. Колясников

27-30

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Индикаторы экономической эффективности центра крови

Е.Б. Жибурт, А.А. Вергопуло,
М.Н. Губanova, Т.Г. Копченко

31-40

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

• Распоряжение Комитета по здравоохранению

Правительства Санкт-Петербурга от 23 декабря 2008 г. № 803-р
«Об утверждении методических рекомендаций по оплате труда за операции,
выполняемые в рамках оказания медицинской помощи в системе ОМС»

41-50

• Письмо Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации от 24 октября 2008 г. № 10-4/54705-14-ВС
«Об оказании медицинской помощи иностранным гражданам»

ВИШНЯКОВ Николай Иванович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения медицинского факультета
Санкт-Петербургского университета

МАРТЫНЧИК Светлана Александровна,
д.м.н., заведующий лабораторией проблем эффективности труда в здравоохранении НИИ общественного здоровья
и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ЦНИИОИЗ Росздрава

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения

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

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя Министра здравоохранения и социального развития

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

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11, офис 406
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92, +7(915) 025-51-69

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru

Шеф-редактор:

д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

**Директор отдела распространения
и развития:**

к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:

Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — 20102
Полугодовая — 82614

Отпечатано в типографии

«Стрит принт»

Заказ № 62.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

- Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 декабря 2008 г.
№ 10394-ВБ «Об оплате медицинской помощи, оказанной сотрудникам ФСИН в учреждениях здравоохранения»

ОРГАНАЙЗЕР

51

ОПЫТ РЕГИОНОВ

Порядок оказания скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях, на догоспитальном этапе при остром нарушении мозгового кровообращения и при остром коронарном синдроме в Иркутской области на 2009–2012 г.

ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ

60-65

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Новое в законодательстве о размещении заказов

66-69

Консультант – заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

Предпринимательская деятельность

70-71

На вопросы рубрики отвечают:
заместитель главного редактора журнала, д.э.н. Ф.Н. Кадыров
ведущий специалист Комитета по здравоохранению О.Г. Коган,
г. Санкт-Петербург

МОНИТОРИНГ

**Мониторинг здравоохранения:
исследования компании SINOPSIS**

72

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

73-79



ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЫБОР ФОРМ И ПЕРСПЕКТИВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ. ЧАСТЬ 1



11 декабря Комитет по охране здоровья провел «круглый стол» на тему «Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения. Законодательные аспекты». В дискуссии приняли участие депутаты, представители федеральных министерств и ведомств, органов законодательной и исполнительной власти субъектов Федерации, бизнеса, медицинских и страховых организаций, которые обозначили многообразие и специфику взаимных интересов государства и бизнес-структур в вопросах охраны здоровья населения. В числе факторов, сдерживающих развитие государственно-частного партнерства, назывались административные барьеры, препятствующие участию частных организаций в выполнении государственного заказа, несовершенство нормативной правовой базы, отсутствие на законодательном уровне понятия «государственно-частное партнерство». Существенно сдерживает развитие такого партнерства и отсутствие налоговых стимулов, законодательно установленных гарантий для инвесторов.

Предлагаем обзор выступлений участников «круглого стола».



председатель Комитета по охране здоровья и ведущий «круглого стола» Ольга Борзова

отметила, что в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года предусмотрено развитие сектора социальных услуг на принципах государственно-частного партнерства. В классическом понимании государственно-частное партнерство заключается в привлечении частных инвестиций в государственный сектор здравоохранения с целью экономии бюджетных средств, что обеспечивается путем реализации инвестиционных проектов.

Государственно-частное партнерство будет способствовать формированию конкурентной среды в здравоохранении,

созданию равных условий для организаций здравоохранения с различными формами собственности, развитию добровольного медицинского страхования.

«Повышение инвестиционной привлекательности здравоохранения является важнейшей государственной задачей. Укрепляющаяся в настоящее время ресурсная база здравоохранения создает хорошие предпосылки для привлечения средств крупных частных инвесторов».



Депутат выделила основные факторы, сдерживающие развитие ГЧП в здравоохранении. Во-первых, административные барьеры для участия частных организаций в выполнении государственного заказа. Во-вторых, существующая нормативно-правовая база недостаточна для развития ГЧП. Третий фактор связан с отсутствием механизмов оптимального взаимодействия между участниками партнерства: налоговым стимулированием и законодательно установленными гарантиями для инвесторов.

Государственно-частное партнерство, по мнению О. Борзовой, целесообразно развивать в сфере информационных технологий. Очень важной, по ее словам, но пока трудно решаемой проблемой является создание предприятий, обеспечивающих сбор, переработку и утилизацию медицинских отходов. Подобный опыт имеется только в отдельных регионах. Создание частных предприятий по сбору и переработке медицинских отходов может быть важным и перспективным направлением развития государственно-частного партнерства в здравоохранении. Еще одним значимым направлением государственно-частного партнерства является подготовка кадров.

«От бизнес-сообщества поступают предложения о проведении pilotных проектов по государственно-частному партнерству в нескольких регионах России по передаче в концессию государственных клиник, по созданию больничных касс, по передаче федеральных целевых программ в области здравоохранения в управление частным управляющим компаниям. Эти предложения требуют детального анализа. Федеральным органам исполнительной власти мы будем рекомендовать ускорить разработку проектов федеральных законов, направленных на регламентацию деятельности частнопрактикующих врачей и негосударственных медицинских организаций; обеспечение защиты прав пациентов и страхование профессиональной ответственности медицинских работников; разработку предложений по реформе налогового законодательства, стимулирующих приток инвестиций в социальную сферу. Также мы создадим экспертный совет по проблемам государственно-частного партнерства в здравоохранении».

Заместитель председателя Комитета по охране здоровья, академик Колесников Сергей Иванович

мы понимаем, что реформирование здравоохранения необходимо даже в серьезное время финансового кризиса, хотя говорят, что реформы в период финансовых кризисов не проводят.

Сегодня число амбулаторно-поликлинических и больничных организаций в государственном секторе уменьшается: часть ликвидируется, часть объединяется. Одновременно возрастает количество учреждений негосударственного сектора.

Подушевые затраты на медицинскую помощь в РФ отличаются примерно в 6 раз от Европейского Союза, причем у нас очень неблагоприятное соотношение между бюджетными тратами и тратами населения на охрану здоровья. Последние у нас составляют почти 40%, в других странах обычно порядка 15–30%.

Расходы на здравоохранение будут расти, что связано с техническими усовершенствованиями, с изменением инфраструктуры, с ростом стоимости поддержания инфраструктуры. И государственно-частное партнерство, как считается, может быть одним из эффективных инструментов по оптимизации медицинской помощи в нашей стране.

К сожалению, у нас есть еще дополнительные проблемы, которые не характерны для тех стран, которые используют уже эту модель. У нас пока нет в деталях целостной модели концепции развития отрасли 2020 года.





В результате мы постепенно приближаемся к трехуровневой концепции ответственности за свое здоровье, где есть личность и неправительственные организации, есть предприятия и есть государственный муниципалитет, который должен обеспечивать благоприятные условия для того, чтобы предприятие и личность участвовали в охране здоровья.

В большей части стран ресурс частного сектора уже используется в статистике и планировании расходов на здравоохранение. К сожалению, наша страна пока все-таки разделяет четко государственный и частный секторы здравоохранения.

Сегодня здравоохранение становится неким перекрестком интересов государства и бизнеса — это совершенно очевидно. Для того, чтобы частно-государственное партнерство обеспечить, нужно обратить внимание на нормативную законодательную базу. Кроме того, у нас появляется и достаточно хорошо развивается так называемый «третий сектор» — это некоммерческие, неправительственные организации. Но, к сожалению, организации, которые занимаются охраной здоровья, составляют не более 6% от общего количества. И такая же ситуация с благотворительной деятельностью. Здесь, к сожалению, сектор здравоохранения присутствует достаточно ограничено.

В Конституции (7 и 41 статьи) наше государство определяется как социальное. А, с другой стороны, декларируется равный доступ граждан к медицинской помощи. В ряде статей определяется равенство всех форм собственности, а также принципы государственного регулирования взаимоотношений этих форм собственности.

В кодексах: гражданском, налоговом, бюджетном, трудовом, земельном, градостроительном, в пенсионном законе тоже должны отражаться вопросы государственно-частного партнерства. Но, к сожалению, прямых ссылок на это в кодексах нет. Нет единого закона, который бы регулировал государственно-частное партнерство не только в здравоохранении, но и вообще в целом в нашей стране. Законодательную базу по общим вопросам взаимодействия (кроме сферы здравоохранения) между государством и частным сектором составляют федеральные законы «О концессионных соглашениях», «Об инвестиционных фондах», «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд», «Об автономных учреждениях», «О развитии малого и среднего предпринимательства в Российской Федерации» и другие, а также в сфере здравоохранения Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Сейчас настало время подумать вновь, если мы хотим развивать добровольное медицинское страхование, о вопросе зачета обязательного медицинского страхования при обращении в частную структуру, которая проводит оказание услуг на платной основе или на основе добровольного медицинского страхования, о повышении уровня вычетов на доходы физических лиц при оказании медицинской помощи. Это стимулы, которые должны развить такую систему. И, конечно, уже сейчас надо Правительству формировать с бизнес-сообществом реальную программу развития государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Надо привести в соответствие медицинские траты, возмещение расходов на медицинские услуги государственных учреждений к их хотя бы себестоимости и потом уже говорить о каких-то ограничениях и запретах оказания платной медицинской помощи в государственных учреждениях и муниципальных учреждениях здравоохранения.



**Директор Департамента социального развития и охраны окружающей среды Правительства Российской Федерации
Найговзина Нелли Борисовна**

одната очень актуальная, важнейшая тема. Если мы рассмотрим обязательное медицинское страхование и включение страховых медицинских организаций, то это яркий пример частно-государственного партнерства, реализованный еще в 1992 году. Просто раньше мы его так не называли.

Очень интересный проект реализован в Казани компанией «Джонсон и Джонсон» совместно с Росздравом и Минздравсоцразвития России по обучению, в котором применены совершенно новые технологии. Эффективный опыт накоплен фирмой «Файзер» по гемодиализным центрам. Если говорить о льготном лекарственном обеспечении, то государство гарантирует, дистрибуторы закупают лекарства, передают их аптечным сетям, аптеки реализуют. Это тоже вариант частно-государственного партнерства.

Сейчас в Государственной Думе находится законопроект, где предусмотрен pilotный проект по развитию лекарственного обеспечения для льготных категорий граждан. Доля частных структур повышается, и предусмотрено участие страховых компаний, и возмещение аптекам, исключив процедуру централизованных закупок. Такой эксперимент будет проводиться.

Медицинские информационно-аналитические центры на территориях: часть из них государственные, а часть — частные. Это тоже элемент частно-государственного партнерства. Негосударственные пенсионные фонды. Сейчас речь идет о том, чтобы корпоративные учебные центры включились в программу переподготовки в связи с возможным освобождением работников на рынке труда. Уже давно говорим об интеграции программ ОМС, ДМС, потому что есть какие-то фрагменты, нарушающие законодательство интеграции программ, но это тоже требует законодательного регулирования, и такие поправки уже были написаны несколько лет назад. Стоматология — яркий пример частно-государственного партнерства, больше даже частного партнерства, которое требует легализации.

Хочу несколько слов сказать о 41-й статье Конституции, где описаны равные права государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Именно поэтому даже при несовершенном законодательстве по развитию различных форм государственно-частного партнерства оно развивается. И если мы принимаем решение о развитии конкурентной модели здравоохранения, то конкурентная модель, безусловно, требует активного соучастия государства и бизнеса.

И, конечно, большая задача стоит по легализации доходов. И без различных форм, без расширения хозяйственной самостоятельности, без развития государственно-частного партнерства только одним контролем легализовать нелегальные доходы невозможно, потому что они составляют уже значительную сумму — 1,7% ВВП. Это очень большие деньги, которые государство теряет как инвестиционный ресурс. Безусловно, для развития этих форм нужно снижение административных барьеров.

Что сейчас делается? Во-первых, принята уже программа государственных гарантий на следующий год. И в программе государственных гарантий подчеркнуто, что участвуют организации всех форм собственности на равных правах. Но просто механизмы реализации разные. Для государственных муниципальных учреждений — это государственное задание, а для частных и для другого уровня организаций здравоохранения — это государственный заказ. И для этого нормативная база у нас есть, нужно развивать правоприменительную практику.





У нас есть закон «О концессионных соглашениях». Да, не было постановления Правительства, но оно уже в работе и согласовано всеми.

Я хочу назвать два документа, в которых поставлена задача развития частно-государственного партнерства в социальной сфере, в том числе в здравоохранении. Это Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1663-Р «Основные направления деятельности Правительства РФ на период до 2012 года» и Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период 2008–2020 годов». В них сформулированы цели, приоритеты и основные задачи долгосрочной государственной политики в социальной сфере, в сфере экономики, определена стратегия достижения поставленных целей, включая способы, направления и этапы. В соответствии с этими документами готовится план Правительства на ближайшую перспективу. И механизмы частно-государственного партнерства, развитие их предусматриваются этими планами.

Подготовлено решение о создании в Государственной Думе рабочей группы, экспертного совета по проблемам государственного и частного партнерства в здравоохранении. И я думаю, что это будет большая помощь в развитии законодательной базы, которую нам нужно уже принять буквально в 2009 году. А ситуация с финансовым кризисом только позволит пересмотреть подходы к повышению эффективности управления материально-техническими и кадровыми ресурсами. Есть указ Президента по показателям эффективности деятельности органов исполнительной власти и по показателям деятельности органов муниципальной власти, который закладывает основу к оценке эффективности управления имущественным комплексом и ресурсами.

Поэтому вопрос частно-государственного партнерства и вопрос эффективности управления ресурсами — это суть одной проблемы.

А.Е. Олисов, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и развития здравоохранения

Чевидно, что частно-государственное партнерство сулит нам достаточно большие выгоды по экономии государственных средств и по оптимизации управления, которые у нас, конечно же, страдают в государственной сфере.

Опыт Германии и Великобритании подсказывает нам, что частно-государственное партнерство является эффективным, ежегодно практически удваивается количество организаций и соответственно стоимость активов, находящихся под управлением частных организаций в области здравоохранения. Оглядываясь на их опыт, можно сказать, что все получается достаточно успешно. У нас, конечно, есть много трудностей, но я думаю, что они все вполне победимы.

Основной задачей на сегодняшний момент, которую Минздравсоцразвития России перед собой ставит в области частного бизнеса в здравоохранении в целом, не только ГЧП — это допуск на рынок частных организаций. Эту задачу видим перед собой достаточно реализуемой. И буквально в ближайшее время ожидаем от рабочей группы ФАС материалов на тему «Изменения в законодательстве, регулирующие доступ частных организаций на рынок в здравоохранении».

И здесь основным концептуальным ограничением является то, что частным организациям, конечно, нужно получать прибыль. А существующие тарифы покрытия государственных гарантий не просто не обеспечивают прибыли, а покрывают всего лишь несколько статей затрат, как всем это известно.



И в этой связи Минздравсоцразвития РФ для себя достаточно четко ставит цель, с одной стороны, допуска на рынок частных компаний, оказывающих услуги; с другой стороны, как условие этого допуска движение однозначно избрано к полному тарифу оплаты медицинских услуг, оказываемых в рамках государственных гарантий, и преимущественно одноканальному финансированию этих самых услуг через систему ОМС. Известно, что у нас и по видам помощи существует достаточно сложное разграничение, и по уровням оказания помощи.

До начала кризиса у нас были достаточно оптимистичные прогнозы по поводу сроков выхода хотя бы на приблизительный уровень покрытия затрат и соответственно этот самый полный тариф. К сожалению, сейчас назвать какие-то конкретные сроки будет преждевременным. Будем корректировать эту программу, посмотрим, что произойдет в макроэкономике нашей страны. Но наши подсчеты говорят о том, что достаточно реально в считанные годы дойти до полного тарифа при финансировании государственных гарантий. Над этим мы работаем.

Прецедентов, когда частные компании будут инвестировать в приобретение основных фондов строительства и этим всем управлять, а государство со своей стороны занимается исключительно оказанием услуг, то есть нанимает персонал и оказывает эти самые услуги, у нас пока нет, и обслуживание всего имущественного комплекса ложится на плечи этого самого инвестора. Такое настоящее частно-государственное партнерство, которое мы видим на примере Великобритании, конечно, у нас упирается именно в несовершенство нормативной базы в области разграничения имущества в рамках одной организации.

В этой области у нас в Минздраве работа ведется, наверное, не настолько активно и не настолько мы близки к решению, как в области допуска на рынок частных организаций. Но проблема нам совершенно четко ясна, и, конечно, само по себе частно-государственное партнерство и Минздравсоцразвития РФ приветствуется.

Максимов Сергей Васильевич, начальник Управления лицензирования и правового обеспечения Росздравнадзора, профессор

Реже всего мы рассматриваем в связи с поднимаемым вопросом целесообразность обсуждения самой идеи федерального закона о государственно-частном партнерстве. По своей природе этот закон носит многоотраслевой характер, если говорить о самой концепции этого закона, и в силу отраслевой природы нашего законодательства, уже на стадии обсуждения этой идеи будут принципиальные споры. В конечном счете при проработке этой идеи можно прийти к выводу о том, что не нужен такой закон, а нужно внести поправки в отраслевые законы.

В этой связи мы считаем наиболее перспективным рассматривать возможности усовершенствования федерального закона о концессионных соглашениях. По своей природе этот закон в наибольшей степени отвечает решению организационно-правовых проблем.

Вообще сама тема государственно-частного партнерства существует в общественном сознании как принцип взаимодействия государства и общества, в данном случае коммерческого сектора этого общества, и как организационно-правовые формы.

Вот в узком смысле, я думаю, что, конечно, закон о концессионных соглашениях создает достаточные предпосылки. Следует обсуждать в плане развития этой законодательной осно-





вы возможность расширения предмета регулирования применительно к этому закону и отдельные формы таких соглашений применительно к сфере здравоохранения.

В настоящее время, как вы знаете, существует типовое концессионное соглашение как раз для сферы транспортных магистралей. Было бы неплохо разработать систему типовых соглашений. Видимо, они должны иметь форму правительственные актов. Может быть, постановление Правительства. Может быть, более низкий уровень. Но, скорее всего, постановление Правительства.

Типовые концессионные соглашения для сферы здравоохранения. Я думаю, что есть специфика таких соглашений для производства. Вот сейчас достаточно активно мы обсуждаем вопросы, связанные с так называемым «контрактным производством» — тоже терминологически очень сложная проблема. И нужно завершить то, что начало Правительство в этой части, и развить те предпосылки, которые сейчас есть в правительственные актах.

Мы предполагаем, что, конечно, нужно для медицинских учреждений и организаций соответствующее типовое соглашение. И, может быть, для фармацевтической сферы тоже отдельное типовое соглашение. Потому что для каждой из этих сфер внутри большой сферы здравоохранения есть своя специфика.

Конечно, нельзя не затронуть такого важного аспекта, как участие государства в управлении коммерческими организациями в сфере здравоохранения. Эта проблема, я думаю, через какое-то время встанет в полный рост, если не говорить, что она уже появилась.

Сегодня законодательство, которое регулирует участие государства в управлении негосударственными организациями, недостаточно приспособлено для решения этих проблем. Фактически уже за пределами закона о государственной гражданской службе, об основах муниципальной службы существует пояс почти сплошных пробелов. И можно говорить о том, что сегодня фактически участие любого государственного служащего (за исключением тех случаев, когда речь идет об указах Президента применительно к отдельным крупным коммерческим организациям, создаваемых с участием государства) — это уже почти всегда нарушение закона и почти всегда конфликт интересов. Не решив этих проблем, мы будем иметь искусственный тормоз для того, чтобы государство могло достаточно эффективно обеспечивать свое участие в развитии государственно-частного партнерства в этом отношении.

Есть и целый ряд других возможных решений в этом направлении. Было бы целесообразно посвятить специальное мероприятие обсуждению конкретных форм для государственно-частного партнерства на уровне встречи экспертов в самое ближайшее время.

Эти предложения Росздравнадзора будут направлены до конца текущего года в Министерство здравоохранения и социального развития РФ, на имя Министра, и параллельно в Государственную Думу, поскольку такие идеи уже есть.

Гурдус Владимир Оскарович, президент группы компаний МЕДСИ

→  сновные формы взаимодействия государственного и частного секторов, которые не являются специфичными для системы здравоохранения, — это закупка госструктурами в частном секторе услуг, материалов, оборудования и так далее.

Тема нашей сегодняшней встречи «Разновидности государственно-частного партнерства»: концессия, сдача в аренду, контракт на управление, контракт на оказание услуг, SPV-кон-



тракты по созданию и дальнейшей эксплуатации медицинских учреждений, частичная приватизация, совместное финансирование проектов и как наиболее отдаленная от ГЧП форма — приватизация. Хотел бы остановиться на разновидностях ГЧП, которые могут рассматриваться в том числе в здравоохранении.

Взаимоотношение сторон в рамках возможных проектов ГЧП регулируют следующие основные законы: статья 41 Конституции, федеральные законы «О размещении заказов на поставки товаров и услуг», «О концессионных соглашениях», «Об автономных учреждениях», «Об утверждении правил формирования и использования бюджетных ассигнований инвестиционного фонда», «Об инвестиционной деятельности», «Об особых экономических зонах», «О Банке развития». Все эти акты регулируют законодательную сферу в области частно-государственного партнерства, и, если реализовывать такие проекты, то из этих законов надо брать по кусочку и каким-то образом осуществлять правоприменительную деятельность, то есть существует определенное количество проблем с использованием текущей законодательной базы.

Скажем, в законе «Об автономных учреждениях» следует устраниТЬ запрет на использование механизмов ГЧП в развитии управления бюджетными государственными и муниципальными лечебными учреждениями.

Федеральный закон «О концессионных соглашениях». Этот закон есть, но права инвестора в течение срока действия концессионного соглашения защищены крайне слабо. И поэтому всякий инвестор, принимая решение об участии в концессии, испытывает юридические проблемы осуществления инвестиций. Концессионное соглашение можно прервать на любом этапе осуществления проекта, в том числе и не дожидаясь возврата вложенных в объект средств. И это, безусловно, снижает заинтересованность инвесторов в реализации концессионных соглашений.

Обратимся к опыту западноевропейских стран. В Германии доля частных ЛПУ в оказании медицинской помощи повысилась в 5 раз, с 4 до 22%, все это происходит на фоне снижения ассигнований государства на систему здравоохранения и позволяет в определенной степени поддерживать качество медицинской помощи, традиционно высокое в государстве. При этом государственные ЛПУ отдаются частным инвесторам за символическую сумму под многолетние обязательства обслуживания в рамках государственной системы страхования на медицинскую помощь и сами осуществляют все мероприятия, направленные на повышение эффективности эксплуатации клиник.

В Швеции в 1991 году был запущен процесс рыночной трансформации, снизились затраты по определенным услугам, повысилась доступность медицинской помощи, увеличилось количество людей, которые через эти центры проходят.

Достаточно интересный опыт Румынии, когда были приватизированы амбулаторные центры диализа в 8 государственных госпиталях. В течение 18 месяцев был проведен полный ремонт и оснащение зданий и помещений. Ежегодная экономия государственных средств составила 4 миллиона евро на оказание услуг. При этом доступность этих услуг не снизилась, и переоборудование фактически было произведено за счет частного инвестора.

Достаточно интересен опыт Дании. Здесь на средства частных инвесторов был создан общенациональный электронный портал «Здравоохранение». В результате значительно упростился обмен информацией между государственными лечебными учреждениями, частными лечебными учреждениями и страховыми компаниями, повысилась эффективность обмена информацией, снизились затраты.





Готовность инвестировать в государственную инфраструктуру у частного капитала, безусловно, есть. Но для этого необходимо иметь юридические и законодательные права на последующий возврат этих инвестиций. Иначе никакой инвестор не будет осуществлять инвестиции или это будет благотворительность, а не партнерство.

И вместо того, чтобы создавать лечебное учреждение в неприспособленных помещениях, более интересно использовать существующую медицинскую инфраструктуру, вкладывая в нее инвестиции и повышая качество предоставления медицинских услуг.

Очень важная тема, связанная с отнесением на себестоимость затрат предприятий на добровольное медицинское страхование и платные медицинские услуги; это возможность зачета средств обязательного медицинского страхования при покупке полиса добровольного медицинского страхования и налоговое стимулирование физических лиц в виде сокращения НДФЛ при осуществлении затрат на поддержание здоровья.

Мне кажется, в рамках поддержания здоровья нации в целом — это правильные стимулирующие мероприятия ответственности каждого человека за поддержание своего здоровья, а не только ответственности государства за то, чтобы все были здоровы.

Следует рассмотреть возможность передачи государственных ЛПУ в управление частным медицинским компаниям или вообще заинтересованным инвесторам под обязательства реконструкции, переоснащения и долгосрочный государственный заказ на оказание медицинской помощи в этих учреждениях. Формы таких контрактов (SPV-контракты) применяются в строительстве, в реконструкции дорог. И, насколько я знаю, сейчас обсуждается применение в образовательной сфере при строительстве школ, высших учебных заведений. Мне кажется, эта же право-применимая практика для здравоохранения весьма актуальна и может привлечь дополнительные инвестиции в здравоохранение.

Полностью соглашусь с коллегой из Минздравсоцразвития России о том, что данные инвестиции имеют смысл только в случае, если будет обеспечена экономическая эффективность этих вложений, то есть государство обеспечит оплату медицинской помощи по полноценному тарифу. Никто не предлагает зарабатывать сверхприбыли на оказании медицинских услуг, но покрытие себестоимости — необходимое условие для того, чтобы любые инвестиции в государственную сферу осуществлялись.

Принятие закона «О государственно-частном партнерстве» необходимо потому, что те законодательные нормы, которые в разных законах разбросаны, достаточно сложно применять. Данный закон мог бы в значительной степени стимулировать это партнерство не только в здравоохранении, но и в других отраслях экономики.

Примером регионального решения может служить принятие в Санкт-Петербурге Закона № 627 «Об участии Санкт-Петербурга в государственно-частных партнерствах». Федеральная законодательная база тоже должна определять правила деятельности на этом рынке. Основная цель состоит не в том, чтобы сделать ГЧП формой скрытой приватизации здравоохранения, а в том, чтобы привлечь дополнительные ресурсы и дополнительные возможности в реформирование системы здравоохранения.

Продолжение читайте в следующем номере журнала.

Подготовила Н. Куракова



→ ОТ РЕДАКЦИИ:

К сожалению, последствия мирового финансового кризиса все серьезнее сказываются на экономике нашей страны. Впервые к теме антикризисного управления наш журнал обратился еще в декабре прошлого года. Однако сегодня необходимость введения новой рубрики журнала «Антикризисное управление в здравоохранении» не вызывает сомнения. Надеемся, что материалы рубрики окажутся полезными для наших читателей.

В следующих номерах мы рассмотрим такие вопросы, как цивилизованные формы развития платных услуг (в том числе нестандартные формы оказания платных услуг), меры по противодействию теневой оплате и другие антикризисные меры. Надеемся, что и наши читатели поделятся своим опытом реализации антикризисных мероприятий.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга

ЧТО ТАКОЕ «АНТИКРИЗИСНОЕ УПРАВЛЕНИЕ»?

Онение «антикризисное управление» обычно рассматривается в ракурсе двух основных ситуаций:

1. Управление организацией в условиях общего экономического кризиса.
2. Управление организацией в условиях кризиса самой организации, вызванных не столько внешними причинами, сколько просчетами в управлении организацией.

В нашем случае речь, конечно, пойдет о первой ситуации — о том, как управлять медицинским учреждением в условиях развивающегося финансово-экономического кризиса, вызывающего бурную инфляцию, ухудшение финансирования и т.д.

Ниже мы покажем возможный алгоритм действий, необходимых для обеспечения антикризисного управления. Необходимо отметить, что приведенная нами последовательность во многом является условной (имея в виду, что целый ряд мероприятий может реализовываться одновременно, а некоторые мероприятия — меняться местами).

Основой антикризисного управления, безусловно, является оценка текущей ситуации и перспектив, позволяющая принимать осознанные, обоснованные управленческие решения. На этом этапе еще не требуются конкретные экономические расчеты. Исходя из знания общих форм проявления кризиса, его влияния на различные стороны экономики, оце-



ниваются основные проблемы, с которыми уже столкнулось учреждение или с которыми ему придется столкнуться (уменьшение ассигнований, рост цен и т.д.).

Далее следует анализ конкретной сложившейся ситуации, направленный на «ревизию» ресурсов, на выявление скрытых резервов.

Следующий этап заключается в выявлении приоритетов. В самом общем плане они могут заключаться в обеспечении оказания прежних объемов медицинской помощи при не снижении качества, сохранении потенциала учреждения (как кадрового, так и материально-технического). Вместе с тем с учетом специфики учреждения (специализации, источников финансирования, территориального расположения и т.д.) дополнительными приоритетами могут быть либо получение дополнительного дохода (для учреждений системы ОМС и имеющих возможность развивать платные услуги), либо минимизация расходов (для учреждений, финансируемых из бюджета и имеющих ограниченные возможности оказывать платные услуги, — фтизиатрические и т.д.).

За этим следует выработка плана мероприятий по преодолению кризисной ситуации. Для этого необходимо создать рабочую группу. Разработку антикризисных мероприятий целесообразно проводить при помощи «мозговых атак» с обязательным привлечением не только руководителей высшего звена и заведующих отделениями, но и старших медсестер, которые гораздо лучше знают резервы каждого конкретного подразделения, чем администрация.

Как правило, план антикризисных мероприятий — это, к сожалению, скорее, «благие намерения». Чтобы сделать его жизненным, необходимо принятие большого числа конкретных управленческих решений (приказов и т.д.) по различным направлениям деятельности. Целесообразно, в частности, разработать рекомендации по отдельным направлениям рационализации (оптимизация фонда оплаты труда, расхода медикаментов и т.д.).

Подобные решения также по возможности должны приниматься коллегиально, после тщательного обсуждения не только самими управленцами, но и с привлечением представителей коллектива (например, профсоюзов). Целый ряд вопросов вообще целесообразно вынести на обсуждение всего коллектива. Это позволяет снять обвинения в адрес администрации учреждения в скрытности и т.д., сплотить коллектив и мобилизовать его на решение общих задач. Кроме того, это важная психологическая и политическая мера. Например, в целях поддержки мер по сокращению выплат за совмещение должностей (профессий) и выплат стимулирующего характера можно на общем собрании коллектива поставить вопрос о том, что лучше: временно ограничить выплаты или уволить часть сотрудников, столкнуться с длительными задержками выплаты заработной платы и т.д. При грамотном подходе можно получить поддержку коллектива в реализации практически любых антикризисных мероприятий.

Вообще информационное и психологическое обеспечение антикризисных мероприятий — крайне важная тема: любые изменения проходят проще, если они понятны. Дело в том, что большая часть людей боится изменений любых, особенно непонятных, особенно, если они потенциально несут угрозу. Поэтому очень важна разъяснительная работа.

В связи с этим отметим еще один важный момент. По сути, любую жесткую меру можно подать в позитивном свете. Например, повышение нагрузки при сокращении части ставок или выплат за расширение зоны обслуживания, увеличение объема работ и т.д. можно аргументировать возможностью повышения производительности труда сотрудников, если при этом улучшить условия их труда и отдыха за счет оснащения ординаторских и сестринских комнат (или комнат отдыха) бытовыми приборами (электрочайниками, микроволновыми плитами, тостерами и т.д.). Другими словами, если часть экономии от сокращения ставок и т.д. вернуть работни-



кам в другой (желательно, видной, явной, осязаемой форме), удастся резко уменьшить негативную реакцию коллектива. Особенно, если это подкрепляется приобретением (получением) нового более производительного оборудования (а в рамках приоритетного национального проекта новое оборудование получили многие учреждения).

Поскольку принципиально важными антикризисными задачами являются увеличение доходов и сокращение расходов, то важное место в выработке антикризисной стратегии должно быть отведено финансовым службам. Так экономическая служба, отдел платных

услуг и другие подразделения должны работать в режиме генерирования новых идей.

Конечно же, должна быть обеспечена реализация принятых планов. Тем не менее, имеется в виду не бездумное стремление выполнения всех намеченных мероприятий, а постоянный мониторинг ситуации и корректировка принятых решений.

В данном материале мы коснулись лишь самых общих моментов, связанных с антикризисным управлением. Конкретные направления деятельности будут раскрыты в целой серии публикаций в рамках данной рубрики, открываемой этой статьей.





ОТ РЕДАКЦИИ:

В предлагаемом материале затрагиваются вопросы оптимизации затрат на оплату труда как элемент антикризисных мероприятий. Но в рамках одной публикации они не могут быть раскрыты полностью. В следующих номерах мы планируем продолжить эту тему, рассмотрев пути экономии медикаментов и сокращения других расходов, меры по развитию платных услуг и т.д. Если наши читатели будут заинтересованы в более детальном раскрытии отдельных вопросов (например, бригадных форм оплаты труда и т.д.), мы постараемся выполнить такие пожелания. Ждем Ваших откликов.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга

ОПТИМИЗАЦИЯ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ТРУДА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ЭЛЕМЕНТ АНТИКРИЗИСНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

В целях обеспечения рационального и экономного использования средств, выявления имеющихся резервов и выработки мер по эффективному использованию ресурсов в учреждениях здравоохранения необходимо серьезное внимание уделить средствам, затрачиваемым на оплату труда. Первостепенное внимание к данным расходам обусловлено тем, что это наиболее крупная статья расходов, к тому же используемая далеко не всегда эффективно.

Сразу же оговоримся — мы отдаём себе отчет в том, что любые меры по оптимизации расходов на оплату труда имеют неоднозначные последствия. С одной стороны, они позволяют выявить довольно серьезную экономию, не допускать задержек с выплатой заработной платы (или минимизировать сроки задержек), а с другой стороны, они напрямую сказываются на уровне заработной платы конкретных работников, вызывая их недовольство, жалобы, увольнения, социальную напряженность в коллективе. Ведь не секрет, что низкий официальный уровень оплаты труда нередко вызывает «выводиловку» (особенно в отношении низкооплачиваемых категорий работников: санитарки, рабочие и др.). И, тем не менее, мы придерживаемся мнения о том, что руководители учреждений должны знать свои резервы, чтобы принимать обоснованные управленческие решения.

Ниже перечислены возможные меры, направленные на оптимизацию расходов на оплату труда. Мы специально используем термин «оптимизация», а не «сокращение». Во-первых, это более мягкая формулировка мер, носящих обычно характер сокращения. Во-вторых, оптимизация вовсе не должна ограничиваться мерами по сокращению расходов. В

© Ф.Н. Кадыров, 2009 г.



целом ряде случаев это может быть перераспределение средств между подразделениями (с учетом объемных показателей и т.д.) и даже увеличение расходов на оплату труда, если они позволяют увеличить доходы, экономить другие статьи расходов в большем объеме и т.д. (например, стимулирование экономии медикаментов и расходных материалов).

В первую очередь следует пересмотреть штатные расписания учреждений и сократить необоснованно введенные должности. Несмотря на то, что в настоящее время руководители государственных и муниципальных учреждений здравоохранения имеют достаточно большие полномочия в вопросах формирования штатных расписаний своих учреждений, в кризисных ситуациях рекомендуется придерживаться имеющихся штатных нормативов: никто не поймет руководителя, если при сложностях с выплатой заработной платы в штате учреждения будут содержаться сверхнормативные ставки. Поэтому целесообразно исключить из штатного расписания должности, введенные сверх штатных нормативов и приказов вышестоящих органов управления. Проблему же введения должностей, необходимых для выполнения дополнительно появившихся функций (например, для размещения государственного или муниципального заказа и т.д.), целесообразно решать через ведомость замены. Однако и здесь следует придерживаться определенных правил. Так, будет неоправданным введение тех или иных должностей по ведомости замены за счет сокращения должностей, количества которых рассчитано исходя из объемных показателей (например, медсестер-массажисток, врачей-лаборантов и т.д.). Сокращение должностей, рассчитанных исходя из объемных показателей (с целью введения других должностей), свидетельствует либо о неправильном их расчете, либо о том, что определенный объем работы просто не будет выполняться.

Обращаем внимание на то, что даже в кризисных ситуациях под сокращение должны

падать в первую очередь незанятые ставки. Сокращение ставок, занятых конкретными физическими лицами и их увольнение, — это крайняя мера. В большинстве случаев можно трудоустроить работников в рамках самого учреждения, предложив работнику имеющиеся вакантные ставки. Поэтому сокращать целесообразно только неиспользуемые вакантные ставки. При этом нужно оговориться: выявление неиспользуемых вакантных ставок не может осуществляться на основе тарификации, поскольку основная часть вакантных ставок используется для оплаты труда за совмещение профессий (должностей), расширение зон обслуживания, увеличение объема работы, исполнение обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором (ст. 60.2 Трудового кодекса РФ).

Кроме того, часть вакантных ставок обычно передается в бригадный фонд. О бригадной форме организации и оплаты труда стоит сказать отдельно. В последние годы существования Советского Союза они были очень популярны. При этом искусственно создавался миф о том, что бригадные формы более эффективны, чем индивидуальная оплата труда. На самом деле все обстоит наоборот. Более эффективными, более действенными всегда являются индивидуальные системы оплаты труда, позволяющие учитывать и оплачивать труд конкретного работника. Проблема лишь в том, что в здравоохранении они применимы далеко не всегда. Так, невозможно оценить вклад конкретной палатной медсестры, работающей, например, «сутки через двое», в лечение конкретного пациента, в выполнение функций отсутствующей санитарки и т.д. Это и вынуждает использовать бригадные формы, при которых коллектив сам определяет меру подобного участия. Но, конечно же, при этом не обходится без ошибок, субъективизма, недовольства и конфликтов. В условиях кризиса нужно тщательно подойти к анализу обоснованно-





сти существования бригадных форм. Возможно, в целом ряде случаев от них следует отказаться, заменив совместительством, индивидуальной оплатой за совмещение должностей и т.д. Особенно это касается ситуаций, когда при формировании фонда оплаты труда или КТУ не учитывается реальный объем выполняемой работы, когда в состав бригад включаются сотрудники, которые заведомо не могут (или не будут) выполнять работу друг друга (врачи разных специальностей, врачи и санитарки и т.д.). Это все случаи необоснованного расходования фонда оплаты труда и серьезный резерв экономии.

Требуется обеспечить наличие и обоснованность расчетов надтарифного фонда (фонда надбавок и доплат) и эффективность его использования. В частности, пересмотреть обоснованность всех видов премий и выплат стимулирующего характера (за интенсивность труда, за сложность и напряженность и т.д.).

Четкого обоснования требуют расходы на замену лиц, уходящих в отпуск. Планирование фонда заработной платы на замену лиц, уходящих в отпуск, зависит от того, планируется ли нагрузка (или занятость рабочего места: медрегистратора и т.д.) на все 12 месяцев или только на время плановой работы специалиста (за вычетом отпуска). Так, должность врача-травматолога травматологического пункта должна быть занята постоянно, а замену стоматологов и некоторых других специалистов (когда имеется несколько специалистов) можно не планировать: посещаемость в период отпусков в летнее время падает. В частности, в амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях), доход которых в системе обязательного медицинского страхования формируется по количеству и стоимости оказанных услуг, не всегда обязательна замена всех врачей амбулаторного приема и обслуживающих их медсестер.

Как правило, ассигнования на оплату замены уходящего в отпуск постового меди-

цинского персонала не должны предусматриваться, поскольку при разработке штатных нормативов их число рассчитывается с учетом необходимости замены уходящих в отпуск. В случае же, если количество должностей постового персонала установлено в меньшем объеме по сравнению со штатными нормативами (без учета должностей, необходимых для замены уходящих в отпуск), что должно быть подтверждено расчетами, допускается планирование оплаты труда лиц для замены уходящего в отпуск постового медицинского персонала.

Если замена лиц, уходящих в отпуск, не может быть обеспечена в пределах месячной нормы рабочего времени (при полной нагрузке медперсонала), то оплата за замещение может производиться за фактически отработанное время.

Не подлежат замене и не могут быть включены в данный перечень следующие должности:

— руководители всех уровней, имеющие штатных заместителей (правда, могут иметь место доплаты);

— сезонные работники (садовники, гардеробщики и т.п.);

— узкие штатные специалисты, на время отпуска которых привлекаются врачи-консультанты (эти средства должны быть запланированы в фонде оплаты труда консультантов);

— работники подразделений, уходящих в коллективный отпуск;

— вакантные ставки.

На предполагаемый прирост занятых ставок ассигнования на замену уходящих в отпуск также не планируются.

Щадительный подход требуется к расчету оплаты труда в праздничные дни (необходимо по возможности минимизировать дежурства в праздничные дни, вместо дополнительной оплаты предлагать отгулы, в ряде случаев заменить их оплатой за сверхурочную работу при необходимости привлечения сотрудников к работе для оказания экстренной помощи).



Необходимо учитывать экономию средств в связи с оплатой сотрудникам больничных листов (при отсутствии необходимости или возможности их замены на период болезни).

Следует правильно планировать и учитывать и расходы на замену лиц, уходящих на учебу.

Целесообразно пересмотреть оплату труда за совмещение профессий и исполнение обязанностей временно отсутствующих работников и производить ее строго в соответствии с фактическим объемом выполняемых работ. Практика показывает, что это требование выполняется крайне редко. При этом целесообразно максимально сократить совмещения профессий (должностей) и т.д., заменив их по возможности совместительством с отработкой рабочего времени.

Совместно с профсоюзной организацией следует уточнить перечень должностей, имеющих право на доплату за работу в ночные время в размере, предусмотренном для лиц, оказывающих экстренную медицинскую помощь. Перечень этих подразделений (должностей) утверждается руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом или иным уполномоченным работниками учреждения представительным органом. Следует не допускать включения в перечень должностей, для которых доплата производится как оказывающим экстренную помощь, сотрудникам, работа которых не связана с оказанием экстренной медицинской помощи.

Как известно, в каждом учреждении должен быть составлен и утвержден по согласованию с выборным профсоюзным органом (или иным органом, уполномоченным представлять интересы работников) перечень должностей работников, которым с учетом конкретных условий работы в данном учреждении, подразделении и должности (лечение, обеспечение диагностики, экспертизы, непосредственное обслуживание или контакт с больными и др.) устанавливается повышение окладов (ставок), отражающие

опасные для здоровья и особо тяжелые условия труда, в том числе и за каждый час работы. Необходимо еще раз пересмотреть указанные перечни, исключив из них работников, необоснованно включенных в перечни и не имеющих права на установление повышений. Для работников, лишь периодически (определенные промежутки времени) сталкивающихся с факторами, обуславливающими опасные для здоровья и тяжелые условия труда (вредность), может вводиться почасовая оплата за работу с вредными факторами.

В соответствии со статьей 119 Трудового кодекса РФ работникам с ненормированным рабочим днем предоставляется ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск. Порядок и условия предоставления ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска работникам с ненормированным рабочим днем в организациях, финансируемых из федерального бюджета, устанавливаются Правительством Российской Федерации, в организациях, финансируемых из бюджета субъекта Российской Федерации, — органами власти субъекта Российской Федерации, а в организациях, финансируемых из местного бюджета, — органами местного самоуправления. Требуется четкое обоснование отнесения работников, занимающих конкретные должности, к работникам с ненормированным рабочим днем.

Совместно с профсоюзной организацией необходимо пересмотреть перечень должностей, имеющих право на дополнительные отпуска, в соответствии с действующим законодательством по другим основаниям.

Несколько слов о дежурствах на дому. Путем внесения изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 октября 1999 г. № 377 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» дежурства на дому были отменены, а потом был отменен и сам указанный приказ. Тем не менее, в ряде регионов, которые ввели свои региональные системы оплаты труда, дежур-





ства на дому еще сохранены. Следует сократить необоснованно введенные дежурства на дому и рассмотреть вопрос о полной отмене дежурств на дому. При этом необходимо отметить, что дежурства на дому не должны вводиться для руководителей учреждений здравоохранения. Указанные дежурства могут вводиться только в отдельных случаях, как исключение, с согласия работника для обеспечения оказания экстренной медицинской помощи. При необходимости привлечения врачей и среднего медицинского персонала к выполнению работ за пределами продолжительности рабочего времени, установленной для данного работника, в случаях отмены дежурств на дому следует руководствоваться нормами трудового законодательства (оформление сверхурочной работы и т.д.). При этом необходимо произвести расчеты экономической целесообразности сохранения дежурств на дому и отказаться от них, если затраты на оплату сверхурочной работы окажутся меньшими, чем оплата за дежурства на дому. В целом же следует сказать, как правило (обычно в силу злоупотребления этой формой), дежурства на дому оказываются менее выгодными, чем рационально организованная работа с оплатой сверхурочных часов.

Практика показывает, что серьезным резервом экономии фонда заработной платы является оптимизация численности руководителей различного уровня. Так, целесообразно пересмотреть количество заместителей главных врачей — в последние годы наблюдалась устойчивая тенденция их увеличения. Следует рассмотреть возможность укрупнения подразделений (особенно с низкой укомплектованностью физическими лицами) с сокращением числа заведующих отделениями. Кроме того, необходимо свести к минимуму число освобожденных (полностью или частично) заведующих.

В учреждениях, оказывающих платные услуги, необходимо разделять штатные должности не только основного, но и обще-

учрежденческого персонала (бухгалтеров, экономистов, хозяйственной службы и т.д.) по источникам финансирования. Не должно быть такого, что более четверти всего объема услуг оказывается за плату (как, например, во многих стоматологических учреждениях), а все бухгалтеры свою основную зарплату получают за счет средств ОМС.

Целесообразно пересмотреть систему индикаторов качества медицинской помощи и использовать показатели качества в тех подразделениях, в которых они ранее не использовались. В Положениях об оплате труда, принимаемых в учреждениях, рекомендуется предусмотреть осуществление дополнительной оплаты труда с учетом показателей качества (применение понижающих коэффициентов). Кроме того, что это будет способствовать повышению качества, в целом ряде случаев появляется обоснованная экономия по фонду оплаты труда.

Одновременно следует большее внимание обратить на возможность введения стимулирующих систем оплаты труда, ориентированных на ключевые объемные, качественные или стоимостные показатели.

Необходимо пересмотреть в установленном порядке Коллективные договоры и Положения по оплате труда, исключив из них при недостатке финансовых средств пункты, предусматривающие выплаты, не носящие гарантированного характера.

В целом ряде случаев экономия фонда заработной платы появляется в результате изменения в установленном порядке норм нагрузки.

Еще один важный момент. Сокращение следует проводить только по тем должностям, которые не влияют напрямую на объем медицинской помощи (например, не сокращать имеющих полную нагрузку врачей амбулаторного приема или выполняющих лечебно-диагностические исследования). Оптимизация затрат на оплату труда не должна приводить к сокращению объемов оказываемой медицинской помощи, снижению ее доступности и качества.



Безусловно, все принимаемые меры по оптимизации фонда оплаты труда должны осуществляться с соблюдением действующего трудового законодательства (предупреждать работников о существенных изменениях условий оплаты труда не менее чем за два месяца, не вводить не предусмотренных Трудовым кодексом РФ штрафных санкций и т.д.). Поэтому большое внимание должно быть уделено взаимодействию с профсоюзной организацией (или другими представителями работников). Нужно работать и с коллективом в целом, не ограничиваясь ссылками на объективные сложности, на решения вышестоящих органов и т.д. Необходимо организовать разъяснительную работу, попытаться сплотить коллектив для того, чтобы общими усилиями выстоять в сложный период и сохранить потенциал учреждения.

При этом необходимо учитывать и рост безработицы, который вынуждает работни-

ков быть более терпимыми к ситуациям, когда пересматривается порядок и размеры дополнительной оплаты труда.

Еще одно важное замечание: любые меры, затрагивающие уровень оплаты труда работников, рождают их стремление компенсировать снижение оплаты за счет пациентов. Конечно, это недопустимо. Поэтому необходимо принять меры по поиску возможностей развития официальных платных услуг, обеспечивающих возможность дополнительных легальных заработков персонала.

В данной публикации мы рассмотрели лишь некоторые аспекты рационализации использования средств на оплату труда. Отдельные вопросы, связанные с оптимизацией расходов на оплату труда при оказании платных услуг, с использованием стимулирующих систем оплаты труда мы осветим отдельно в следующих номерах журнала.

Полезная ссылка

<http://www.privacy-journal.ru>

НАЧАЛ ВЫХОДИТЬ НОВЫЙ ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ «ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ»



→ **В** связи с принятием в 2006 году федерального закона «О персональных данных» вопросы защиты прав субъектов персональных данных с каждым днем становятся все актуальнее. При этом основная нагрузка по соблюдению требований вышеназванного закона ложится на юридических лиц, обрабатывающих такие данные, то есть операторов персональных данных.

Выполнение требований законодательства о персональных данных на сегодняшний день порождает массу вопросов, связанных с обработкой и защитой ПД, и, по замыслу создателей издания, оно должно стать независимой площадкой для их обсуждения с участием представителей органов государственной власти, всех заинтересованных юридических и физических лиц.



Д.В. Пивень,

д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ

П.Е. Дудин,

к.м.н., главный врач Иркутской областной клинической больницы

М.В. Федосеева,

заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Иркутской областной клинической больницы

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ РЕШЕНИЯ

Значительный рост расходов на здравоохранение во всех странах мира, постоянное пополнение фармацевтического рынка новыми лекарственными препаратами диктуют необходимость рационального подхода к использованию лекарственных средств в лечебно-профилактических учреждениях. Во многом этому способствует все более активное участие в деятельности практического здравоохранения специалистов, занимающихся клинической фармакологией.

Клиническая фармакология как отдельная область медицины существует уже более 40 лет и занимается изучением самых различных проблем лекарственной терапии, начиная с методологии клинических испытаний, метаболизма лекарственных препаратов и заканчивая фармакоэкономическими исследованиями. В Российской Федерации должность врача — клинического фармаколога введена в штатное расписание лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) с 1997 года Приказом МЗ РФ от 05.05.1997 № 131 «О введении специальности клиническая фармакология».

Не вызывает сомнений, что вопросы лекарственного обеспечения медицинских учреждений весьма чувствительны к любым организационным и финансовым изменениям, происходящим в системе здравоохранения. Как бы много мы не говорили о необходимости поиска и внедрения самых разных механизмов управления качеством медицинской помощи, но всем ясно, что простое наличие или отсутствие медикаментов играет принципиальную роль в решении этой задачи. Особенно остро это ощущается в условиях кризиса. Более того, сложившаяся ситуация обнажила и ряд серьезных проблем в системе лекарственного обеспечения ЛПУ, что не может не требовать внесения соответствующих корректив. Прежде, чем перейти к указанным проблемам, дадим в качестве примера краткую характеристику организации медикаментозного обеспечения Иркутской областной клинической больницы (ГУЗ ИОКБ), общий коековый фонд которой составляет 1100 коек.

© Д.В. Пивень, П.Е. Дудин, М.В. Федосеева, 2009 г.



Следует отметить, что ГУЗ ИОКБ является преимущественного хирургическим стационаром, имеющим 605 коек хирургического профиля, что во многом определяет специфику вопросов снабжения и расходования медикаментов. Количество пролеченных за последние годы больных в отделениях хирургического профиля является достаточно стабильным: 2005 г. — 16 840, 2006 г. — 16 980, 2007 г. — 16 378, 2008 г. — 16 580. При этом хирургическая активность за этот же период имела стабильную тенденцию к росту и составила 69,2; 72,4; 72,9; 73,6%, соответственно. Это объясняется тем, что ГУЗ ИОКБ в течение последних двух лет принимает наиболее тяжелых пациентов всего региона не только с хирургической патологией, но и всех пациентов с полостной травмой.

В ГУЗ ИОКБ должность клинического фармаколога была введена в штатное расписание приказом главного врача в 2001 году. В настоящий момент служба клинической фармакологии учреждения объединяет 3,5 ставки врача-клинического фармаколога в составе клинико-экспертного отдела.

Основными направлениями деятельности службы клинической фармакологии в ГУЗ ИОКБ являются в первую очередь выработка стратегии рациональной фармакотерапии, разработка стандартов лечения, лекарственный мониторинг, систематическое изучение структуры расходов на лекарственные препараты.

Анализ ситуации в области лекарственного обеспечения многопрофильного стационара включает в себя: определение дефектов в организации лекарственного обеспечения, соответствия наличия медикаментов в аптеке формулярному списку учреждения, анализ потребления лекарственных средств и изделий медицинского назначения, ритмичность и своевременность поставок. Последний аспект является очень важным, так как из-за несвоевременной поставки врач вынужден назначать только тот препарат, который находится в аптеке учреждения.

Как показывает международный опыт последних десятилетий, сочетание рационального отбора и рационального применения лекарственных средств является наиболее эффективным способом оптимизации использования бюджетов здравоохранения.

В ГУЗ ИОКБ при проведении ежегодного анализа потребления на протяжении нескольких лет антибактериальные препараты занимали ведущую позицию в структуре расходов на медикаменты. С целью оптимизации антибактериальной политики в стационаре в 2004 г. была организована группа по антибактериальной политике, в состав которой вошли клинический фармаколог, эпидемиолог, ведущие специалисты по профилям. На протяжении нескольких лет специалистами группы по антибактериальной политике проводился мониторинг микробного пейзажа возбудителей инфекций, характер и уровень резистентности их к антибиотикам. По результатам мониторинга, с учетом структуры пациентов по нозологиям, данных доказательных исследований по сравнительной оценке эффективности антимикробных препаратов, итогов фармако-экономического анализа определен список антибактериальных препаратов для Формулярного перечня ГУЗ ИОКБ. Важность внедрения в клиническую практику рационально ограниченного списка антибиотиков связана с необоснованно высокой частотой их назначения в отделениях интенсивной терапии, в отделениях хирургического профиля, особенностями экологии в этих подразделениях и высокой затратностью терапии.

На основании Формулярного перечня антибактериальных препаратов, учитывая нозологическую структуру пациентов, разработаны и внедрены в практику стационара «Алгоритмы антибактериальной терапии» для отделений интенсивной терапии и реанимации, «Схемы антибактериальной профилактики инфекций в области хирургического вмешательства» для отделений хирургического профиля. Основным условием для оптималь-





ного применения схем антибиотикопрофилактики и алгоритмов антибактериальной терапии является наличие всего ассортимента антибактериальных препаратов, внесенных в Формулярный перечень. Только при соблюдении данного условия отмечается значительное снижение затрат на антибактериальные препараты. Отсутствие же необходимого ассортимента сводит на нет все мероприятия по организации рациональной фармакотерапии.

Формулярный перечень стационара формируется на основании анализа потребления лекарственных препаратов стационаром за определенный этап по методике ABC/VEN-анализа. За период работы службы клинической фармакологии в ГУЗ ИОКБ составленный с целью оптимизации фармакотерапии Формулярный перечень лекарственных препаратов 4 раза переиздан. Не менее важным является деление лекарственных средств на препараты первой, второй и третьей групп. Препараты первой группы постоянно имеются в наличии в аптеке и являются наиболее часто используемыми. Препараты второй группы применяются ежемесячно в лечении небольшого количества пациентов. И препараты третьей группы закупаются в стационар по решению врачебной комиссии, в состав которой в том числе входит и клинический фармаколог.

При этом надо учесть, что такое деление является достаточно условным, так как абсолютно точно спрогнозировать структуру и тяжесть поступающих пациентов невозможно. Например, затраты на проведение 1 курса (10 дней) моранема составляют порядка 51 тыс. руб. И такие пациенты с тяжелой сочетанной травмой встречаются достаточно часто, однако никто не в состоянии определить их точное количество на год вперед. Данное обстоятельство обязана учитывать любая система лекарственного обеспечения ЛПУ.

В 2005 году в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении зака-

зов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» в ГУЗ ИОКБ была организована тендерная комиссия для проведения закупок лекарственных препаратов, расходных материалов, оказания услуг. Для обеспечения деятельности комиссии специалисты ГУЗ ИОКБ прошли соответствующее обучение и были включены в единый государственный реестр по проведению тендерных закупок. В 2005 году был проведен первый и пока, к сожалению, единственный открытый конкурс по приобретению медикаментов непосредственно на базе ГУЗ ИОКБ. При этом надо подчеркнуть, что в указанный период времени при проведении предварительного этапа торгов: подготовке документов, самого аукциона, последующих заключений контрактов с фирмами-поставщиками, не было отступлений от сроков, указанных в ФЗ № 94, контракты были заключены вовремя, а стационар в течение года равномерно обеспечивался лекарственными препаратами.

Ситуация усложнилась с 2006 года, когда проведение всех торгов было централизовано во вновь созданном при администрации области Агентстве по размещению государственных заказов. В течение последних 3 лет в обеспечении стационара медикаментами имеют место постоянные сбои, которые в условиях кризиса становятся все более болезненными. Основной проблемой во взаимодействии многопрофильного преимущественно хирургического стационара и Агентства по государственному заказу являются длительные сроки от рассмотрения заявок заказчика до получения медикаментов по заключенным контрактам. Даже в случае проведения процедуры открытого аукциона без каких-либо задержек проходит минимум 70 дней. А внесение на каком-либо этапе изменений в документы удлиняет сроки процедуры еще на 15 дней. Столь длительный период закупок медикаментов не только крайне негативно сказывается на качестве



фармакотерапии, динамике лечебного процесса, но и эффективности функционирования в учреждении всей системы обеспечения и расходования медикаментов.

Особенно чувствительна проблема удлинения сроков от момента представления заявки до получения препаратов для многопрофильного хирургического стационара, когда речь заходит об одной из наиболее затратных частей лекарственного бюджета — антибактериальных препаратах. С учетом высокой хирургической активности, многопрофильности отделений, значительного числа экстренных пациентов, удельный вес которых составляет 44%, необходимость в применении антибактериальной терапии и антибиотико-профилактике весьма значительна. При этом постоянное использование антибактериальных препаратов в стационаре ведет к неизбежному росту антибактериальной резистентности госпитальных штаммов бактерий. Для снижения темпов роста антибиотикорезистентности применяется в том числе и ротация антибиотиков. Таким образом, антибиотикотерапия — процесс весьма динамичный.

Особую тревогу в ГУЗ ИОКБ вызвал имеющий место в течение последних трех лет рост послеоперационных осложнений за счет увеличения числа случаев поверхностной раневой инфекции, которая в структуре госпитальной гнойно-септической инфекции вышла на первое место. Так, в 2006 году поверхностная хирургическая инфекция составила 12,5% от общего количества госпитальной гнойно-септической инфекции, в 2007 г. — 15,9%, а в 2008 г. — 17,5%. В свою очередь госпитальная инфекция ведет к значительному росту расходов на лечение пациента.

Тщательно проанализировав сложившуюся ситуацию, администрация учреждения пришла к следующим заключениям:

— кадровый состав ЛПУ за последние три года практически не изменился, а работа по повышению его квалификации проводится постоянно;

— в стационаре используются технологии лечения и диагностики только с доказанной клинической эффективностью;

— имеет место постоянное неритмичное поступление антибактериальных препаратов.

При этом причины последнего не связаны с недобросовестным отношением к своим обязанностям отдельных работников ЛПУ, а носят постоянный системный характер, обусловленный чрезмерной бюрократизацией механизмов лекарственного обеспечения учреждения.

Указанная бюрократизация проявляется в следующем.

1. Централизация всех объемов закупок медикаментов в региональном агентстве по формированию и размещению государственных заказов в конечном итоге приводит к максимальному отстранению ЛПУ от участия в данной работе (за исключением формирования заявки).

2. Вовлечение в организацию процесса закупок значительного числа чиновников, не являющихся специалистами в области лекарственного обеспечения, существенно усложняет проведение этой работы.

3. Универсальный и при этом громоздкий и неповоротливый характер процедуры размещения госзаказа, никак не учитывающий специфику медикаментозного обеспечения, часто игнорирует индивидуальные потребности в лекарственной помощи конкретного пациента.

В результате медицинское учреждение обречено на нестабильное, несвоевременное, а также недостаточное по спектру и количеству обеспечение лекарственными, в том числе антибактериальными, препаратами. Далее запрограммирован рост госпитальной гнойно-септической инфекции, что непременно потребует и дополнительных расходов на борьбу с ней. В общем формируется порочный круг.

Особенно опасна данная ситуация в условиях экономического кризиса, непосредственно затрагивающего и систему охраны





здравоохранения. В указанных условиях любые проблемы с финансовым обеспечением отрасли, а они неизбежны, усугубляют негативные влияния излишне централизованной и абсолютно не гибкой системы госзаказа на состояние лекарственного обеспечения, и запуск указанного выше порочного круга неизбежен. Очевидно и то, что именно в условиях кризиса под предлогом экономии финансовых средств стремление централизовать систему госзакупок будет быстро нарастать, а ситуация с лекарственным обеспечением ЛПУ столь же быстро ухудшаться.

В этой связи особенно актуален поиск адекватных решений, позволяющих оптимизировать медикаментозное снабжение учреждений здравоохранения в действующем правовом поле. Самым простым и при этом абсолютно легитимным решением было бы предоставление права бюджетным медицинским организациям самим реализовывать процедуру госзаказа в полном объеме — от формирования заявки до ее исполнения. Ясно, что решение данной проблемы на местах находится в компетенции органов исполнительной власти субъектов Федерации и муниципальных образований. Следовательно, базовыми площадками для обсуждения вопросов делегирования соответствующих полномочий медицинским учреждениям должны стать коллегии и медицинские советы при региональных и муниципальных органах управления здравоохранением. Далее рассмотрение подготовленных вопросов целесообразно вынести на уровень соответствующих органов исполнительной власти.

Понятно, что это отнюдь не гарантия того, что сразу будут приняты адекватные решения, и медицинские учреждения с полной ответственностью сами, а не посторонние люди и организации будут заниматься собственным медикаментозным обеспечением. Но ясно и то, что, кроме самих ЛПУ, остро данный вопрос никто не поставит: пациенты об этом просто не знают, а для любой бюрократической системы передача каких-либо полномочий всегда крайне болезненная и соответственно малоинтересная и даже подозрительная тема. В противном случае именно ЛПУ, а вместе с ними и пациенты останутся заложниками во многом не отвечающей требованиям сегодняшнего дня системы лекарственного обеспечения стационарной помощи.

Надо подчеркнуть, что предложенная схема медикаментозного обеспечения медицинских учреждений не только соответствует действующему законодательству, но и является абсолютно конкретным шагом в развитии их хозяйственной самостоятельности, необходимость которой многократно декларировалась на самых высоких уровнях власти в стране.

Не сомневаемся, что представленные в настоящей статье проблемы типичны для здравоохранения Российской Федерации. Возможно, на других территориях есть интересный опыт решения указанных проблем или иное их видение. Узнать об этом было бы весьма интересно и полезно со страниц данного журнала.



О.А. Мельникова,

к.х.н., доцент фармации ГУ ВПО УрГМА, зав. аптекой ОГУЗ Территориального центра медицины катастроф СО (ОГУЗ ТЦМК Свердловской области)

О.В. Колясников,

зам. директора по организационно-методической работе ОГУЗ ТЦМК СО

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МОБИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Дорожно-транспортный травматизм (ДТП) в Российской Федерации является одной из острейших социально-экономических и демографических проблем. За последние 10 лет в результате дорожно-транспортных происшествий погибло 312,5 тыс. человек [1].

Основными причинами летальных исходов при ДТП являются нарушение правил дорожного движения как водителями транспортных средств, так и пешеходами, отсутствие возможности своевременного оказания экстренной медицинской помощи (ЭМП).

Правительство РФ принимает различные меры по обеспечению безопасности дорожно-транспортного движения. В настоящее время на территории Российской Федерации действует Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах» [1]. Целью данной программы является сокращение количества лиц, погибших в результате дорожно-транспортных происшествий, сокращение количества дорожно-транспортных происшествий с пострадавшими.

Данные цели реализуются путем решения разных задач. В области здравоохранения Федеральная программа, наряду с различными другими задачами, предусматривает создание экспертно-консультативной и эвакуационной системы оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий.

В настоящее время вопрос создания такой системы в разных областях Российской Федерации решается по-разному. В частности, в Московской области, согласно Постановлению Правительства Московской области [2] за каждым учреждением здравоохранения муниципального образования закреплены зоны ответственности по организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Такой подход к оказанию помощи пострадавшим при ДТП является целесообразным для федеральных автомобильных дорог, где учреждения здравоохранения расположены вблизи федеральной трассы. На территории Свердловской области такой подход является трудно осуществимым, поскольку количество учреждений здравоохранения по отношению к предполагаемой зоне ответственности будет недостаточно и бригада скорой специализированной помощи на некоторых участках дорог не будет успевать на место ДТП.



В связи с этим на территории Свердловской области принята и работает другая система оказания помощи при ДТП [3]. Согласно данной программе, вдоль федеральных автомобильных дорог устанавливаются мобильные медицинские пункты экстренной медицинской помощи службы медицины катастроф, где оказываются следующие виды помощи:

- 1.** Экстренная медицинская помощь пострадавшим при ДТП.
- 2.** Экстренная медицинская помощь жителям близлежащих населенных пунктов.
- 3.** Экстренная медицинская помощь при ЧС.
- 4.** Амбулаторно-поликлиническая консультативная помощь населению.
- 5.** Проведение профилактических осмотров водителей на наличие алкогольного и наркотического опьянения.

Оказание данных видов помощи приводит к следующим социально-экономическим последствиям:

- 1.** Снижению количества погибших от травм, полученных при чрезвычайных ситуациях.
- 2.** Повышению оперативности и эффективности оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях.

Однако, несмотря на то, что в Свердловской области уже открыто и успешно функционирует уже более 10 мобильных медицинских пунктов оказания экстренной медицинской помощи при ДТП, основной документ об организации работы деятельности такого пункта на федеральном уровне отсутствует.

Для обеспечения работы мобильного медицинского пункта оказания экстренной медицинской помощи при ДТП службы медицины катастроф в области правового поля, а также для реализации Постановления Правительства [1] необходимо утверждение на законодательном уровне документа, регламентирующего следующие положения:

1. Основные задачи и предмет деятельности мобильного медицинского пункта службы медицины катастроф.

В данном положении должны быть описаны основные задачи мобильного медицинско-

го пункта, предмет его деятельности, виды медицинской деятельности, условия прохождения процедуры лицензирования.

2. Положение о взаимодействии мобильного медицинского пункта службы медицины катастроф с другими службами.

В данном положении описываются цели взаимодействия, порядок взаимодействия бригады медицинского персонала мобильного медицинского пункта с дорожно-патрульной службой, министерством по чрезвычайным ситуациям, управлением гражданской защиты и противопожарной безопасности, лечебно-профилактическими учреждениями близлежащих населенных пунктов. Указываются структурные подразделения служб, ответственные за обеспечение взаимодействия на областном и местном уровнях, порядок передачи информации о ДТП.

3. Имущество и финансы для обеспечения работы мобильного медицинского пункта службы медицины катастроф.

В данном положении должны быть описаны источники формирования имущества и финансовых ресурсов для работы всей структуры мобильных медицинских пунктов. Источниками формирования имущества и финансовых ресурсов могут быть средства, поступившие из федерального и областного бюджетов, целевое финансирование федеральных программ развития службы и другие источники финансирования в соответствии с законодательством РФ.

4. Требования к техническому состоянию мобильного медицинского пункта:

4.1. Требование к территориальному размещению мобильного медицинского здания, основанное на анализе самых аварийных участков дороги.

4.2. Нормативы размещения, площадей мобильного медицинского здания, площадей для размещения автомобильного автотранспорта, вертолетной площадки.

4.3. Требование к обеспечению условий сохранности товарно-материальных ценностей, в том числе к работе с сильнодействующими



щими психотропными веществами, наркотическими средствами.

4.4. Требования к обеспечению условий для безопасной работы специалистов.

4.5. Требования к обеспечению санитарно-гигиенического режима

4.6. Требования к содержанию транспортных средств.

5. Штатные нормативы медицинского и технического персонала на мобильном медицинском пункте оказания экстренной медицинской помощи. Необходимо предусмотреть следующие должности: два фельдшера, спасатель, водитель. Работа протекает в суточном режиме.

6. Положение о работе трассового пункта.

В данном положении должен быть описан порядок работы медицинского персонала, его должностные обязанности, порядок дежурства, определено ответственное лицо за организацию медицинской деятельности на трассовом пункте.

7. Положение об организации лекарственной помощи и обеспечении фармацевтического порядка. Данное положение должно включать перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского оборудования, которые необходимы на мобильном медицинском пункте для оказания экстренной медицинской помощи. Требования к организации хранения данных лекарственных средств, порядок получения лекарственных средств и изделий медицинского назначения из аптеки центра медицины катастроф, учет и отчетность медицинским персоналом трассового пункта в области лекарственного обеспечения. Отдельным пунктом необходимо регламентировать оборот наркотических средств, психотропных веществ и сильнодействующих веществ.

8. Положение об организации ведомственного контроля качества оказания экстренной медицинской помощи фельдшерами мобильного медицинского пункта

оказания экстренной медицинской помощи. В данном положении необходимо прописать порядок:

8.1. Плановых проверок, осуществляемых путем сплошной или выборочной проверки медицинской документации: карт вызова скорой медицинской помощи, сопроводительных листов, журнала регистрации вызовов, журнала осмотра водителей.

8.2. Целевых проверок, проводимых в случае жалоб и претензий граждан.

9. Положение об утверждении форм учетно-отчетной документации. Необходимо регламентировать следующие формы:

- журнал приема вызовов;
- журнал предрейсовых и послерейсовых осмотров водителей;
- журнал приема-передачи материальных ценностей по смене;
- журнал учета лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету;
- журнал санитарных обработок помещений и машин;
- карты вызова бригады трассового пункта;
- бланк расхода лекарственных средств и расходных материалов;
- сопроводительный талон для пораженного в ЧС;
- сопроводительный бланк при госпитализации и передаче больного бригаде СМП;
- бланк отчета о работе ТП за месяц, бланк-анализ оказания помощи при ДТП (на каждый случай).

10. Положение об организации ведомственного контроля за техническим состоянием санитарного транспорта трассовых пунктов и обеспечением хозяйственной деятельности. В данном положении описываются порядок и периодичность технического надзора за состоянием и ремонтом автотранспорта и модулей с оборудованием, осуществление контроля за правильной эксплуатацией технического и спасательного оборудования ТП.





11. Положение по технике безопасности медицинского персонала трассового пункта при выполнении должностных обязанностей.

В данном положении целесообразно описать порядок проведения инструктажей, требования к пожарной безопасности, требования техники безопасности перед началом работы, во время работы, во время работы в аварийных ситуациях.

12. Положение об утилизации медицинских отходов. Целесообразно описать классы медицинских отходов на трассовом пункте, порядок их сбора, транспортировки и уничтожения.

13. Положение о санитарно-эпидемиологическом режиме трассового пункта. Описываются общий объем, порядок и характер дезинфекционных мероприятий, проводимых на трассовом пункте и в салоне автомобиля. Дезинфицирующие средства и режимы дезинфекции объектов.

14. Программу первичной подготовки фельдшеров трассовой службы. Программа должна включать темы лекций и семинаров для первичной подготовки фельдшеров с обязательным включением следующих тем: алгоритм работы фельдшера мобильного медицинского пункта при ДТП, оказание неотложной помощи при ДТП, психологические особенности поведения людей при ДТП, санитарно-гигиеническое и противоэпидемическое обеспечение бригад ТП, вопросы личной безопасности, средства индивидуальной защиты.

В заключение хочется отметить, что авторы статьи понимают, что в процессе проработки закона о мобильных медицинских пунктах могут возникнуть дополнительные вопросы, требующие регламентирования на федеральном уровне. Однако в настоящее время основные положения, которые должны быть закреплены законодательно для того, чтобы ввести деятельность мобильного медицинского пункта в рамки правового поля, в данной статье указаны.

Литература

1. Постановление Правительства РФ № 100 от 26.02.2006 «О федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах».
2. Постановление Правительства Московской области от 03.06.2008 № 416/20 «О мерах по реализации на территории Московской области мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях».
3. Закон Свердловской области № 66-ОЗ от 12.07.2007 «Об областной государственной целевой программе «Спасение жизни людей и защита их здоровья при чрезвычайных ситуациях на территории Свердловской области на 2008–2010 годы».

**Е.Б. Жибурт,**

заслуженный рационализатор Российской Федерации, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови ИУВ Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова Росздрава

А.А. Вергопуло,

ассистент кафедры трансфузиологии и проблем переливания крови ИУВ Национального медико-хирургического центра имени Н.И. Пирогова Росздрава

М.Н. Губанова,

главный врач Ставропольской краевой станции переливания крови

Т.Г. Копченко,

заместитель главного врача Ставропольской краевой станции переливания крови

ИНДИКАТОРЫ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦЕНТРА КРОВИ

Поставлена задача увеличить производительность труда в бюджетных отраслях и, естественно, в медицине тоже. В этой связи качественный труд должен оплачиваться в разы больше, чем сейчас. Но оценка качества требует отдельного внимания...

Президент России Д.А.Медведев

14 июля 2008 года, Московская область, Клин

Начало совещания по развитию здравоохранения

<http://www.kremlin.ru/text/appears/2008/07/204051.shtml>

Для модернизации службы крови России избран проектный подход [1]. В рамках национального проекта «Здоровье» принято решение о проведении комплекса мероприятий по развитию службы крови [2].

С этой целью утверждены:

- перечень оборудования по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов;
- перечень компьютерного и сетевого оборудования с лицензионным программным обеспечением для создания единой информационной базы по реализации мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов, и программно-техническими средствами защиты этой базы;
- основные направления массового донорства крови и ее компонентов [3].

В результате проведенных аукционов принято решение о закупке трех типов оборудования (табл. 1–3) на сумму 1 474 678 000 рублей для шести федеральных центров крови и пятнадцати субъектов Российской Федерации.

Кроме того, планируется финансирование программ пропаганды донорства, информатизации службы крови и закупки мобильных донорских пунктов.



Таблица 1

**Оборудование для получения и хранения компонентов крови,
закупленное по национальному проекту в 2008 году**

№ п/п	Вид оборудования	Наименование	Производитель	Количество	Цена единицы, тыс. руб	Цена, тыс. руб
1	Кресло донорское стационарное	MD-4000	Mobile design, США	122	77	9394
2	Автоматические весы-помешиватели	Transwaag disk 01	Sarstedt, Германия	106	270	28 620
3	Аппарат для донорского плазмафереза	PCS2	Haemonetics Corporation, США	64	1100	70 400
4	Аппарат для цитоплазмафереза	MCS+	Haemonetics Corporation, США	46	1500	69 000
5	Центрифуга рефрижераторная напольная	J6-MI	Beckman Coulter, Inc., США	52	1200	62 400
6	Стационарный запаиватель пластико-вых магистралей с выносным настольным запаивающим устройством	CR4	LMB Technologie GmbH, Германия	42	150	6300
7	Установка для замораживания плазмы крови	KLF 12-18/40	Mabag, Германия	35	1600	56 000
8	Перемешиватель для донорских тромбоцитов в комплекте с инкубатором для донорских тромбоцитов	AP-48L/ AP-48LT	Presvac, Аргентина	70	250	17 500
9	Система инактивации вирусов в плазме крови	Macotronic	Macopharma, Франция	21	9100	191 100
10	Аппарат для стерильного соединения магистралей	TSCD-II	Terumo, Япония	21	600	12 600
11	Аппарат для размораживания плазмы и подогрева компонентов крови	SAHARA III	Sarstedt, Германия	44	298,5	13 134
12	Медицинский морозильник (-20°C...-40°C)	MDF-U5411	Sanyo, Япония	40	160	6400
13	Медицинский холодильник (+4°C)	MBR-506D	Sanyo, Япония	80	200	16 000
14	Низкотемпературный медицинский морозильник (-50°C...-86°C)	MDF-U52V	Sanyo, Япония	24	500	12 000
15	Комплектная камера для длительного хранения крови и плазмы крови	Морозильная комната	Teledoor, Германия	16	10 000	160 000
16	Автоматический клеточный процессор ACP-215		Haemonetics Corporation, США	21	2000	42 000
						Итого 772 848



Таблица 2

**Оборудование для лабораторных исследований,
закупленное по национальному проекту в 2008 году**

№ п/п	Вид оборудования	Наименование	Производитель	Количество	Цена единицы, тыс. руб	Цена, тыс. руб
1	Гематологический автоматический анализатор (10 параметров)	Medonic M10	Medonic AB, Швеция	19	800	15 200
2	Гематологический автоматический анализатор (20 параметров)	Medonic M20	Medonic AB, Швеция	18	1000	18 000
3	Комплект полуавтоматического ИФА-оборудования	Ридер 680, вошер PW40, инкубатор IPS	Bio-Rad laboratories, США	20	1200	24 000
4	Автоматизированный комплекс для иммуногематологических исследований в гелевой и микропланшетной технологиях «Хемос»	Автоматическая система внесения образцов HemOS SP, центрифуга, инкубатор, автоматический ридер ScanGel	Bio-Rad laboratories, США	20	7800	156 000
5	Анализатор иммуноферментный автоматический	Evolis	Bio-Rad laboratories, США	42	4515	189 630
7	Автоматический биохимический анализатор	SABA	Cormay, Польша	21	1000	21 000
Итого						423 830

Таблица 3

**Оборудование для федеральных центров службы крови,
закупленное по национальному проекту в 2008 году**

№ п/п	Вид оборудования	Наименование	Производитель	Количество	Цена единицы, тыс. руб	Цена, тыс. руб
1	Комплект оборудования криобанка для хранения компонентов крови на 1000 доз при ультранизких (-100°C...-196°C) температурах	Комплекс оборудования для криоконсервирования крови в жидком азоте	Custom Biogenic Systems, США	2	26 000	52 000
2	Система приборов для проведения скрининга донорской крови и ее продуктов «Cobas s201»	Аппарат для внесения образцов HAMILTON Microlab STAR IVD; аппарат для экстракции нуклеиновых кислот COBAS AmpliPrep; амплификатор COBAS TaqMan	Hamilton, Швейцария; Roche diagnostics, Швейцария	2	101 000	202 000
3	Проточный цитофлуориметр и оборудование для проточной цитометрии	FacsCanto II	BD Biosciences, США	2	12 000	24 000
Итого						278 000





Таким образом начата реализация федерального проекта по совершенствованию производственной трансфузиологии в России.

Эффективность работы организации зависит от производительности труда. Долгосрочное бюджетное планирование должно стать реальным шагом на пути к повышению эффективности расходов бюджета, выступая в то же время сдерживающим фактором для их необоснованного роста. Это предполагает принятие активных мер по повышению качества государственных услуг, обеспечению роста производительности труда в государственном секторе [4].

Производительность труда — показатель эффективности использования ресурсов труда, трудового фактора. Измеряется количеством продукции в натуральном или денежном выражении, произведенным одним работником за определенное, фиксированное время (час, день, месяц, год) [5].

Важнейшая составляющая службы крови — приготовление компонентов крови (производственная трансфузиология). Деятельность эта стандартна. Соответственно успех центра крови связан с повышением производительности труда. Производительность труда центра крови можно выразить в количестве полученных продуктов крови в расчете на одного сотрудника в единицу времени. На этот показатель влияет множество факторов: эффективность рекрутирования доноров, уровень профессиональной подготовки персонала, состояние помещений и оборудования, частота ошибок.

Количество исследований производительности труда в службе крови невелико.

В достаточно давнем исследовании практики 40 госпитальных банков крови США установлено восьмикратное различие показателя эффективности труда [6].

Пятнадцать лет спустя, приняв порядок разделения цельной крови за унифицированный, для определения производительности труда центра крови получили данные из восьми организаций. Определили количество работников с полной занятостью, задействованных в заготов-

ке крови (full-time equivalent, FTE). Учитывали только заготовку цельной крови и тромбоцитов методом афереза. Для расчетов определили средние цены продуктов в 2004 году: доза цельной крови — 160,5 долларов США, доза аферезных тромбоцитов — 450 долларов США. Несмотря на 12-кратное различие объемов заготовки крови (табл. 4), отмечена сильная корреляция между общим количеством донаций и численностью персонала (в среднем 460 ± 39 доз/FTE в год). Увеличение доли заготовки тромбоцитов приводит к увеличению цены полученного продукта и цены продукта в расчете на одного сотрудника (табл. 5). Отметив, что колебание отношения заготовленных доз к FTE составило в данном исследовании около 30%, авторы делают вывод о высокой степени стандартизации работы центров крови США [7].

Следует обратить внимание на определенную относительность выбранных стоимостных показателей. Например, в Канаде средняя стоимость заготовки, приготовления и распределения дозы эритроцитов в 2002 году составила 202,74 доллара США, не включая стоимость затраченного донором времени — 18,21 доллара США [8].

Современное исследование практики центров крови стран Европы показало трехкратное различие количества доз, полученных в течение часа в расчете на одного сотрудника [9].

При обследовании 16 центров крови в 10 европейских странах, исходя из рабочего времени и оборудования, установлена медиана технической эффективности центров крови — 60% (от 41 до 100%). Четыре центра были эффективны (эффективность > 90%) и 12 — неэффективны (от 41 до 89%). В основном неэффективность связывают с наличием избыточного персонала [10].

Полученные данные могут быть использованы в бенчмаркинге (англ. *bench mark* — начало отсчета) — методе использования чужого опыта, передовых достижений лучших организаций для повышения эффективности работы, производства, совершенствования бизнес-процессов [5].



Таблица 4

Показатели работы исследуемых центров крови США

Центр крови	Всего донаций	Цельная кровь	Тромбоциты	Доля тромбоцитов, %	Сотрудников	Донаций на 1 сотрудника
1	108 764	98 264	10 500	9,7	247	440
2	94 436	89 124	5312	6,1	194	448
3	21 200	19 138	2062	9,7	51,8	410
4	46 126	42 438	3688	8,0	97	476
5	148 167	132 126	16 041	10,8	352	421
6	13 662	9215	4447	32,6	29,1	469
7	18 000	18 000	0	0	34	529
8	176 000	155 000	21 000	11,9	361	488

Таблица 5

Расчетные данные исследуемых центров крови США с финансовыми индексами

Центр крови	Цена продукции (\$)	Цена/доза	Цена/FTE	Цена/FTE/месяц	% Цены тромбоцитов
1	2,05 x 107	188	82 981	6915	23
2	1,55 x 107	178	79 806	6651	15
3	4,00 x 106	189	77 256	6438	23
4	8,47 x 106	184	87 329	7277	20
5	2,84 x 107	192	80 752	6729	25
6	3,48 x 106	255	119 593	9966	58
7	2,89 x 106	161	84 971	7081	0
8	3,43 x 107	195	95 090	7924	28

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность работы служб крови субъектов Российской Федерации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена отраслевая статистическая отчетность (форма № 39 — «Отчет станции, отделения переливания крови, больницы, ведущей заготовку крови» [11]) для учреждений системы Минздравсоцразвития России за 2006–2007 гг.

Проведена оценка рынка компонентов крови в г. Москве. Установлен средний уровень цен основных компонентов крови (табл. 6).

Следует отметить как менее стандартизованный подход, так и отличия учета деятельности российской службы крови от практики стран «большой восьмерки». Учет заготовленных эритроцитов и плазмы проводится в литрах [12]. Есть диссонанс между подходом, зафик-

сированным в учетной форме (объем дозы замороженной эритроцитарной массы — 125 мл), и нормативами Совета Европы (объем дозы размороженных эритроцитов — не менее 185 мл, содержание гемоглобина — не менее 36 грамм) [13]. Фактически единственным легальным методом получения размороженных криоконсервированных эритроцитов является использование автоматического клеточного процессора ACP-215 (Haemonetics Corporation, США) (табл. 1). При этом с учетом цены расходных материалов стоимость дозы полученных размороженных и отмытых эритроцитов не может быть меньше указанной в таблице 6.

Отчетность о тромбоцитах, полученных методом аппаратного афереза, в России не регламентирована. Учитываются дозы тромбоцитов, полученные из цельной крови (или эквивалентные дозы).





С целью оценки производительности труда в службе крови исследованы показатели:

- объем и стоимость полученных компонентов крови;
- динамика структуры стоимости полученных компонентов крови;
- стоимость продукции в расчете на одного сотрудника службы крови;
- стоимость продукции, полученной от одной донации.

Для оценки гетерогенности производительности труда в службе крови субъектов Российской Федерации был использован децильный коэффициент — соотношение совокупных показателей 10% наиболее эффективных регионов и аналогичных показателей 10% регионов с минимальными результатами [14].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Стоимость полученных компонентов крови возросла на 6,87%: с 9 216 536,2 тыс. руб. в 2006 году до 9 850 073,3 тыс. руб. в 2007 году (табл. 7).

Динамика изменения объема и структуры полученных продуктов крови отражает как изменение потребности клиники, так и прогресс технологий службы крови (табл. 7 и 8).

Доля эритроцитной взвеси увеличивается, а эритроцитной массы сокращается (в развитых странах эритроцитную массу не получают вовсе). Возрастает количество плазмы с максимальным содержанием факторов свертывания — аферезной. Развитие онкогематологической помощи увеличивает потребность клиники в тромбоцитах. Лекарственная форма фактора свертывания VIII отчасти заменяет криопреципитат.

Доля десяти субъектов Российской Федерации с максимальными показателями стоимости компонентов крови в национальном масштабе возросла с 34,82 до 37,29% (табл. 9).

Суммарная стоимость продукции службы крови регионов топ-10 превысила аналогичный показатель регионов с минимальной стоимостью полученных продуктов крови (табл. 10) в 2006 году в 17,99 раза, а в 2007 году — в 17,90 раза.

Это обстоятельство необходимо учитывать при планировании закупки оборудования службы крови по национальному проекту.

Стоимость продукции в расчете на одного сотрудника службы крови в десяти субъектах Российской Федерации с максимальными показателями в национальном масштабе в 2006–2007 гг. увеличилась на 4,12% (табл. 11), тогда как в регионах с минимальными показателями — на 11,19% (табл. 12).

Исследуемый показатель даже в регионах с лучшей производительностью труда в 3–4 раза ниже аналогичного показателя центров крови США (табл. 5). При этом следует отметить, что американцы практикуют аутсорсинг скрининга донорской крови на патогены и соответственно имеют меньший штат специалистов лабораторной диагностики в центре крови. В центрах крови США 1–2 врача. Опрос донора, его медицинское обследование и скрининг гемоглобина выполняет один парамедик, тогда как в России эта же задача должна решаться силами медицинской сестры, лаборанта и врача-трансфузиолога [15].

Соответственно сократилось отношение стоимости продукции в расчете на одного сотрудника службы крови регионов топ-10 к наименее эффективным: с 3,17 раза до 2,97, что сопоставимо с различиями производительности труда в центрах крови ряда стран Европы [9].

Обратная динамика отмечается в стоимости продукции, полученной от одной донации. Если в десяти регионах с максимальной величиной этого показателя в 2007 году произошло его увеличение в среднем на 15,48% (табл. 13), то в десяти регионах, службы крови которых используют донации наименее эффективно, — лишь на 1,05% (табл. 14).

Тем самым увеличилось отношение стоимости продукции, полученной от одной донации, службы крови регионов топ-10 к наименее эффективным: с 1,87 раза до 2,13.

В регионах, максимально эффективно использующих донации крови, средняя стоимость продукции, полученной от одной дона-



Таблица 6

Средний уровень цен основных компонентов крови (г. Москва, 2008 г.).

Компонент	Ед. изм.	Средняя цена (руб.)
Эритроцитная масса	л	6000
Отмытые эритроциты	л	10 000
Криоконсервированные эритроциты	доз	10 500
Эритроцитная взвесь	л	7000
С3П	л	6600
С3П, полученная автоматическим аферезом	л	7500
Антистафилококковая плазма	л	8500
Плазма антирезус	л	8500
Концентрат тромбоцитов (из дозы крови)	доза	700
Криопреципитат	доза	900



Таблица 7

Количество и стоимость заготовленных компонентов крови в России в 2006–2007 гг.

Компонент	Ед. изм.	Заготовлено		Стоимость, тыс. руб	
		2006	2007	2006	2007
Эритроцитная масса	л	261 472	261 002	1 568 829,6	1 566 011,6
Отмытые эритроциты	л	126 995	133 218	317 486,8	333 044
Криоконсервированные эритроциты	доз	66 547	86 165	698 743,5	904 732,5
Эритроцитная взвесь	л	54 265	61 843	379 856,4	432 899,6
С3П	л	790 473	808 589	5 217 121,8	5 336 684,7
С3П, полученная автоматическим аферезом	л	77 308	96 463	579 810,8	723 474,1
Антистафилококковая плазма	л	15 174	18 378	128 975,2	156 211,3
Плазма антирезус	л	1111	1685	9441,8	14 318,6
Концентрат тромбоцитов (из дозы крови)	доза	265 250	392 164	185 675	274 514,8
Криопреципитат	доза	145 106	120 203	130 595,4	108 182,3



Таблица 8

Объем и цена заготовленных компонентов крови в 2006–2007 гг.

Компонент	Доля в структуре стоимости		Динамика стоимости 2006–2007
	2006	2007	
Эритроцитная масса	17,02	15,90	99,82
Отмытые эритроциты	3,44	3,38	104,90
Криоконсервированные эритроциты	7,58	9,19	129,48
Эритроцитная взвесь	4,12	4,39	113,96
С3П	56,61	54,18	102,29
С3П, полученная автоматическим аферезом	6,29	7,34	124,78
Антистафилококковая плазма	1,40	1,59	121,12
Плазма антирезус	0,10	0,15	151,65
Концентрат тромбоцитов (из дозы крови)	2,01	2,79	147,85
Криопреципитат	1,42	1,10	82,84



Таблица 9

Цена продукции службы крови в субъектах Российской Федерации в 2006–2007 гг. (тыс. руб., максимальные показатели)

	2006		2007
Алтайский край	391888,8	Свердловская область	549656,8
Москва	367494,8	Москва	504554,2
Свердловская область	366393,0	Алтайский край	435292,6
Нижегородская область	346401,8	Тюменская область	371644,5
Тюменская область	324701,9	Нижегородская область	356719,8
Санкт-Петербург	299637,7	Самарская область	322048,7
Самарская область	296213,1	Санкт-Петербург	314863,5
Московская область	295915,1	Московская область	282222,3
Краснодарский край	267917,3	Краснодарский край	270691,7
Кемеровская область	251003,6	Липецкая область	262994,2
Итого	3209573,1	Итого	3672695,3

Таблица 10

Цена продукции службы крови в субъектах Российской Федерации в 2006–2007 гг. (тыс. руб., минимальные показатели)

	2006		2007
Республика Марий Эл	27546,7	Республика Марий Эл	30788,6
Республика Тыва	25480,8	Еврейская АО	27777
Кабардино-Балкарская Республика	25021,2	Республика Калмыкия	24435,6
Республика Калмыкия	21858,5	Кабардино-Балкарская Республика	23595,1
Магаданская область	18645,5	Республика Тыва	22951,4
Камчатская область	16418,6	Республика Алтай	19253,9
Карачаево-Черкесская Республика	16236,2	Магаданская область	18186,0
Республика Алтай	15754,6	Карачаево-Черкесская Республика	15786,7
Чукотский АО	4859,4	Камчатская область	15682,2
Республика Ингушетия	4545,5	Чукотский АО	4732,4
Итого	178373	Итого	205195,9

Таблица 11

Цена продукции в расчете на одного сотрудника службы крови в субъектах Российской Федерации в 2006–2007 гг. (руб., максимальные показатели)

	2006		2007
Архангельская область	819679	Липецкая область	801812
Липецкая область	727005	Архангельская область	766274
Алтайский край	674798	Алтайский край	722777
Смоленская область	666638	Чувашская Республика	713263
Белгородская область	665141	Брянская область	697578
Чувашская Республика	661588	Самарская область	658586
Самарская область	593614	Ростовская область	637381
Тамбовская область	579978	Тамбовская область	594018
Омская область	546271	Омская область	575891
Брянская область	535147	Белгородская область	568722
Итого	6471865	Итого	6738309



Таблица 12

Цена продукции в расчете на одного сотрудника службы крови в субъектах Российской Федерации в 2006–2007 гг. (минимальные показатели)

	2006		2007
Хабаровский край	249678	Камчатская область	257085
Сахалинская область	246344	Хабаровский край	254679
Республика Калмыкия	242872	Республика Калмыкия	251913
Оренбургская область	233906	Кабардино-Балкарская Республика	245782
Магаданская область	228080	Костромская область	237697
Карачаево-Черкесская Республика	215050	Чукотский АО	230848
Волгоградская область	200041	Рязанская область	221902
Рязанская область	197646	Карачаево-Черкесская Республика	209095
Тверская область	154010	Волгоградская область	205392
Республика Ингушетия	69930	Тверская область	151442
<i>Итого</i>	2039563	<i>Итого</i>	2267842

Таблица 13

Средняя стоимость продукции одной донации крови в субъектах Российской Федерации в 2006–2007 гг. (максимальные показатели)

	2006		2007
Смоленская область	4674	Москва	5567
Москва	4456	Республика Адыгея	5298
Республика Адыгея	4304	Костромская область	5157
Санкт-Петербург	3877	Смоленская область	4945
Алтайский край	3830	Республика Северная Осетия-Алания	4428
Липецкая область	3691	Алтайский край	4358
Брянская область	3564	Липецкая область	3914
Читинская область	3506	Санкт-Петербург	3912
Самарская область	3382	Свердловская область	3731
Республика Северная Осетия-Алания	3360	Самарская область	3625
<i>Итого</i>	40650	<i>Итого</i>	46942

Таблица 14

Средняя стоимость продукции одной донации крови в субъектах Российской Федерации в 2006–2007 гг. (минимальные показатели)

	2006		2007
Курганская область	2155	Республика Марий Эл	2159
Владимирская область	2145	Курганская область	2154
Республика Калмыкия	2109	Волгоградская область	2128
Костромская область	2078	Республика Дагестан	2110
Волгоградская область	2052	Ивановская область	2087
Республика Дагестан	2038	Удмуртская Республика	2085
Республика Ингушетия	1943	Оренбургская область	2080
Республика Мордовия	1908	Владимирская область	1880
Республика Тыва	1679	Республика Хакасия	1773
Республика Хакасия	1665	Республика Тыва	1544
<i>Итого</i>	21778	<i>Итого</i>	22007





ции, практически идентична аналогичному показателю американских центров крови. Можно предположить диспропорцию затрат на импортное оборудование и заработную плату в себестоимости продукции российских и заокеанских трансфузиологов (табл. 5 и 13).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Установлен базовый уровень производительности труда служб крови субъектов Российской

Федерации. Этот уровень позволяет провести анализ конкретных результатов деятельности лидеров и использовать передовой опыт в деятельности организаций службы крови. Набор компонентов крови, получаемых из одной донации, — важная детерминанта стоимости продукции, получаемой в расчете на одного сотрудника. Целевой уровень продукции центра крови позволит с учетом результатов бенчмаркинга осуществить оптимальное бюджетное планирование.



Литература

- 1.** Жибурт Е.Б. Сколько денег нужно на модернизацию службы крови?//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 11. — С. 41–47.
- 2.** Постановление Правительства Российской Федерации от 21 июня 2008 г. № 465 «О финансовом обеспечении в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови».
- 3.** Приказ Минздравсоцразвития России от 7 июля 2008 г. № 312н «О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 21 июня 2008 года № 465 «О финансовом обеспечении в 2008 году за счет ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови».
- 4.** Бюджетное послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, 23 июня 2008 года.
- 5.** Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь/5-е изд., перераб. и доп. — М.: ИНФРА-М, 2007. — 495 с.
- 6.** Lam H.C., Kominski G.F., Petz L.D., Sofaer S. Factors affecting the labor efficiency of hospital-based blood bank laboratories//Transfusion. — 1994. — Vol. 34. — № 9. — P. 811–817.
- 7.** Bell A.M., Kemp J.D., Raife T.J. A comparative labor productivity analysis of blood collection centers//Transfusion. — 2008. — Vol. 48. — № 2. — P. 258–263.
- 8.** Amin M., Fergusson D., Wilson K. et al. The societal unit cost of allogenic red blood cells and red blood cell transfusion in Canada//Transfusion. — 2004. — Vol.44. — № 10. — P. 1479–1486.
- 9.** Veihola M., Aroviita P., Linna M. et al. Variation of platelet production and discard rates in 17 blood centers representing 10 European countries from 2000 to 2002//Transfusion. — 2006. — Vol. 46. — № 6. — P. 991–995.
- 10.** Veihola M., Aroviita P., Linna M. et al. International comparison of the technical efficiency of component preparation//Transfusion. — 2006. — Vol. 46. — № 12. — P. 2109–2114.
- 11.** Приказ Минздрава России от 20 ноября 1996 г. № 384 «Об утверждении отраслевой статистической отчетности».
- 12.** Приказ Минздрава СССР от 15 сентября 1987 г. № 1035 «Об утверждении «Инструкции по учету крови при ее заготовке и переработке в учреждениях и организациях здравоохранения».
- 13.** Guide for the preparation, use and quality assurance of blood and blood components/ 14th edn. — Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2008. — 283 p.
- 14.** Долгин А.Б. Экономика символического обмена. — М.: Инфра-М, 2006. — 632 с.
- 15.** Приказ Минздрава России от 14 сентября 2001 г. № 364 «Об утверждении порядка медицинского обследования донора крови и ее компонентов».



От редакции:

Вопросы дифференцированной оплаты труда, повышения мотивации работы хирургов и других членов операционных бригад привлекают в последнее время повышенное внимание. В связи с этим публикуем документ, принятый в Санкт-Петербурге, представляющий, на наш взгляд, интерес в этом плане.

Шеф-редактор Куракова Н.Г.

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Р А С П О Р Я Ж Е Н И Е

23 декабря 2008 г.

№ 803-р

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОПЛАТЕ ТРУДА ЗА ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ В РАМКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

В целях упорядочения учета и использования денежных средств, полученных учреждениями здравоохранения в виде оплаты услуг за выполнение оперативных вмешательств в системе ОМС, а также для поощрения работников за выполнение оперативных вмешательств:

1. Утвердить Методические рекомендации по оплате труда за операции, выполняемые в рамках оказания медицинской помощи в системе ОМС (далее — Методические рекомендации) — (Приложение 1).
2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения, занимающихся оказанием медицинской помощи в системе ОМС, рекомендовать:
 - 2.1. Организовать ведение отдельного учета средств, поступающих за оперативные вмешательства и анестезиологические пособия;
 - 2.2. Разработать внутриучрежденческие положения об оплате труда за выполнение хирургических операций в системе ОМС.
3. Контроль исполнения Распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Кадырова Ф.Н.



И.о. председателя Комитета
по здравоохранению

В.Е. Жолобов





Приложение 1

к Распоряжению Комитета по здравоохранению
от 23 декабря 2008 г. № 803-р

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОПЛАТЕ ТРУДА ЗА ОПЕРАЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ В РАМКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС

Методические рекомендации определяют порядок использования средств ОМС, получаемых учреждениями здравоохранения за проведение оперативных и анестезиологических пособий, на оплату труда.

С 1 января 2008 года выставление счетов за медицинскую помощь в учреждениях здравоохранения стационарного типа системы ОМС осуществляется в соответствии с единой системой тарификации по клинико-экономическим стандартам.

В соответствии с этим учреждения имеют возможность выставить к основному клинико-экономическому стандарту (за законченный случай стационарного лечения) дополнительные тарифы на анестезиологические и оперативные пособия.

Тарифы на стационарную медицинскую помощь, анестезиологические и оперативные пособия предусматривают компенсацию затрат на:

- заработную плату;
- начисления на оплату труда;
- приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов,

- расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

Тарифы за анестезиологические пособия применяются (дополнительно к основному

тарифу по КСГ), если услуга оказывается анестезиологом-реаниматологом.

Тарифы за оперативные пособия применяются (дополнительно к основному тарифу по КСГ) при проведении оперативного вмешательства.

Оперативное пособие любой сложности является простой и неделимой медицинской услугой, в которой учитываются трудозатраты врачебного и сестринского персонала, непосредственно принимающего участие в операции, а также стоимость используемых расходных материалов.

Средства, полученные учреждениями здравоохранения за проведение оперативных вмешательств и анестезиологических пособий, используются на цели, установленные в соответствии со статьями расходов, в том числе на оплату труда, и входят в расчет среднего заработка.

Учреждения здравоохранения должны запланировать средства на эти цели за счет средств, полученных за оказание медицинских услуг в системе ОМС.

Настоящие Методические рекомендации могут быть использованы учреждениями здравоохранения для определения размера средств на оплату труда при проведении оперативных вмешательств и анестезиологических пособий, финансируемых за счет других источников (за счет средств бюджета Санкт-Петербурга, за счет доходов от оказания платных услуг и т.д.).

Дополнительная оплата труда работников за выполнение оперативных вмешательств и анестезиологических пособий вводится для решения следующих основных задач:



- стимулирование повышения оперативной активности;
- стимулирование выполнения или освоения более сложных операций;
- более адекватная оценка трудового вклада работников и удержание наиболее ценных кадров хирургов, выполняющих наибольшее количество наиболее сложных операций.

Учреждения здравоохранения, выполняющие операции в системе ОМС, разрабатывают и утверждают в установленном порядке Положения об оплате труда за выполнение оперативных вмешательств и анестезиологических пособий (далее — Положение).

Оплата труда производится в пределах поступивших средств, предусмотренных на оплату труда. Для этого учреждения ведут отдельный учет средств, полученных за оперативные и анестезиологические пособия.

Оплата труда за оперативные вмешательства основывается на расчете расценок на операции.

Расценки на операции утверждаются приказом главного врача.

Оплата за операции производится ежемесячно.

В соответствии с рассчитанной суммой отделения предоставляют списки лиц на дополнительную оплату.

Возможны три основных метода расчета расценок на оперативные вмешательства:

- 1.** Расчет стоимости условной операции и оценка каждой операции по трудоемкости.

2. Расчет расценок на группу операций, объединенных на основании сходства по ряду признаков.

3. Расчет стоимости на каждую операцию, исходя из состава операционной бригады и затрат времени.

Вариант 1. Расчет стоимости условной операции и оценка каждой операции по трудоемкости.

Для оплаты труда работников, принимающих участие в операциях, на основании расчета стоимости условной операции и оценки каждой операции по трудоемкости необходимо провести классификацию (группировку) оперативных вмешательств по категориям сложности и перевести трудоемкость в относительные показатели — в условные единицы. Это можно сделать либо экспертным путем, либо на основании учета состава операционной бригады, затрачиваемого времени и относительной сложности операций.

Приведем пример классификации операций по категории сложности (*таблица 1*).

Фонд заработной платы врачей-хирургов, приходящийся на оплату оперативных вмешательств, находится путем суммирования произведенных предусмотренных расходов на оплату труда врачей-хирургов на количество операций соответствующих видов.

Пример расчета расценок на операции по категориям сложности приведен в *таблице 2*.

Значение годового фонда заработной платы врачей-хирургов на операции опреде-

Таблица 1

Классификация операций по категории сложности

Категория сложности	Виды операций
I	
II	
III	
IV	
V	



Таблица 2

Расчет расценок на операции по категориям сложности

Категория	Коэффициент сложности	Годовой ФЗП на операции	Количество операций		Стоимость 1 условной единицы	Расценка на операцию
			Всего	В усл. ед.		
					гр. 4 x гр. 2	гр. 3 / гр. 5
I	1		100	100		300
II	2		100	200		600
III	3		200	600		900
IV	4		50	200		1200
V	5		20	100		1500
	-	360 000	470	1200	300	-

ляется путем разделения общего фонда оплаты труда врачей-хирургов на фонд оплаты труда за операции и фонд оплаты труда за ведение больных. Для этого могут использоваться данные операционных журналов за предыдущий период.

Количество операций по категориям сложности определяется, исходя из утвержденного планового количества операций.

Значение графы «количество операций в условных единицах» получается умножением количества операций на соответствующий коэффициент сложности.

Стоимость 1 условной единицы определяется путем деления годового фонда заработной платы на операции на число операций в условных единицах. В нашем случае:

$$360\ 000 \text{ руб.} : 1200 = 300 \text{ руб.}$$

Расценка на операции каждой из категорий сложности определяется путем умножения стоимости 1 условной единицы на соответствующий коэффициент сложности. Так, расценка на операцию 2-й категории сложности составит:

$$300 \text{ руб.} \times 2 = 600 \text{ руб.}$$

В случае, если необходимо рассчитать расценки на операции, включающие затраты как врачей-хирургов, так и среднего и младшего персонала операционного блока, анестезиологической бригады, то к фонду заработной платы хирургов добавляется фонд заработной

платы указанных категорий работников. Все расчеты производятся аналогично.

Размер фонда оплаты труда за выполненные операции находится умножением количества выполненных операций по каждой категории сложности на соответствующую расценку и суммированием результатов.

Распределение фонда оплаты труда между работниками производится пропорционально окладам с учетом количества выполненных операций или по другим критериям, установленным принятым в учреждении Положением.

Возможна еще одна разновидность оплаты труда за выполненные операции, основанная на расчете стоимости условной операции. По этой методике оплата труда производится на основании определения количества выполненных операций в переводе на условные операции. Например, за 1 условную операцию принимается операция, которая длится 2 часа и в которой участвуют 3 хирурга, то есть 6 хирурго-часов. Трудовые затраты на оперативную деятельность выражаются в хирурго-часах и представляют собой число часов, затраченных на операцию всей операционной бригадой, умноженных на число хирургов, участвующих в этой операции. В этом случае целесообразно использовать плановое количество хирургов, требующихся для выполнения операции.



Вариант 2. Расчет расценок на группу операций, объединенных на основании сходства по ряду признаков.

Рассмотрим теперь второй вариант оплаты, основанный на расчете расценок на группу операций, объединенных на основании сходства по ряду признаков.

В основе расчета цен на операцию лежит разбивка всех проводимых операций определенного профиля на категории, исходя из их трудоемкости и сложности. Критериями, определяющими отнесение операции к той или иной категории, являются их близость по трудоемкости (количеству медицинского персонала, принимающего участие в операции, длительности операции) и квалификационная сложность операции.

Деление на категории может происходить как по всем операциям по стационару в целом, так и по отделениям или по каждому профилю коек.

Покажем пример классификации по категориям сложности травматологических операций (таблица 3).

Расчет расценок по врачам и медсестрам производится раздельно. Кроме того, предусмотрена отдельная оплата бригады анестезиологов. Дополнительная оплата труда за счет средств, полученных за оперативные и анестезиологические пособия, для младшего медицинского персонала не предусмотрена. Дополнительная оплата труда прочих работников за счет вышеуказанных средств может производиться в случае необходимости вклю-

чения их в состав бригады (например, операторов кислородных установок).

Формула расчета расценок на операции по конкретной категории персонала (Zo) производится по формуле:

$$Zo = Kr \times Df \times Ks \times Om,$$

где:

Kr — количество работников конкретной категории;

Df — средняя длительность операции, принятая за норматив;

Ks — коэффициент сложности;

Om — оплата 1 минуты.

Схема расчета заработной платы приведена в таблице 4.

Количество работников устанавливается, исходя из требований, предъявляемых к операции.

Средняя длительность операции определяется как усредненная фактическая длительность операций данной категории сложности за прошедший период (как правило, три года), используемая в дальнейшем в качестве норматива.

Коэффициент сложности операции отражает интенсивность трудовых затрат в единицу времени и квалификационную сложность операции (в том числе требования наличия определенных квалификационных способностей у персонала). Коэффициент сложности устанавливается экспертным путем на основе предъявляемых квалификационных требова-



Таблица 3

Классификация травматологических операций по категории сложности

Категория сложности	Виды операций
I	
II	
III	
IV	
V	



Таблица 4

Расчет расценок для операций

Категория операции	Количество персонала	Длительность операций (мин.)	Коэффициент сложности	Условная длительность с учетом коэффициента сложности	Оплата минуты (руб.)	Расценка на операцию
1	2	3	4	5	6	7
	Kr	Df	Ks	Df * Ks	Om	Zo
I	1	30	1	30	2,0	60
	1	30	2	60	2,0	120
	1	30	3	90	2,0	180
II	2	90	1	90	2,0	360
	2	90	2	180	2,0	720
	2	90	3	270	2,0	1080
III	3	150	1	150	2,0	900
	3	150	2	300	2,0	1800
	3	150	3	450	2,0	2700
IV	3	240	1	240	2,0	1440
	3	240	2	480	2,0	2880
	3	240	3	720	2,0	4320

ний к операции. Коэффициенты сложности для врачей, среднего и младшего медицинского персонала в каждой из бригад могут совпадать или не совпадать. Коэффициент сложности для бригады анестезиологов рекомендуется устанавливать на уровне, не превышающем 75% от показателя, принятого для хирургической бригады.

Оплата одной минуты по категориям сложности в нашем случае одинакова для всех операций. Но она может и различаться. Это вызвано тем, что для более сложных операций предъявляются более высокие требования к стажу и квалификации хирургов.

Вариант 3. Расчет расценок на каждую операцию, исходя из состава операционной бригады и затрат времени

При автоматизации расчетов и наличии достоверной статистической информации по большому количеству операций целесооб-

разно рассчитывать по указанной выше схеме стоимость каждого отдельного вида операции.

Формула расчета расценок по конкретной операции (Zo) производится по формуле:

$$Zo = Kr \times Df \times Ks \times Om,$$

где:

Kr — количество работников конкретной категории;

Df — средняя длительность операции, принятая за норматив;

Ks — коэффициент сложности;

Om — оплата 1 минуты.

Рассмотрим для примера операцию, для проведения которой требуются два хирурга. Длительность операции — 90 минут. Коэффициент сложности — 2. Тогда расценка на операцию составит:

$$Zo = 2 \times 90 \times 2 \times 2 = 720 \text{ руб.}$$



Таблица 5

Распределение фонда дополнительной оплаты труда за операции между хирургами (руб.)

Ф.И.О. хирурга	Сумма баллов	Фонд оплаты труда за операцию	Стоимость 1 условной единицы	Оплата труда за операцию
Иванов И.И.	35			350
Петров П.П.	25			250
Сидоров С.С.	40			400
	100	500	10,0	1000

Общие комментарии по поводу оплаты труда работников за оперативные вмешательства

Фонд оплаты труда за выполненные операции может корректироваться с учетом критериев качества.

Если расценки на операции единые, включающие оплату как врачей, так и медсестер, анестезиологов и т.д., то необходимо определить в расценках удельный вес врачей, медсестер и т.д.

Возможны различные принципы распределения средств между врачами:

- пропорционально окладам;
- по количеству выполненных операций;
- по условным единицам.

В то же время распределение фонда оплаты труда хирургов пропорционально окладам или по количеству выполненных опе-

раций не всегда корректно, поскольку роль врачей в выполняемых операциях может быть различной (оператор, I ассистент, II ассистент и т.д.). Соответственно различны и затраты труда, ответственность. Поэтому более целесообразна оплата по условным единицам, присваиваемым в зависимости от роли хирурга в конкретной операции. Например, могут быть установлены следующие значения условных единиц:

- Оператор — 3 ед.
- I ассистент — 2 ед.
- II ассистент — 1 ед.

По итогам месяца находится сумма условных единиц за выполненные операции по всем хирургам. Делением месячного фонда оплаты за операции на сумму условных единиц находится стоимость 1 условной единицы.

Пример расчета приведен в таблице 5.





От редакции:

Наша редакция неоднократно обращалась к проблеме оказания платных медицинских услуг иностранным гражданам. Сегодня мы публикуем письмо Минздравсоцразвития России на эту тему.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
П И С Ъ М О

24 октября 2008

№ 10-4/54705-14-ВС

ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ

Руководителям органов Управления здравоохранением субъектов Российской Федерации

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях предупреждения нарушений действующего законодательства при оказании медицинской помощи иностранным гражданам, в том числе гражданам Республики Беларусь, находящимся на территории Российской Федерации, разъясняет следующее.

В соответствии со статьей 18 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 иностранным гражданам на территории Российской Федерации гарантируется право на охрану здоровья в соответствии с международными договорами Российской Федерации.

Порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам установлен Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.09.2005 № 546 «Об утверждении Правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации».

В соответствии с указанным Порядком медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, оказывается лечебно-профилактическими организациями независимо от их организационно-правовой формы.

Скорая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается бесплатно и безотлагательно. Скорая медицинская помощь оказывается лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также медицинскими работниками или лицами, обязанными оказывать первую помощь по закону или специальному правилу, в случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства (последствия несчастных случаев, травм, отравлений).

Плановая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается на платной основе.

В случае, если международным договором Российской Федерации установлен иной порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, применяются правила международного договора.

Так, в соответствии с Соглашением от 24.01.2006 между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Беларусь о порядке оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации в учреждениях здравоохранения Республики Беларусь и гражданам Республики Беларусь в учреждениях здравоохранения



Российской Федерации граждане Республики Беларусь, постоянно проживающие в Российской Федерации, имеют равные права с гражданами Российской Федерации на получение медицинской помощи, включая бесплатное лечение в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения Российской Федерации.

Граждане Республики Беларусь, временно пребывающие и временно проживающие в

Российской Федерации, имеют равные права с гражданами Российской Федерации на получение скорой медицинской помощи и медицинской помощи в случае возникновения у них в период пребывания в Российской Федерации заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

Настоящие разъяснения просим учесть при организации работы учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации.

Заместитель Министра В.И. Скворцова

От редакции:

В связи с многочисленными обращениями Федеральной службы исполнения наказаний (далее – ФСИН) по поводу отказов в предоставлении медицинской помощи сотрудникам ФСИН учреждениями здравоохранения на безвозмездной основе Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации дало следующие разъяснения.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
П И С Ъ М О**

31 декабря 2008 г.

№ 10394-ВБ

**ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ
СОТРУДНИКАМ ФСИН В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в связи с многочисленными обращениями Федеральной службы исполнения наказаний (далее – ФСИН) по поводу отказов в предоставлении медицинской помощи сотрудникам ФСИН учреждениями здравоохранения на безвозмездной основе сообщает следующее.

В соответствии со статьей 245 Налогового кодекса Российской Федерации от уплаты единого социального налога, включающего и платежи в фонды обязательного медицинского страхования, освобождается в числе прочих федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный в области исполнения наказаний, в части сумм денеж-

ного довольствия, продовольственного и вещевого обеспечения и иных выплат, получаемых сотрудниками уголовно-исполнительной системы, имеющими специальные звания, в связи с исполнением обязанностей службы, приравненной к военной, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Таким образом, расходы за медицинскую помощь, оказанную сотрудникам уголовно-исполнительной системы учреждениями здравоохранения в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), подлежат возмещению за счет средств федерального бюджета, выделяемого ФСИН, в порядке, опреде-



ленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.12.2004 № 911.

Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год (далее — Программа государственных гарантий), утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.05.2007 № 286, установлено, что на безвозмездной основе для всех граждан, в том числе сотрудников ФСИН, предоставляется финансируемая за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований:

- скорая медицинская помощь и специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;

- медицинская помощь, оказываемая женщинам в период беременности, во время и после родов;

- специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в Номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Минздравсоцразвития России, а также первичная медико-санитарная помощь в иных учреждениях здравоохранения — при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита.

За счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации на основании установленного государственного задания в специализированных медицинских организациях оказывается высоко-

технологичная медицинская помощь, а также осуществляется финансирование расходов по обеспечению граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации лекарственными средствами по рецептам врачей бесплатно или с 50%-ной скидкой со стоимости.

Учитывая изложенное, оплата медицинской помощи, оказанной учреждениями здравоохранения сотрудникам уголовно-исполнительной системы в рамках территориальной программы государственных гарантий, должна осуществляться за счет бюджетных ассигнований из федерального бюджета, выделяемых Федеральной службе исполнения наказаний, в части, входящей в территориальную программу ОМС (в том числе за медицинскую помощь при онкологических заболеваниях, не включенную в перечень высокотехнологичных видов согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 27.08.2008 № 458н).

В остальных случаях медицинская помощь сотрудникам ФСИН должна предоставляться бесплатно за счет средств бюджетов здравоохранения соответствующего уровня.

Различные источники финансирования медицинской помощи, оказываемой гражданам Российской Федерации бесплатно, определены Программой государственных гарантий на 2009 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 № 913. При этом первичная медико-санитарная, в том числе неотложная, и специализированная, за исключением высокотехнологичной, медицинская помощь при новообразованиях, беременности, родах, послеродовом периоде и абортах с 2009 года включена в базовую программу ОМС.

*Заместитель Министра
В.С. БЕЛОВ*



ЦНТИ ПРОГРЕСС

ЦЕНТР НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Центр научно-технической информации «Прогресс» имеет 12-летний опыт работы в области дополнительного медицинского образования. Основное направление деятельности компании — организация информационно-обучающих семинаров и краткосрочных курсов повышения квалификации, которые проходят при поддержке и участии ведущих медицинских учреждений и специалистов-практиков.

Семинары ЦНТИ «Прогресс» на апрель 2009 года

Название семинара	Дата проведения
Медико-социальная экспертиза при профессиональных заболеваниях и несчастных случаях на производстве	6–9 апреля 2009 г.
Правовое обеспечение медицинской деятельности в области акушерства и гинекологии	6–10 апреля 2009 г.
Риски развития профессиональных заболеваний медицинских работников. Медицинские осмотры работающих во вредных условиях труда	6–10 апреля 2009 г.
Финансы и управление ресурсами в здравоохранении	6–9 апреля 2009 г.
Эксплуатация зданий и сооружений здравоохранения и социальной сферы	6–10 апреля 2009 г.
Основы управления качеством медицинской помощи	13–17 апреля 2009 г.
Роль начмеда в работе ЛПУ и выработка политики медицинского учреждения	13–17 апреля 2009 г.
Обязательное медицинское страхование. Практические вопросы взаимодействия фондов ОМС, страховых компаний и медицинских учреждений. Опыт Санкт-Петербурга	14–17 апреля 2009 г.
Новые системы оплаты труда в здравоохранении	15–18 апреля 2009 г.
Медицинская реабилитация. Организационные, экономико-правовые, практические вопросы	20–24 апреля 2009 г.
Медицинская реабилитация. Особенности восстановительного лечения пациентов детского и подросткового возраста	20–24 апреля 2009 г.
Экспертиза временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи. Цикл: Экспертиза временной нетрудоспособности	20–24 апреля 2009 г.
Экспертиза временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи. Цикл: Экспертиза качества медицинской помощи	20–24 апреля 2009 г.
Организационно-методическая работа в медицинском учреждении	27–30 апреля 2009 г.

Для участников семинаров организованы ежедневные обеды и культурная программа.

С информацией об этих и других семинарах Вы можете ознакомиться на сайте

ЦНТИ «Прогресс»: www.cntiprogress.ru

Записаться на семинар можно по телефону: (812) 331-88-88





От редакции:

В февральском номере журнала за этот год был опубликован проект **Основных направлений совершенствования службы скорой медицинской помощи Иркутской области на 2009–2012 гг.** как пример региональной модели службы СМП. В качестве дополнения к этому материалу сегодня мы публикуем три приложения к проекту, носящие не только организационный, но и клинический характер, которые, надеемся, будут представлять интерес для руководителей органов управления здравоохранением и станций скорой помощи.

Авторами указанного документа являются:

Пивень Д.В. — проректор по научной и лечебной работе Иркутского государственного института усовершенствования врачей;
Горбачева С.М. — заведующий кафедрой скорой медицинской помощи и медицины катастроф Иркутского государственного института усовершенствования врачей;

Дац А.В. — ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф Иркутского государственного института усовершенствования врачей;

Козиев М.П. — ассистент кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф Иркутского государственного института усовершенствования врачей

Приложение № 1

к Основным направлениям совершенствования
службы скорой медицинской помощи Иркутской области

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

С целью повышения качества скорой медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях в Иркутской области формируется соответствующая этапная система.

Система организации этапного оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях предусматривает комплекс мероприятий, осуществляемых последовательно (поэтапно):

первый этап — оказание медицинской помощи на месте происшествия;

второй этап — оказание медицинской помощи в пути следования в лечебное учреждение;

третий этап — оказание медицинской помощи в лечебном учреждении.

Первый этап — оказание медицинской помощи на месте происшествия.

Медицинская помощь на месте происшествия включает:

— оказание первой помощи лицами, оказавшимися на месте происшествия (водители транспортных средств, работники органов внутренних дел, работники дорожных предприятий и др.);

— оказание медицинской помощи пострадавшим медицинскими работниками, вызванными для оказания медицинской помощи пострадавшим (бригада скорой медицинской помощи, медицинские работники ближайших к месту происшествия медицинских учрежде-



ний и их подразделений: фельдшеры ФАП, врачи и фельдшеры участковых больниц и врачебных амбулаторий).

Объем и характер первой помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий на месте происшествия зависят от уровня подготовки лиц, оказывающих эту помощь (то есть лиц, не имеющих медицинского образования, и медицинских работников).

Вместе с тем для всех является обязательным проведение следующих мероприятий:

- бережное извлечение и вынос из транспортного средства или кювета пострадавшего только в том случае, если ему угрожает дополнительная опасность (взрыв, возгорание и пр.), тушение горящей одежды и т.п., перенос его в безопасное место, защита от неблагоприятных метеорологических условий (холод, жара и пр.); если такая опасность отсутствует, необходима фиксация шеи, быстрое обследование и оказание помощи внутри автомобиля;

- проведение мероприятий по устранению причин, угрожающих жизни пострадавшего (остановка наружного кровотечения давящей повязкой, а при значительных кровотечениях — наложение жгута);

- при нарушении дыхания и остановке сердечной деятельности — очищение воздухоносных путей от их закупорки кровью, рвотными массами и др., проведение искусственного дыхания по методу «рот в рот» или «рот в нос», непрямой массаж сердца по показаниям;

- наложение стерильной повязки на рану, иммобилизация переломов подручными средствами или специальными шинами;

- принятие мер к транспортировке пострадавших попутным транспортом до ближайшего лечебного учреждения, если нет условий для вызова скорой помощи или если состояние больного не терпит отлагательств в госпитализации (шоковое состояние, острые кровопотери и т.д.). При этом должны быть созданы условия для щадящей перевозки пострадавшего на имеющемся автотранспорте.

Медицинскими работниками на первом этапе пострадавшим в связи с дорожно-транспортными происшествиями проводятся, кроме указанных, следующие мероприятия:

- при западении языка — выполнение тройного приема Сафара, введение воздуховода или интубация трахеи;

- при остановке сердечной деятельности произвести непрямой массаж сердца с одновременным проведением искусственной вентиляции легких и введением медикаментов согласно протоколу проведения легочно-сердечной реанимации;

- для поддержания сердечной деятельности, восстановления дыхания и снятия болевого синдрома сделать инъекции соответствующих лекарственных препаратов;

- при сочетанных травмах (травма и ожог) провести необходимые мероприятия по защите пораженных частей тела (от ожогов) путем наложения противоожоговых повязок, или стерильных повязок с предварительным наложением на место ожогов специальных противоожоговых средств.

Второй этап — оказание медицинской помощи пострадавшим в пути следования, при транспортировке их в лечебное учреждение.

При решении вопроса о транспортировке необходимо учитывать:

- состояние пострадавшего, тяжесть и характер полученных травм;

- вид транспортных средств, их пригодность для эвакуации пострадавших;

- расстояние до лечебного учреждения, куда транспортируется больной;

- возможность оказания необходимых реанимационных мероприятий во время транспортировки.

Объем медицинской помощи, оказываемой пострадавшему в пути следования в лечебное учреждение, определяется состоянием пострадавшего и направлен в основном на поддержание сердечной и дыхательной функций, проведение противошоковых





мероприятий (адекватное обезболивание, инфузионно-трансфузионная терапия).

Объем и уровень оказываемой медицинской помощи пострадавшим в пути связаны с тем, какими средствами транспортируется пострадавший (попутным транспортом, транспортом сотрудников органов внутренних дел, бригадой скорой медицинской помощи).

Если больной транспортируется бригадой скорой медицинской помощи с наличием врача или фельдшера, то в пути следования должен проводиться весь комплекс мероприятий по восстановлению или поддержанию жизненно важных функций организма (переливание крови и кровезаменителей — при острой кровопотере и резком снижении артериального давления, дача кислорода, а при необходимости средств для наркоза (закись азота, фторотан и др.), применение искусственной вентиляции легких при помощи портативного аппарата, в необходимых случаях применение дефибрилляции сердца и других мероприятий).

Врач или фельдшер бригады скорой помощи должен четко определить маршрут движения, исходя из главного принципа, — доставка больного по назначению, то есть в то медицинское учреждение, где ему может быть оказана медицинская помощь в максимальном объеме.

Третий этап — оказание медицинской помощи в лечебном учреждении.

Пострадавшие должны быть доставлены в лечебные учреждения, в которых им может быть обеспечено оказание квалифицированной медицинской помощи в полном объеме.

В случае, если не представляется возможным обеспечить пострадавшему медицинскую помощь в необходимом объеме, следует вызвать специализированную (санитарно-авиационную) скорую медицинскую помощь для решения дальнейшей тактики лечения пострадавшего и целесообразности направления его в специализированное лечебное учреждение.

При направлении больных в другое лечебное учреждение главным требованием является выведение их из шокового состояния, восполнение потерь крови и тщательная иммобилизация переломов костей.

На всех этапах оказания медицинской помощи пострадавшим должна тщательно вестись медицинская документация с указанием характера и объема медицинской помощи, оказываемой пострадавшему на этом этапе, и мероприятий, проведенных на предыдущем этапе.

Приложение № 2

к Основным направлениям совершенствования службы скорой медицинской помощи Иркутской области

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Основные задачи ведения больных с ОНМК на догоспитальном этапе:

- своевременная диагностика ОНМК
- экстренная госпитализация
- правильная лечебная тактика

От врача скорой медицинской помощи требуется правильная и быстрая диагностика ОНМК (без уточнения типа инсульта). При этом точное определение характера инсульта (геморрагический или ишемический) воз-



можно только в стационаре после нейровизуализирующего исследования.

Основным критерием диагностики инсульта является внезапное (в течение минут, реже — часов) возникновение очаговой (или общемозговой и менингеальной в случае субарахноидального кровоизлияния) симптоматики.

Исследуются симптомы:

- очаговые
- общемозговые
- менингеальные

Очаговые симптомы:

1. Односторонние (справа или слева) двигательные нарушения в конечностях в виде парезов (снижения мышечной силы) или параличей (полное отсутствие движений в конечности) — самые частые симптомы инсульта.

2. Речевые нарушения (дизартрия, афазия).

3. Асимметрия лица (сглаженность носогубной складки).

4. Односторонние (в руке и/или ноге) нарушения чувствительности (гипестезия).

5. Глазодвигательные нарушения (парез взора в сторону, анизокория).

6. Другие очаговые симптомы: гемианопсия (выпадение половин полей зрения), дисфагия (расстройства глотания).

Общемозговые симптомы:

- изменения уровня сознания
- головная боль, головокружение
- тошнота, рвота
- генерализованные судороги

Общемозговые симптомы возникают при повышении внутричерепного давления при субарахноидальном или внутримозговом кровоизлиянии, обширном инфаркте мозга.

Отличительная особенность ишемического инсульта — преобладание очаговых симптомов над общемозговыми.

Оценка состояния сознания производится с использованием шкалы комы Глазго.

Менингеальный синдром — проявление раздражения менингеальных оболочек, его развитие характерно для геморрагического инсульта.

ДИАГНОСТИКА ОНМК

Первоочередная задача на догоспитальном этапе — правильная диагностика ОНМК и дифференциальный диагноз инсульта с другими неотложными состояниями: гипогликемия, эпилептический припадок, черепно-мозговая травма (ЧМТ), менингит, энцефалит, осложненный приступ мигрени, опухоль мозга, истерия.

Вопросы больному и/или окружающим:

- Известно ли точное время начала заболевания? Когда и в какой последовательности появились клинические симптомы заболевания?
- Имеются ли нарушения сознания, речи, двигательной функции (слабость в конечностях), асимметрия лица, нарушения чувствительности (онемение), судороги?
- Имеются ли факторы риска (артериальная гипертензия, сахарный диабет, мерцательная аритмия, ИБС, ОНМК в анамнезе и др.)?
- Был ли больной инвалидизирован до настоящего заболевания и, если да, по какой причине и в какой степени?

Диагностические мероприятия:

— Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровня сознания, проходимости дыхательных путей и дыхания, кровообращения.

— Визуальная оценка: осмотр, пальпация мягких тканей головы (для выявления ЧМТ), осмотреть наружные слуховые и носовые ходы (для выявления ликворо- и гематореи).

— Измерение пульса, ЧСС, АД (на двух руках), аускультация сердца и легких.

— Электрокардиография.

— Исследование глюкозы в крови.

— Пульс-оксиметрия.

— Исследование неврологического статуса:

➢ общемозговые симптомы;

➢ менингеальные симптомы;

➢ очаговые симптомы.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОНМК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лечение больных с ОНМК на догоспитальном этапе заключается в проведении базисной терапии.





Базисная терапия инсульта — коррекция жизненно важных функций организма: поддержание дыхания, гемодинамики, водно-электролитного обмена и обмена глюкозы, коррекция отека мозга и повышенного внутричерепного давления (ВЧД), профилактика и борьба с осложнениями.

Правильно и своевременно начатая базисная терапия в первые часы инсульта является залогом дальнейшего успешного лечения больного в стационаре.

Все лечебные мероприятия на догоспитальном этапе должны решать две основные задачи:

— стабилизация нарушенных жизненно важных функций организма с целью скорейшей доставки больного в специализированный стационар с «наименьшими потерями»;

— поддержание жизненно важных функций для создания прочной основы проведения дифференцированной терапии в стационаре: системного или селективного тромболизиса при ишемическом инсульте или нейрохирургического вмешательства при геморрагическом инсульте.

Важное условие — преемственность терапии. Применяемая на догоспитальном этапе терапия должна соответствовать международным рекомендациям по лечению больных с инсультом.

Направления базисной терапии:

1. Коррекция дыхательных нарушений.

Оценка проходимости дыхательных путей, выполнение тройного приема Сафара, ингаляция кислорода.

Альтернатива этому приему — введение носо- или ротоглоточного воздуховода.

При снижении уровня сознания (< 8 баллов по шкале Комы Глазго), аспирации или высоком риске аспирации, брадипноэ < 12 в 1 минуту, тахипноэ > 35–40 в 1 минуту показана интубация трахеи и проведение ИВЛ.

Всем больным с инсультом показано постоянное или периодическое транскutanное определение сатурации кислородом (SaO_2).

При отсутствии такой возможности необходимо руководствоваться клиническими

проявлениями гипоксии — окраской кожных покровов и слизистых, ЧД.

При снижении SaO_2 до 92% и/или повышении ЧД, нарушении ритма дыхания, появлении или прогрессировании цианоза, клинических признаков отека легких, ТЭЛА, пневмонии необходимо проведение оксигенотерапии с начальной скоростью подачи кислорода 2–4 л/мин.

2. Коррекция АД.

Рутинное снижение АД при инсульте недопустимо!

Постепенное снижение АД при ишемическом или недифференцированном инсульте допустимо только при цифрах, превышающих 200/110 мм рт. ст., при подозрении на геморрагический характер инсульта АД необходимо снижать при цифрах более 170/100 мм рт. ст.

Целевой уровень снижения АД — до цифр, превышающих обычное АД на 15–20 мм рт. ст.

Недопустимым является назначение нифедипина, а в/в болюсное введение гипотензивных препаратов должно быть ограничено. Предпочтение — пролонгированным формам гипотензивных препаратов — ингибиторы АПФ (эналаприлат).

При необходимости повышения АД:

— адекватная (но не чрезмерная!) волемическая нагрузка, иногда в сочетании с инотропными препаратами (дофамин). Инфузию продолжают до повышения АД в пределах 140/80 мм рт. ст.

Необходимо ограничивать применение сосудорасширяющих препаратов (эуфиллин) из-за развития эффекта обкрадывания.

3. Водно-электролитный обмен.

Основные инфузионные растворы: 0,9%-ный раствор хлорида натрия и препараты на основе гидроксиэтилкрахмала.

Гипоосмоляльные растворы (5%-ный раствор глюкозы) при инсульте противопоказаны из-за риска увеличения отека мозга.

4. Отек мозга и повышение ВЧД.

Все пациенты со снижением уровня бодрствования должны находиться в постели с приподнятым до 30° головным концом (без сгибания шеи!).



Исключить: эпилептические припадки, кашель, двигательное возбуждение и боль. Введение гипоосмоляльных растворов противопоказано!

При появлении и/или нарастании признаков нарушения сознания показано введение осмотических препаратов: маннитол.

Введение противоотечных препаратов не должно быть профилактическим или плановым. Эти препараты назначаются при ухудшении состояния больного, при этом необходимо постоянное наблюдение за пациентом.

5. Купирование судорожного синдрома.

6. Нейропротективная терапия.

Данное направление терапии может являться одним из наиболее приоритетных, так как раннее использование нейропротекторов возможно уже на догоспитальном этапе, до выяснения характера нарушения мозгового кровообращения:

- сернокислая магнезия,
- глицин,
- семакс,
- актовегин,
- цитофлавин,
- мексидол,
- церебролизин.

Препараты, применение которых при инсульте не рекомендуется:

- 1. Фуросемид**
- 2. Пирацетам**
- 3. Эуфиллин**
- 4. Дексаметазон**
- 5. Преднизолон**
- 6. Нифедипин**

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Все пациенты с ОНМК должны госпитализироваться в профильное отделение (при наличии в регионе сосудистых центров разрабатывается дополнительная схема госпитализации).

Транспортировка больных с ОНМК

— на носилках с приподнятым до 30° головным концом независимо от тяжести состояния больного.

Относительные ограничения для госпитализации:

- терминальная кома;
- деменция в анамнезе с выраженной инвалидизацией до развития инсульта;
- терминальная стадия онкологических заболеваний.

Госпитализация в первые 3 часа от начала инсульта.

Необходимо обеспечить максимально быструю транспортировку больных с инсультом в первые 3 часа от начала развития заболевания, поскольку в это время в стационаре возможно применение наиболее эффективного метода лечения ишемического инсульта — тромболитической терапии.

Во время транспортировки больных для проведения тромболизиса необходим контроль АД, которое не должно превышать 190 мм рт. ст. (sistолическое) и 110 мм рт. ст. (диастолическое).

Бригаде СМП необходимо предупредить дежурного врача стационара о больном по телефону.

Приложение № 3

к Основным направлениям совершенствования службы скорой медицинской помощи Иркутской области

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Острый коронарный синдром (ОКС) — собирательное понятие, включающее

состояния, вызванные острой прогрессирующей ишемией миокарда вследствие





инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии.

Диагноз острого коронарного синдрома используется на догоспитальном этапе и начальном этапе госпитализации, когда отсутствуют или не могут быть получены данные, позволяющие точно поставить диагноз одного из этих состояний.

Термин ОКС объединяет следующие состояния:

- ИМ с подъемом сегмента S-T;
- ИМ без подъема сегмента S-T;
- нестабильная стенокардия.

На догоспитальном этапе основными задачами являются:

- постановка диагноза ОКС, основываясь на клинических признаках, данных ЭКГ и лабораторного исследования;
- своевременное и полное оказание медицинской помощи;
- экстренная госпитализация.

ДИАГНОСТИКА ОКС

Острый коронарный синдром характеризуется определенными клиническими, лабораторными и ЭКГ-признаками.

Сбор анамнеза заболевания и обязательные вопросы:

- Время появления ангинозных болей, локализация и характер болей, иррадиация (левую или правую руку, шею, нижнюю челюсть, под левую лопатку, в эпигастральную область).
- Зависит ли боль от позы, положения тела, движений и дыхания?
- Эффект от приема нитроглицерина?
- Какие лекарственные препараты больной принимал до вызова СМП (разовые и общие дозы)?
- Возникали ли раньше ангинозные боли (при каких обстоятельствах, чем купировались)?
- Участились, усилились ли боли за последнее время? Не изменилась ли толерантность к нагрузке, не увеличилась ли потребность в нитратах?
- Имеются ли факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний?

• Какими сопутствующими заболеваниями страдает больной? Медикаментозная терапия данных заболеваний.

Диагностические мероприятия:

• Оценка общего состояния и жизненно важных функций: уровень сознания, наличие дыхания и кровообращения (пульс на центральных артериях).

• Осмотр: психический статус (беспокойство, «страх» смерти), кожные покровы (цвет, влажность), отеки мягких тканей, «набухание» вен шеи.

• Измерение ЧСС, ЧП, АД (на двух руках), аусcultация сердца и легких.

• Пульсоксиметрия.

• Электрокардиография.

• Экспресс-диагностика тропонина (низкая чувствительность в срок до 6 часов).

Стандартное ЭКГ-обследование с регистрацией 12 отведений позволяет выделить 2 категории больных с ОКС:

• ОКС со стойким подъемом сегмента S-T или «новой» полной блокадой левой ножки пучка Гиса;

• ОКС без подъема сегмента S-T.

Критерием подъема сегмента S-T считается его повышение >2 мм от изолинии в отведениях V 1–3 и >1 мм в других отведениях.

ЛЕЧЕНИЕ ОКС

Основные мероприятия по оказанию неотложной помощи при ОКС на догоспитальном этапе направлены на ограничение зоны некроза, уменьшение работы сердца и потребности миокарда в кислороде, а также лечение и профилактику возможных осложнений.

При нарушении жизненно важных функций незамедлительно приступить к проведению мероприятий по их восстановлению и протезированию («тройной» прием Сафара, ИВЛ, непрямой массаж сердца, проведение расширенного реанимационного комплекса).

Обеспечить постельный режим и эмоциональный покой. Положение больного: лежа на спине со слегка приподнятой головой.



При оказании медицинской помощи следует проводить контроль за АД, ЧСС, ЧП, сатурацией крови и быть готовым к возникновению угрожающих жизни осложнений, проведению электроимпульсной терапии и сердечно-легочной реанимации.

Базисная терапия включает:

1. Купирование ангинозных болей

- **Нитраты** (формы выпуска: нитроглицерин в сублингвальных таблетках по 0,5 мг, аэрозоль по 0,4 мг в одной дозе, раствор для в/в введения).

По 1 сублингвальной таблетке или аэрозоль трехкратно через 5 минут до купирования ангинозного приступа.

При сохраняющихся (и/или при рецидиве) болях дальнейшее купирование следует проводить наркотическими аналгетиками и в/в введением нитратов.

Схема парентерального введения нитратов — 10 мл 0,1%-ного раствора (10 мг) разводят в 100 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида и вводят в/в капельно под постоянным контролем АД и ЧСС. Начальная скорость 2–4 капли в минуту, максимальная — 30 капель в минуту.

2. Наркотические аналгетики

Препаратором выбора является **морфин 1 мл 1%**, так как он способствует адекватному обезболиванию, снижению пред- и постнагрузки, психомоторного возбуждения, снижению потребности миокарда в кислороде.

Схема введения: развести 10 мг морфина в 10 мл 0,9% NaCl и вводить в/в дробно по 3–4 мл каждые 5–15 мин. до устранения болевого синдрома либо до появления побочных эффектов (гипотензии, угнетения дыхания, рвоты). Общая доза морфина — до 20 мг (2 мл).

Возможны также следующие комбинации: **нейролептоаналгезия (фентанил 0,1 мг + дроперидол 5 мг)** или **промедол (20 мг) + дроперидол (5 мг)**.

- Закисно-кислородная смесь в соотношении NO:O₂ = 1:1 с контролем сатурации крови, АД и ЧСС.

2. Антиагреганты — ацетилсалициловая кислота (аспирин) для купирования и профилактики процессов, связанных с агрегацией тромбоцитов.

Рекомендуется ранний пероральный прием 160–325 мг, лучше разжевать.

3. Нефракционированные гепарины для предупреждения или ограничения коронарного тромбоза, профилактики тромбоэмбологических осложнений, снижения летальности.

Гепарин — на догоспитальном этапе в/в болюсно вводится в дозе 60–70 ЕД/кг (максимум 5000 ЕД).

4. β -Блокаторы — для снижения потребности миокарда в кислороде, купирования болевого синдрома, уменьшения размеров некроза, снижения летальности. Применяются при отсутствии противопоказаний.

Обзидан — в/в болюсно 1 мг/мин до общей дозы 0,1 мг/кг под контролем АД, ЧСС. При урежении ЧСС до 50–60 уд/мин введение прекратить.

5. Коррекция АД

При артериальной гипертензии — ингибиторы АПФ.

При гипотензии и кардиогенном шоке — кардиотоники (допамин, дофамин).

6. Оксигенотерапия — ингаляция увлажненного кислорода со скоростью потока 2–4 л/мин.

7. Лечение и профилактика осложнений (нарушение ритма и проводимости, острые левожелудочковая недостаточность и т.д.).

ТРАНСПОРТИРОВКА В СТАЦИОНАР

Осуществляется исключительно на носилках со слегка приподнятой головой с мониторированием сердечного ритма, ЧСС, АД, пульсоксиметрией и проведением оксигенотерапии.





ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ

Скляр Михаил Семенович

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Специальность: 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

Ученый совет: Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Диссертация на соискание ученой степени: доктора медицинских наук

Размещено на сайте: <http://www.mednet.ru/board/skliar.doc>

Дата и место защиты: г. Москва, 2008



Цель исследования: теоретическое обоснование и разработка принципов реорганизации службы охраны материнства и детства в современных социально-экономических условиях на основе метода стратегического планирования.

Научная новизна исследования:

- на основании комплексного медико-статистического анализа репродуктивно-демографических показателей и параметров здоровья беременных, рожениц и новорожденных дана развернутая характеристика процесса воспроизведения населения, структуры заболеваемости и причин смерти изучаемых контингентов в Свердловской области в сравнении с показателями по Российской Федерации в течение периода социально-экономических преобразований в стране;
- установлены основные факторы, определяющие уровень и структуру заболеваемости и смертности беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных;
- определены прогнозные показатели основных индикаторов здоровья беременных, рожениц и новорожденных, уровня репродуктивных потерь, а также параметров, характеризующих эффективность службы охраны материнства и детства в современных социально-экономических условиях;
- разработана новая методология обоснования приоритетных высокоеффективных направлений снижения акушерской и перинатальной патологии на основе методов многомерного статистического анализа и математического моделирования, что позволило научно обосновать приоритетные направления в области организации родовспоможения в регионе;
- научно обоснована, разработана и внедрена на уровне крупного субъекта Российской Федерации стратегическая целевая программа «Мать и дитя» как механизм оптимизации системы оказания акушерской и перинатальной помощи, позволившая повысить качество медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным и эффективность деятельности службы родовспоможения в области;
- разработана методика расчета объемов медицинской помощи и реальной финансовой потребности региональной службы родовспоможения; разработан и вне-



дрен механизм обеспечения гарантированной бесплатной медицинской помощи надлежащего качества женщинам в период беременности, родов, а также новорожденным детям;

- разработаны территориальные отраслевые стандарты диагностики и фармакотерапии беременных, рожениц и новорожденных для стационарного этапа и на их основе определены тарифы, реально компенсирующие потребности службы родовспоможения, с определением фактической стоимости случая госпитализации женщин различных клинических групп;
- на основе системного подхода и методологии стратегического планирования и управления разработана и внедрена на уровне крупного субъекта Российской Федерации новая модель организации медицинской помощи женщинам при беременности, в родах и послеродовом периоде, а также новорожденным и доказана ее эффективность.

Научно-практическая значимость и внедрение результатов работы

Результаты исследования внедрены в деятельность учреждений здравоохранения Свердловской области: родильные дома, женские консультации и неонатальные отделения детских больниц.

По результатам исследования были разработаны нормативно-правовые документы по внедрению губернаторской программы «Мать и дитя» в медицинских учреждениях Свердловской области.

Алексеенко Сергей Николаевич

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА ФЕДЕРАЦИИ

Специальность: 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

Ученый совет: Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Диссертация на соискание ученой степени: кандидата медицинских наук

Размещено на сайте: <http://www.mednet.ru/board/alekseenko.doc>

Дата и место защиты: г. Москва, 2008

→ **Цель исследования:** научное обоснование, разработка и внедрение организационно-методического обеспечения профилактики на региональном уровне.

Научная новизна исследования:

- изучены тенденции медико-демографических показателей и дана оценка состояния здоровья населения Краснодарского края;
- проведен анализ деятельности основных учреждений, осуществляющих работу в области профилактики;
- дана оценка факторам риска, способствующим развитию заболеваний;
- разработана индикативная оценка медико-социальной и ресурсной эффективности здравоохранения в муниципальных образованиях и основные направления развития профилактики в крае.





Научно-практическая значимость исследования

Доказана целесообразность межведомственного подхода в управлении и координации профилактики на региональном уровне через создание Координационного совета, осуществляющего направляющую и организационную функцию в области профилактики и внутриведомственного взаимодействия, для управления и контроля качества и эффективности.

Разработан механизм реализации организационно-методического обеспечения профилактики на уровне региона.

Заболотний Александр Григорьевич

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (НА УРОВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)

Специальность: 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Ученый совет: Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Диссертация на соискание ученой степени: кандидата медицинских наук

Размещено на сайте: <http://www.mednet.ru/board/zabolotniiag.doc>

Дата и место защиты: г. Москва, 2008

Цель исследования: формирование интегрированной системы управления качеством офтальмологической помощи на уровне медицинской организации, направленной на непрерывное улучшение качества офтальмологических услуг и эффективное использование ресурсов.

Научная новизна исследования

- Разработана интегрированная система управления качеством офтальмологической помощи на основе использования системного и процессного подходов.
- Разработаны и внедрены стандарты медицинской организации — модели простых и комплексных офтальмологических услуг, в соответствии с которыми сформирована база данных, позволяющая интегрировать обработку медико-экономической информации, проводить актуализацию стандартов офтальмологической помощи.
- Впервые осуществлено модульное построение законченного случая лечения пациента, включающее как лечебно-диагностические технологии, так и определение их ресурсной (материальной, лекарственной, кадровой) и экономической (трудоемкость, время занятости, стоимость) составляющих.
- Сформированы информационные массивы медико-экономических данных поэтапного оказания офтальмологической помощи, детализирована структура информационной системы в целом с обозначением подсистем и рабочих мест, основных требований к прикладным программным продуктам.
- Формализованы медико-технологические карты полного цикла лечебно-диагностического процесса офтальмологической помощи и каждого из его этапов, позволяю-



щие определять реальную стоимость офтальмологических услуг, выполнять ценообразование и реализовать систему расчетов по законченному случаю лечения.

- Создан алгоритм последовательности мероприятий по непрерывному улучшению качества офтальмологической помощи, включающий мониторинг лечебно-диагностического процесса, построение динамических, причинно-следственных диаграмм, определение приоритетности причин установленных проблем, медико-экономический анализ, разработку, принятие и реализацию управлеченческих решений.

Практическая значимость результатов исследования

Предложены стандарты по оказанию офтальмологической помощи, которые могут быть использованы на уровне медицинских организаций различных форм собственности, офтальмологической службы региона. Созданная база данных «Модели простых и комплексных офтальмологических услуг» позволяет выполнять их мониторинг, анализировать качество оказываемой офтальмологической помощи при работе учреждения здравоохранения в системе медицинского страхования, способствует информационному обеспечению деятельности территориальных органов управления здравоохранением для выработки и принятия управлеченческих решений.

Медико-технологические карты нашли применение при проведении научно-практических исследований, в изучении и сравнительной оценке медико-экономической эффективности лечения офтальмопатологии у групп пациентов с использованием различных лечебно-диагностических технологий и лекарственных средств.

Созданные модели простых и комплексных офтальмологических услуг используются при анализе качества офтальмологической помощи на уровне субъектов Федерации: Краснодарский край, Ростовская область (Областная клиническая больница № 1), Республика Северная Осетия (Республиканская больница), в учебно-педагогическом процессе последипломного образования офтальмологов в Кубанском государственном медицинском университете.

Рубцова Ирина Темировна

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ СМЕРТНОСТИ ОТ ПРЕДОТВРАТИ- МЫХ ПРИЧИН НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Специальность: 14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

Ученый совет: Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Диссертация на соискание ученой степени: доктора медицинских наук

Размещено на сайте: <http://www.mednet.ru/board/sklar.doc>

Дата и место защиты: г. Москва, 2008

Цель исследования: разработка предложений по снижению в регионе преждевременной смертности от предотвратимых причин на основе изучения факторов ее формирования (на примере Краснодарского края).

Научная новизна исследования

- Впервые в комплексном медико-социальном исследовании на основании типизации



муниципальных образований Краснодарского края по индикаторам качества жизни изучена региональная специфика преждевременной смертности с позиции ее предотвратимости.

- Доказано, что максимальные потери формируются в менее развитых по социально-экономическим характеристикам муниципалитетах, а резервы их снижения связаны в первую очередь с повышением качества жизни населения, проживающего в них.
- Впервые на основании социологического опроса врачей Краснодарского края выявлена недооценка ими значимости роли первичной профилактики в снижении смертности от предотвратимых причин. Оценены резервы сокращения предотвратимой смертности с позиции знаний медицинских специалистов края возможностей ее предотвращения от различных причин.
- Проведена оценка качества заполнения медицинских свидетельств о смерти на умерших в трудоспособном возрасте в разных по уровню социально-экономического развития муниципальных образованиях края.
- Обоснованы мероприятия по созданию системы контроля качества ведения документации, удостоверяющей случаи смерти на внутриведомственном и межведомственном уровнях.
- Разработаны предложения по совершенствованию мониторинга смертности на основании обмена информацией в электронном виде, что позволило в оперативном режиме проводить анализ и экспертную оценку случаев предотвратимой смертности, принимать и корректировать управленческие решения по снижению смертности на региональном и муниципальном уровнях.

Научно-практическая значимость работы.

Разработанная информационная модель мониторинга смертности позволяет исключить дублирование ввода информации, снизить трудозатраты персонала статистических служб медицинских учреждений.

Внедрение в практику системы мониторинга предотвратимой смертности позволяет оперативно отслеживать эффективность усилий здравоохранения регионального и муниципального уровней, направленных на снижение смертности и адекватность выбора приоритетов.

Разработанная и внедренная система контроля качества медицинских свидетельств о смерти позволяет повысить достоверность статистической информации о смертности и таким образом в целом повысить уровень государственной статистики.

Разработанные методологические подходы могут быть применены в практике медико-социальных исследований в других регионах страны.

Мирошникова Юлия Вячеславовна

ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ПОТЕРИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ДИАБЕТЕ

Специальность: 14.00.33 — Общественное здоровье и здравоохранение

Ученый совет: Д 208.110.01, ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Диссертация на соискание ученой степени: кандидата медицинских наук



Размещено на сайте: <http://www.mednet.ru/board/skliar.doc>

Дата и место защиты: г. Москва, 2008



Цель исследования: изучение возможности снижения потерь продолжительности и качества жизни больных диабетом путем улучшения практики охраны здоровья.

Научная новизна исследования

- Впервые установлено, что резервы предотвратимых потерь здоровья населения Свердловской области связаны со снижением смертности среди молодых групп населения за счет улучшения выявления и лечения диабета у детей и сельских жителей.
- Научно доказаны и определены с использованием аналитических возможностей Регистра больных сахарным диабетом группы риска преждевременной смертности, что позволяет разработать программы лечения и реабилитации, специфичные для этих групп. Вместе с тем показано, что эти аналитические возможности практически не используются, что доказано различием возраста установления диагноза и возраста выявления осложнений среди умерших и живущих больных.
- На примере заболевания сахарным диабетом впервые разработаны методические подходы к комплексной оценке предотвратимых потерь здоровья, включающие разработку критериев (возраст установления диагноза, число осложнений и возраст их выявления), определение источников необходимой информации (база данных об умерших и живущих больных в структуре Регистра больных сахарным диабетом, а также социологический опрос врачей-эндокринологов, больных диабетом и пациентов поликлиники, не страдающих диабетом), определение системы территориальных индикаторов (балльное шкалирование заболеваемости, инвалидности и смертности с учетом возраста и места жительства больных).

Научно-практическая значимость исследования

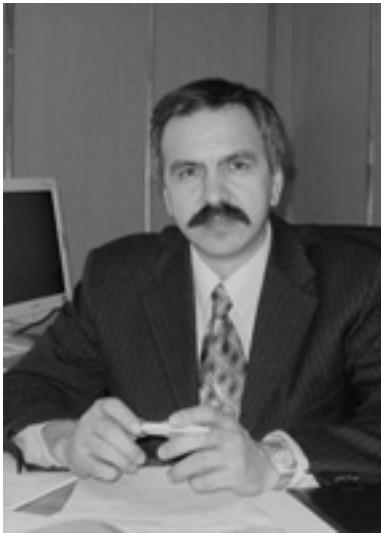
Показано, что на основе государственной статистической информации возможно выявить неблагополучие эпидемиологической обстановки в отношении сахарного диабета: низкая доступность медицинской помощи, слабость проведения вторичной профилактики заболеваемости среди населения, низкое качество оказания медицинской помощи больным сахарным диабетом. Для динамической оценки эффективности решения выявленных проблем необходимо использовать информацию, содержащуюся в Регистре больных сахарным диабетом.

Анализ существующих форм третичной профилактики, включая школы больных диабетом и соблюдение диеты, показал их низкую эффективность как с точки зрения экспертов — врачей-эндокринологов, так и с точки зрения больных, что связано с низким уровнем образования и доходов основной массы больных, с одной стороны, и низким уровнем знаний специфики оказания медицинской помощи больным диабетом у врачей первичного звена здравоохранения, с другой.

Выявлена необходимость дополнительного развития Регистра больных сахарным диабетом для возможности оперативной оценки предотвратимых потерь здоровья. Внесены конкретные предложения по организации базы данных и по обеспечению完整性 ее заполнения.

Результаты данной работы могут быть использованы как информационно-методическое обеспечение типовых региональных программ, нацеленных на координацию комплекса мер по снижению ущерба от диабета.





НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О РАЗМЕЩЕНИИ ЗАКАЗОВ

**КОНСУЛЬТАНТ —
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА,
д.Э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**



ОТ РЕДАКЦИИ:

Вступил в действие Федеральный закон от 30 декабря 2008 года № 308-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Ниже приводятся краткие комментарии по наиболее важным изменениям, внесенным в Федеральный закон от 21 июля 2005 года № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

Советуем нашим читателям более детально ознакомиться с указанными законами. В свою очередь мы регулярно будем информировать наших читателей о происходящих изменениях законодательства в данной сфере.

Шеф-редактор журнала Н.Г. Куракова

Возможность снижения цены контракта

Часть 4.1 статьи 9 дополнена предложением следующего содержания: «Цена государственного или муниципального контракта может быть снижена по соглашению сторон без изменения предусмотренных контрактом количества товаров, объема работ, услуг и иных условий исполнения государственного или муниципального контракта».

Указания на товарные знаки

Ранее в соответствии с частью 3 статьи 22 конкурсная документация не должна была

содержать указание на товарные знаки, знаки обслуживания, фирменные наименования, патенты, полезные модели, промышленные образцы, наименование места происхождения товара или наименование производителя, а также требования к товару, его производителю, информации, работам, услугам, если такие требования влекут за собой ограничение количества участников размещения заказа.

Теперь часть 3 дополнена предложениями следующего содержания: «Конкурсная документация может содержать указание на товарные знаки в случае, если при выполне-

ний работ, оказании услуг предполагается использовать товары, поставка которых не является предметом контракта.

В случае, если в конкурсной документации содержится указание на товарные знаки в отношении товаров, происходящих из иностранного государства или группы иностранных государств, в конкурсной документации также должно содержаться указание на товарный знак в отношении товара российского происхождения (при наличии информации о товаре российского происхождения, являющемся эквивалентом товара, происходящего из иностранного государства или группы иностранных государств). При указании в конкурсной документации на товарные знаки они должны сопровождаться словами «или эквивалент», за исключением случаев несовместимости товаров, на которых размещаются другие товарные знаки, и необходимости обеспечения взаимодействия таких товаров с товарами, используемыми заказчиком. Эквивалентность товаров определяется в соответствии с требованиями и показателями, устанавливаемыми в соответствии с частью 2 настоящей статьи».

В соответствии с частью 3 статьи 34 «Документация об аукционе может содержать указание на товарные знаки. В случае, если в документации об аукционе содержит указание на товарные знаки в отношении товаров, происходящих из иностранного государства или группы иностранных государств, в документации об аукционе также должно содержаться указание на товарный знак в отношении товара российского происхождения (при наличии информации о товаре российского происхождения, являющемся эквивалентом товара, происходящего из иностранного государства или группы иностранных государств). При указании в документации об аукционе на товарные знаки они должны сопровождаться словами «или эквивалент», за исключением случаев несовместимости товаров, на которых размещаются другие товарные знаки, и необхо-

димости обеспечения взаимодействия таких товаров с товарами, используемыми заказчиком. Эквивалентность товаров определяется в соответствии с требованиями и показателями, устанавливаемыми в соответствии с частью 2 настоящей статьи».

Оценка и сопоставление заявок на участие в конкурсе

Статья 28 дополнена частью 4.1 следующего содержания:

4.1. Конкурсная комиссия при оценке и сопоставлении заявок на участие в конкурсе в соответствии с критерием, предусмотренным пунктом 1.1 части 4 настоящей статьи, вправе оценивать деловую репутацию участника конкурса, наличие у участника конкурса опыта выполнения работ, оказания услуг, наличие у него производственных мощностей, технологического оборудования, трудовых, финансовых ресурсов и иные показатели, необходимые для выполнения работ, оказания услуг, являющихся предметом контракта, в том числе квалификацию работников участника конкурса, в случае, если это установлено содержанием в конкурсной документации порядком оценки и сопоставления заявок на участие в конкурсе».

Документация об аукционе

Пункт 4.1 статьи 34 изложен в следующей редакции:

4.1 начальная (максимальная) цена контракта (цена лота); общая начальная (максимальная) цена запасных частей к технике, к оборудованию (с указанием начальной (максимальной) цены каждой запасной части) и начальная (максимальная) цена единицы услуги и (или) работы по техническому обслуживанию и (или) ремонту техники, оборудования, в том числе по замене указанных запасных частей в случае, если при проведении аукциона на право заключить государственный или муниципальный контракт на выполнение технического обслуживания и (или) на ремонт техники, оборудования





заказчик, уполномоченный орган не могут определить необходимое количество запасных частей к технике, к оборудованию и необходимый объем услуг и (или) работ; начальная (максимальная) цена единицы услуги в случае, если при проведении аукциона на право заключить государственный или муниципальный контракт на оказание услуг связи, юридических услуг заказчик, уполномоченный орган не могут определить необходимый объем таких услуг».

Электронный аукцион

Статья 41 принята в новой редакции. Изменилось и ее название. Теперь она называется «Размещение заказа путем проведения открытого аукциона в электронной форме». Ввиду объемности статьи мы ее не приводим. Рекомендуем обратиться к тексту закона.

Запрос котировок

Часть 2 статьи 45 изложена в следующей редакции: «**2. Извещение о проведении запроса котировок** должно содержать сведения, предусмотренные статьей 43 настоящего Федерального закона, и быть доступным для ознакомления в течение всего срока подачи котировочных заявок без взимания платы. Извещение о проведении запроса котировок может содержать указание на товарные знаки. В случае, если в извещении о проведении запроса котировок содержится указание на товарные знаки товаров, происходящих из иностранного государства или группы иностранных государств, в этом извещении также должно содержаться указание на товарный знак товара российского происхождения (при наличии информации о товаре российского происхождения, являющемся эквивалентом товару, происходящему из иностранного государства или группы иностранных государств). В случае, если в извещении о проведении запроса котировок содержится указание на товарные знаки, они должны сопровождаться словами «или эквивалент», за исключением случаев несовместимости товаров, на которых разме-

щаются другие товарные знаки, и необходимости обеспечения взаимодействия таких товаров с товарами, используемыми заказчиком. Эквивалентность товаров определяется в соответствии с требованиями и показателями, установленными на основании пункта 4 статьи 43 настоящего Федерального закона. Извещение о проведении запроса котировок не может содержать указание на знаки обслуживания, фирменные наименования, патенты, полезные модели, промышленные образцы, наименования мест происхождения товаров или наименования производителей, а также требования к товарам, их производителям, информации, работам, услугам, если такие требования влекут за собой ограничение количества участников размещения заказа».

Размещение заказа у единственного поставщика

Пункт 2 части 2 статьи 55 дополнен возможностью размещения заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) в случае, если осуществляется подключение (присоединение) к сетям инженерно-технического обеспечения.

Кроме того, эта статья дополнена пунктами 23–31, устанавливающими возможность размещения заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) в случаях, когда (приводятся не все пункты):

24) осуществляется размещение заказа на оказание услуг по авторскому контролю за разработкой проектной документации объектов капитального строительства, авторскому надзору за строительством, реконструкцией, капитальным ремонтом объектов капитального строительства соответствующими авторами;

26) осуществляется размещение заказа на оказание услуг, связанных с направлением работника в служебную командировку (проезд к месту служебной командировки и обратно, наем жилого помещения, транспортное обслуживание, обеспечение питания);

30) осуществляется размещение заказа на оказание услуг по техническому содержа-

нию, охране и обслуживанию одного или нескольких нежилых помещений, переданных в безвозмездное пользование государственному или муниципальному заказчику, в случае, если данные услуги оказываются другому лицу или лицам, пользующимся нежилыми помещениями, находящимися в здании, в котором расположены помещения, переданные в безвозмездное пользование государственному или муниципальному заказчику.

Требования к комиссиям по размещению заказов

Статья 65 дополнена частью 20 следующего содержания: «С 1 января 2009 года в

состав комиссии по размещению заказов должно включаться не менее чем одно лицо, прошедшее профессиональную переподготовку или повышение квалификации в сфере размещения заказов для государственных или муниципальных нужд, а с 1 января 2010 года должны включаться не менее чем два таких лица, прошедших профессиональную переподготовку или повышение квалификации в сфере размещения заказов для государственных или муниципальных нужд по образовательной программе, утвержденной в соответствии с законодательством Российской Федерации в области образования».

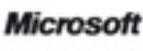




5-й Международный форум **MedSoft-2009**

Выставка и конференция «Медицинские информационные технологии»

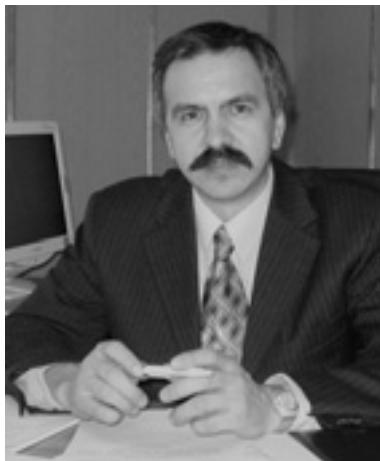
15-17 апреля 2009 г. Москва, Центральный дом предпринимателя

<p>ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Компьютерные системы для исследований и диагностики (функциональная и лучевая диагностика, лабораторные исследования и др.) • Системы компьютеризации массовых обследований и профилактики • Компьютерные системы в фармацевтике • Компьютерные системы в стоматологии • Системы управления деятельностью медицинских учреждений и органов управления здравоохранением. Региональные системы • Компьютерные системы медицинского страхования • Телемедицинские системы • Медицинский Интернет • Обучающие системы. Электронные атласы. Мультимедийные средства • Интеллектуальные медицинские системы • Электронные истории болезни и амбулаторные карты • Системы для научных исследований • Системы обработки изображений и многое другое 	<p>Генеральный спонсор Титульный спонсор</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div> <p>Официальные спонсоры</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">    </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;">   </div> <p>ВХОД НА ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ, УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ДЕЛОВОЙ ПРОГРАММЫ БЕСПЛАТНОЕ</p>
--	--

Адрес: Центральный дом предпринимателя, ул. Покровка, 47/24

Проезд: ст. м. «Красные ворота», «Курская». Информация по тел.: (499) 200-10-62

Программа конференции и список участников выставки опубликованы на сайте: www.armit.ru



ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЮТ:
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА,
Д.Э.Н. Ф.Н. КАДЫРОВ**



**ВЕДУЩИЙ СПЕЦИАЛИСТ
КОМИТЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
О.Г. КОГАН, г. Санкт-Петербург**

Подлежат ли обложению налогом на доходы физических лиц суммы страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию за счет платных услуг за сотрудников учреждения?

Пункт 3 ст. 213 Налогового кодекса РФ устанавливает, что при определении налоговой базы учитываются суммы страховых взносов, если указанные суммы вносятся за физических лиц из средств работодателей либо из средств организаций или индивидуальных предпринимателей, не являющихся работодателями в отношении тех физических лиц, за которых они вносят страховые взносы, за исключением случаев, когда страхование физических лиц производится по договорам обязательного страхования, договорам добровольного личного страхования или договорам добровольного пенсионного страхования. Поэтому налогом на доходы физических лиц эти взносы не облагаются.

Нужно ли аренду помещений больницы предоставлять арендаторам только на конкурсной основе в соответствии с Федеральным законом № 94-ФЗ?

В соответствии с письмом от 2 октября 2007 г. № 14902-АП/Д04 «О разъяснении норм Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ применительно к отношениям, связанным с арендой имущества» отношения, связанные с арендой недвижимого имущества, не являются предметом регулирования Закона; государственные и муниципаль-



ные заказчики не обязаны применять предусмотренные Законом процедуры размещения заказов при заключении договоров на аренду недвижимого имущества.



Существует ли требование о том, чтобы при оказании платных услуг обязательно оговаривалось в договорах с пациентами, что им будут применяться в процессе лечения более качественные (более дорогие) лекарства, чем для бюджетных пациентов?

В соответствии с 2.6. Инструкции о порядке назначения лекарственных средств (Приложение № 12 к Приказу Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания») в случаях стационарного обследования и лечения граждан на основании договора добровольного медицинского страхования и/или договора на оказание платных медицинских услуг им могут быть назначены лекарственные препараты, не входящие в стандарты медицинской помощи, а также в территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, если это оговорено условиями договора.

Следует учесть, что стандарт оказания медицинской помощи включает объем лекарственной терапии, достаточный для оказания качественной медицинской помощи. Кроме того, в стандартах и территориальных перечнях жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств указываются международные, а не торговые наименования лекарственных средств, поэтому применение более дорогих аналогов поименованных в стандарте (перечне) лекарственных средств не является основанием предоставления их за плату.

В соответствии с п. 2.5 вышеуказанной Инструкции, назначение стационарным больным лекарственных средств, зарегистрированных в установленном порядке в Российской Федерации и разрешенных к медицинскому применению, но не входящих в стандарты медицинской помощи и территориальный перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, производится только по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах больного и журнале врачебной комиссии.

То есть, если у пациента есть жизненные показания к применению не входящих в стандарты (перечни) лекарственных средств (в случаях нетипичного течения болезни, при наличии осложнений основного заболевания и/или сочетанных заболеваний, при назначении опасных комбинаций лекарственных средств, а также при индивидуальной непереносимости) эти средства назначаются по решению врачебной комиссии и должны быть предоставлены бесплатно.

Если жизненных показаний к применению не входящих в стандарты (перечни) лекарственных средств у пациента нет, а желание получить за плату медицинские услуги с применением этих лекарственных средств есть, данное условие следует указать в договоре.



Правда ли, фраза «Прейскурант цен» является некорректной?

Да, фраза «Прейскурант цен» не совсем корректна, поскольку слово «прейскурант» означает справочник цен на продукцию, товары или услуги (в немецком языке есть слово «preiskurant», во французском — «prixcourant», в английском «price» («цена»). Поэтому фраза «Прейскурант цен» является тавтологией.





МОНИТОРИНГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

ИССЛЕДОВАНИЯ КОМПАНИИ SINOPSIS

Рынок услуг экстракорпорального оплодотворения будет перспективным для инвестирования как минимум в ближайшие 10 лет

По данным Росстата, на начало 2007 г. было зарегистрировано 1,1 млн. семейных пар (15–20%), страдающих бесплодием. Существующие клиники и центры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) могут проводить не более 1000–1500 циклов в год. Если всего 10% всех супружеских пар в РФ, страдающих бесплодием, захотят воспользоваться методом ЭКО (например, по два цикла в год), то потребуется 220 тысяч циклов в год. Чтобы удовлетворить такой спрос, необходимо 200–300 лабораторий ЭКО, в то время как в настоящее время в РФ их чуть более 80.

По данным компании SINOPSIS инвестиции в открытие современной клиники ЭКО, оснащенной новейшим оборудованием и мебелью составят около 22 млн. руб. Клиника должна быть ориентирована на высокие требования к сегменту «элит». Поскольку одним из главных факторов неудовлетворенности медицинскими услугами в государственных медицинских учреждениях, пациенты называют качество и сервис, частная клиника ЭКО должна предусмотреть соответствующие расходы на заработную плату высококвалифицированному персоналу, который обеспечит первоклассное обслуживание. При правильно разработанном бизнес-плане и мощной маркетинговой стратегии затраты на открытие клиники ЭКО окупятся за 24 месяца.

В больницах сокращается число коек для хирургических операций, хотя потребность в хирургических операциях высока

По данным Росстата число хирургических больничных коек на конец 2007 года составило 273,8 тыс., что на 10% меньше по сравнению с 2000 годом. Всего в Российской Федерации, по данным Росстата, выполняется чуть более 14 500 операций в год.

В связи со сложившейся ситуацией государственные медицинские учреждения не в состоянии полностью удовлетворить потребность в хирургических операциях. На рынке платных медицинских услуг появляются частные медицинские центры и частные хирургические отделения.

Эксперты компании SYNOPSIS рассчитали стоимость инвестиций в открытие современного хирургического отделения. На сегодняшний день на открытие хирургического отделения, оснащенного новейшим высокотехнологичным оборудованием необходимо 85 млн. рублей. Срок окупаемости инвестиционного проекта 2 года.

На организацию работы отделения, его лицензирование и ремонт потребуется около 3 месяцев. С целью почасовой сдачи операционных в аренду необходимо грамотно спланировать работу каждой операционной и решить проблему простоя дорогостоящего оборудования.

При аренде операционных на 3 часа для малоинвазивных вмешательств, хирург может прооперировать двух–трех пациентов. На сегодняшний день, стоимость одной операции составляет от \$500 до \$6000. Стоимость малоинвазивного вмешательства может быть дороже. Согласно расчетам аналитиков компании SYNOPSIS, доход от сдачи в аренду операционных для малоинвазивных вмешательств может достигать 67%.



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

О ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОЙ МЕДПОМОЩИ НА 2009 ГОД

Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2008 г. № 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год»

Даны разъяснения по вопросу формирования и экономического обоснования территориальной программы государственных гарантий бесплатной медпомощи на 2009 г.

Предусмотренный программой объем медпомощи, оказываемой государственными и муниципальными учреждениями, должен включать также реализацию национального проекта «Здоровье» и обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами.

Следует принимать в расчет работников организаций с особо опасными условиями труда, а также население ЗАТО, наукоградов, территории с опасными для здоровья человека факторами.

Объемы медпомощи рекомендуется корректировать исходя из возрастно-полового состава населения, уровня и структуры заболеваемости, климато-географических условий, транспортной доступности медицинских организаций.

Территориальные нормативы затрат на единицу объема медпомощи определяются путем умножения федерального норматива по видам медпомощи на районный коэффициент.

Также разъяснено, как определить минимальный объем бюджетных ассигнований на реализацию программы; размер взносов на обязательное медицинское страхование (ОМС) неработающего населения; дефицит финансового обеспечения программы; размер бюджетных ассигнований для финансирования тех расходов учреждений здравоохранения системы ОМС, которые не включены в тариф; потребность в медперсонале и количество коек для оказания бесплатной медпомощи в рамках программы.

ГОСЗАДАНИЕ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ В 2009 ГОДУ: ПОРЯДОК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Постановление Правительства РФ от 31 декабря 2008 г. № 1097 «О финансовом обеспечении за счет ассигнований федерального бюджета государственного задания на оказание в 2009 году высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации»

В 2009 году решено продолжить финансирование госзадания по оказанию гражданам высокотехнологичной медпомощи.

Расходы на выполнение госзадания финансируются федеральным медучреждениям Минздравсоцразвития России (до них доводятся объемы бюджетных ассигнований и лимиты бюджетных обязательств); федеральным медучреждениям, находящимся в ведении иных органов исполнительной власти (ассигнования и лимиты бюджетных обязательств доводятся до органов, а они — до своих учреждений); медицинским организациям субъектов РФ и муниципальных образований (предоставляются субсидии).





Для получения субсидий субъект РФ заключает с Минздравсоцразвития России соглашение, в котором указываются медучреждения, участвующие в выполнении госзадания; объемы госзадания, порядок перечисления субсидии, размер финансовых средств по каждому учреждению; условия возможной корректировки объемов госзадания и размеров его финансового обеспечения.

О полученных средствах и пациентах, которым оказана высокотехнологичная медпомощь, медучреждения отчитываются перед органом власти субъекта РФ. В свою очередь орган власти субъекта РФ отчитывается о выполнении госзадания перед Минздравсоцразвития России.

Оставшиеся средства могут быть использованы в очередном финансовом году на эти же цели. При отсутствии потребности в неиспользованных средствах они возвращаются в федеральный бюджет.

Постановление вступает в силу с 1 января 2009 года.

УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФМБА РОССИИ ПОЛУЧАТ АССИГНОВАНИЯ НА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Постановление Правительства РФ от 24 декабря 2008 г. № 977 «Об утверждении Правил направления в 2008 году бюджетных ассигнований федерального бюджета на финансовое обеспечение проводимой в федеральных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства, дополнительной диспансеризации работающих граждан»

С 28 июля 2008 г. вступили в силу изменения в федеральный бюджет на 2008 г. и на плановый период 2009 и 2010 гг., согласно которым Правительство РФ должно направить ассигнования на дополнительную диспансеризацию работающих граждан в учреждениях здравоохранения ФМБА России.

В связи с этим установлен порядок направления в 2008 г. указанных ассигнований.

Задание на проведение дополнительной диспансеризации формируется ФМБА России.

Ассигнования направляются на оплату труда медработников, участвующих в диспансеризации (кроме участковых терапевтов и врачей общей практики, медсестер перечисленных врачей), и на приобретение расходных материалов.

Для получения ассигнований учреждения здравоохранения должны представлять в ФМБА России ежемесячные отчеты с указанием количества граждан, прошедших диспансеризацию.

Постановление вступает в силу с даты его официального опубликования и распространяется на правоотношения, возникшие с 28 июля 2008 г.

УПОРЯДОЧЕНА НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ ОТДЕЛЬНЫМ ГРАЖДАНАМ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2008 г. № 787 «Об отмене Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 ноября 2008 г. № 655н «О внесении изменений в Перечень организаций, оказывающих в 2008 году санаторно-курортные услуги застрахованным лицам, пострадавшим вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2008 г. № 32н»

В связи с завершением мероприятий по оказанию в 2008 году санаторно-курортных услуг застрахованным лицам, пострадавшим вследствие несчастных случаев на производстве и



профзаболеваний, отменяются изменения, внесенные в Перечень организаций, оказывавших эти услуги в указанный период.

Изменения утверждались Приказом Минздравсоцразвития России от 20 ноября 2008 года № 655н.

КАК РОССИЙСКИЕ ГРАЖДАНЕ НАПРАВЛЯЮТСЯ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА В 2008-2010 ГОДАХ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 ноября 2008 г. № 648н «О порядке направления в 2008–2010 годах граждан Российской Федерации на лечение за пределами территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 декабря 2008 г., регистрационный № 12 963.

Определен порядок направления в 2008–2010 годах российских граждан на лечение за пределами территории РФ за счет средств федерального бюджета.

На лечение за рубеж российские граждане направляются по решению Минздравсоцразвития России в случае невозможности осуществления диагностики или лечения в РФ.

Указанное решение принимается на основании письменного обращения (заявления) больного или его законного представителя о необходимости такого лечения. Приведены сведения, которые обязательно указываются в обращении (заявлении), а также перечень прилагаемых к нему документов.

В течение 3 рабочих дней заявление регистрируется, а данные о больном заносятся в лист ожидания. В течение 5 рабочих дней со дня регистрации заявления копии предоставленных документов направляются в Росздравнадзор для подготовки информации о применении (неприменении) на территории РФ методов диагностики и лечения, рекомендованных больному, а также в профильное федеральное учреждение здравоохранения для подготовки заключения о целесообразности (нецелесообразности) направления больного на лечение за границей.

В случае подтверждения необходимости лечения за границей собирается специальная комиссия Минздравсоцразвития России, которая определяет иностранную медицинскую организацию с учетом медицинских показаний и показателей эффективности необходимого лечения, а также рассматривает вопрос о необходимости сопровождения больного. В исключительных случаях, когда медицинское вмешательство неотложно, решение принимается без получения предварительных заключений.

ЧТО ИЗМЕНЯТСЯ В ПРАВИЛАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА РУКОВОДИТЕЛЕЙ НАУЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 декабря 2008 г. № 741н «О внесении изменения в Примерное положение об оплате труда работников федеральных бюджетных научных учреждений, имеющих в составе клинические подразделения, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденное Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 августа 2008 г. № 463н»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 января 2009 г., регистрационный № 13 061.

Скорректированы условия оплаты труда руководителей федеральных бюджетных научных учреждений, имеющих в составе клинические подразделения, подведомственных Минздравсоцразвития России.





Так, исключается положение о том, что в случае участия руководителя в выполнении научно-исследовательских работ по государственным контрактам или иным гражданско-правовым договорам, оплата труда определяется учреждением самостоятельно.

КАКАЯ ЧАСТЬ ПРИБЫЛИ ПРЕДПРИЯТИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ ПОЙДЕТ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ – БУДЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ НОВАЯ КОМИССИЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 декабря 2008 г. № 691 «О Комиссии Минздравсоцразвития России по рассмотрению результатов и экономическому анализу эффективности деятельности федеральных государственных унитарных предприятий, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России»

Создана Комиссия по рассмотрению результатов и экономическому анализу эффективности деятельности федеральных государственных унитарных предприятий, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России. Определены цели, функции, состав и порядок работы Комиссии.

Так, Комиссия будет рассматривать проекты программ деятельности предприятий, обоснования планируемых мероприятий и затрат на них; рассматривать отчеты о деятельности предприятий за год; готовить проект решения об определении части прибыли предприятий за предыдущий год, подлежащей перечислению в федеральный бюджет в текущем году. Кроме того, Комиссия сможет готовить предложения по повышению эффективности деятельности предприятий и по установлению уровня их рентабельности, а также вносить предложения о реорганизации, ликвидации или приватизации предприятий.

РАЗМЕЩЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАКАЗОВ: ПЛАНИРУЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Досье на проект Федерального закона № 122-724-5 «О внесении изменений в Федеральный закон «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» и отдельные законодательные акты Российской Федерации (в части уточнения отдельных положений порядка размещения заказов) (внесен депутатом Государственной Думы М.Л. Шаккумом, членом Совета Федерации С.Ю. Орловой)

Государственной Думой РФ 26 декабря 2008 г. принят закон, направленный на совершенствование процедуры размещения государственных и муниципальных заказов.

Предусмотрена возможность участия в размещении заказов через представителей. Предлагается установить, что цену государственного или муниципального контракта нельзя снизить по соглашению сторон без изменения количества товаров, объема работ, услуг и иных условий контракта.

Согласно закону, при размещении заказа у субъектов малого предпринимательства начальная (максимальная) цена контракта (лота) не должна превышать размер, установленный Правительством РФ. В настоящее время начальная цена контракта (лота) на поставку товара, выполнение работ указанными субъектами не может превышать 3 млн. руб., а на оказание услуг — 2 млн. руб.

Скорее всего, в ряде случаев указание на товарные знаки можно будет включить в конкурсную документацию, в извещение о проведении запроса котировок (сейчас это запрещено).

Предлагается детализировать порядок проведения электронного аукциона, что обеспечит скорейший переход к размещению заказов через Интернет.



Планируется расширить перечень случаев, когда заказ размещается у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика). Возможно, такой способ размещения заказа будет использоваться также при заказе учреждениями культуры произведений у конкретных авторов; направлении работника в командировку; управлении многоквартирным домом; поставке спортивного инвентаря и т.д.

Предусмотрено, что в течение 2009 г. может быть снижена цена госконтракта на строительство, реконструкцию, капитальный ремонт объектов капитального строительства, заключенного до 1 января 2009 г. Убытки, причиненные подрядчику в результате снижения цены госконтракта, не возместят.

ПОСОБИЕ ПО БЕЗРАБОТИЦЕ УВОЛЕННЫМ ПО СОБСТВЕННОМУ ЖЕЛАНИЮ И СОКРАЩЕННЫМ РАБОТНИКАМ ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ НА РАВНЫХ УСЛОВИЯХ

Федеральный закон от 25 декабря 2008 г. № 287-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации»

С 1 января 2009 годауволившимся по собственному желанию гражданам пособие по безработице выплачивается так же, как сокращенным работникам.

В течение 12 месяцев им выплачивается пособие по безработице, рассчитанное в процентном отношении к средней зарплате, но не выше его максимальной величины (4900 руб. с 1 января 2009 года). Ранее в первые 6 месяцев пособие по безработице выплачивалось в размере его полуторакратной минимальной величины, в следующие 6 месяцев — в размере его минимальной величины.

Работодатели теперь обязаны информировать органы службы занятости не только о сокращении штата, но и о введении режима неполного рабочего времени или о временной приостановке производства.

Правительство РФ уполномочено разрабатывать и реализовывать дополнительные мероприятия по снижению напряженности на рынке труда. Для этого в федеральном бюджете будет создан специальный резерв бюджетных ассигнований.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2009 года.

ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИИ СОЗДАН СОВЕТ ПО ДЕЛАМ ИНВАЛИДОВ

Указ Президента РФ от 17 декабря 2008 г. № 1792 «О Совете при Президенте Российской Федерации по делам инвалидов»

При Президенте РФ образован Совет по делам инвалидов. Утверждено Положение о нем.

Совет будет готовить предложения по формированию и проведению государственной политики в отношении инвалидов, а также по совершенствованию законодательства в сфере обеспечения прав и социальной поддержки инвалидов.

В состав Совета входят председатель Совета (руководитель Администрации Президента РФ), его заместитель, секретарь и члены Совета, которые участвуют в его работе на общественных началах. Совет может создавать рабочие группы (комиссии) для проведения аналитических и экспертных работ.

Заседания Совета планируется проводить не реже одного раза в шесть месяцев. Решения Совета будут направляться Президенту РФ, в Правительство РФ, Совет Федерации, Государственную Думу и в органы государственной власти субъектов РФ. Для реализации решений Совета могут издаваться указы, распоряжения и даваться поручения Президента РФ.

Указ вступает в силу со дня его подписания.





КАК ПРОВОДИТСЯ ОТБОР БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ИХ В САНАТОРИИ НА ДОЛЕЧИВАНИЕ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 ноября 2008 г. № 659н «О внесении изменений в приказ Минздравсоцразвития России от 27 января 2006 г. № 44 «О долечивании (реабилитации) больных в условиях санатория»

Больные после операций ортопедических, травматологических при дефектах и пороках развития позвоночника, пластике суставов, эндопротезировании и реэндопротезировании, реплантации конечностей могут направляться на долечивание (реабилитацию) в специализированные санатории (отделения). Путевки в санатории таким больным предоставляются за счет средств обязательного социального страхования.

Разработаны рекомендации по медицинскому отбору указанных больных для направления их на долечивание в санатории. Отбор производится врачебной комиссией соответствующего лечебно-профилактического учреждения. На долечивание больные направляются не ранее, чем через 10–14 дней после операции, в удовлетворительном состоянии при отсутствии послеоперационных осложнений, не нуждающиеся в перевязках и постоянном постороннем уходе, способные к самостоятельному передвижению и самообслуживанию.

Приведены противопоказания для направления больных на долечивание.

СУБСИДИЯМИ РЕГИОНАМ НА ОСНАЩЕНИЕ ГОСНАРКОДИСПАНСЕРОВ ТЕПЕРЬ ВЕДАЕТ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Постановление Правительства РФ от 23 декабря 2008 г. № 973 «О внесении изменений в Правила предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях финансового обеспечения мероприятий по оснащению государственных наркологических диспансеров необходимым лабораторным оборудованием для обнаружения наркотиков в организме человека»

Вносимые изменения обусловлены прошедшим реформированием системы федеральных органов власти.

Бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета предоставляются субсидии на оснащение государственных наркологических диспансеров необходимым лабораторным оборудованием для обнаружения наркотиков в организме человека.

Минздравсоцразвития России передаются функции упраздненного Росздрава по распределению, перечислению и контролю за использованием указанных субсидий.

УВЕЛИЧЕН ОБЪЕМ СУБВЕНЦИЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ ТФОМС НА ОКАЗАНИЕ ЛЬГОТНИКАМ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Постановление Правительства РФ от 15 декабря 2008 г. № 952 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2007 г. № 873»

В 2008 году из бюджета ФФОМС выделяются субвенции бюджетам ТФОМС на финансирование оказания гражданам дополнительной бесплатной медицинской помощи: обеспечение необходимыми лекарствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов. Затем эти субвенции направляются в форме межбюджетных трансфертов в бюджеты субъектов РФ для дальнейшего расходования на указанные цели.



Внесены изменения в распределение субвенций между бюджетами ТФОМС (в том числе Байконурского ТФОМС). Общий объем субвенций увеличился до 30 857, 2 млн. руб. (ранее – 30 185,3 млн. руб.)

Постановление применяется к правоотношениям, возникшим с 1 октября 2008 года.

БЮДЖЕТНОЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО: КАКИЕ ГРЯДУТ ПЕРЕМЕНЫ?

Досье на проект Федерального закона № 140018-5 «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и Федеральный закон «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части регулирования бюджетного процесса и приведении в соответствие с бюджетным законодательством Российской Федерации отдельных законодательных актов Российской Федерации» (об уточнении норм Бюджетного кодекса Российской Федерации в целях реализации мер по поддержке финансового рынка и отраслей экономики Российской Федерации) (внесен Правительством РФ)

24 декабря 2008 года Государственной Думой ФС РФ принят закон, уточняющий некоторые нормы бюджетного законодательства в целях поддержки финансового рынка и экономики РФ.

С 60 до 100% предлагается увеличить долю акцизов на автомобильный и прямогонный бензин, дизельное топливо, моторные масла для дизельных и карбюраторных двигателей, зачисляемую в бюджеты субъектов РФ.

Предусматривается создание Резервного фонда субъекта РФ. Сюда будет помещаться часть средств бюджета субъекта РФ, которая будет «добавляться» для исполнения его расходных обязательств, если доходов бюджета будет недостаточно.

Предлагается урегулировать порядок установления расходных обязательств муниципального образования, связанных с реализацией органами местного самоуправления муниципальных районов части полномочий органов местного самоуправления поселений по решению вопросов местного значения и наоборот.

За счет региональных и местных бюджетов смогут предоставляться субсидии иным некоммерческим организациям, не являющимся автономными и бюджетными учреждениями.

Предлагается увеличить сметную стоимость объектов капитального строительства собственности РФ, решение по бюджетным инвестициям в которые смогут принимать главные распорядители бюджетных средств (с 600 млн. руб. до 1,5 млрд. руб.).

Кроме того, может появиться возможность доверительного управления средствами Фонда национального благосостояния. Отдельные полномочия по управлению Фондом могут передаваться специализированным финансовым организациям, а сами организации могут выступать в качестве доверительных управляющих.



ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»

Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)

Интернет: www.garant.ru



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

международный медицинский ФОРУМ

Международная специализированная выставка
оборудования, современных технологий комплексной
реабилитации и восстановительной медицины

ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ

- Восстановительная терапия и реабилитация
- Восстановительное лечение
- Ортопедия
- Медицинский транспорт
- Вспомогательные средства реабилитации
- Специальные тренажеры
- Протезирование
- Методы коррекции зрения и слуха, Логопедия
- Фармакология
- Медицинские учреждения
- Проектирование и строительство медицинских учреждений
- Оборудование для медицинских учреждений и инструменты
- Санаторно-курортная медицина
- Стоматология
- Специальная литература

www.med-expo.ru



REHATECH
REHAMED
MEDproject

2009 – год равных возможностей

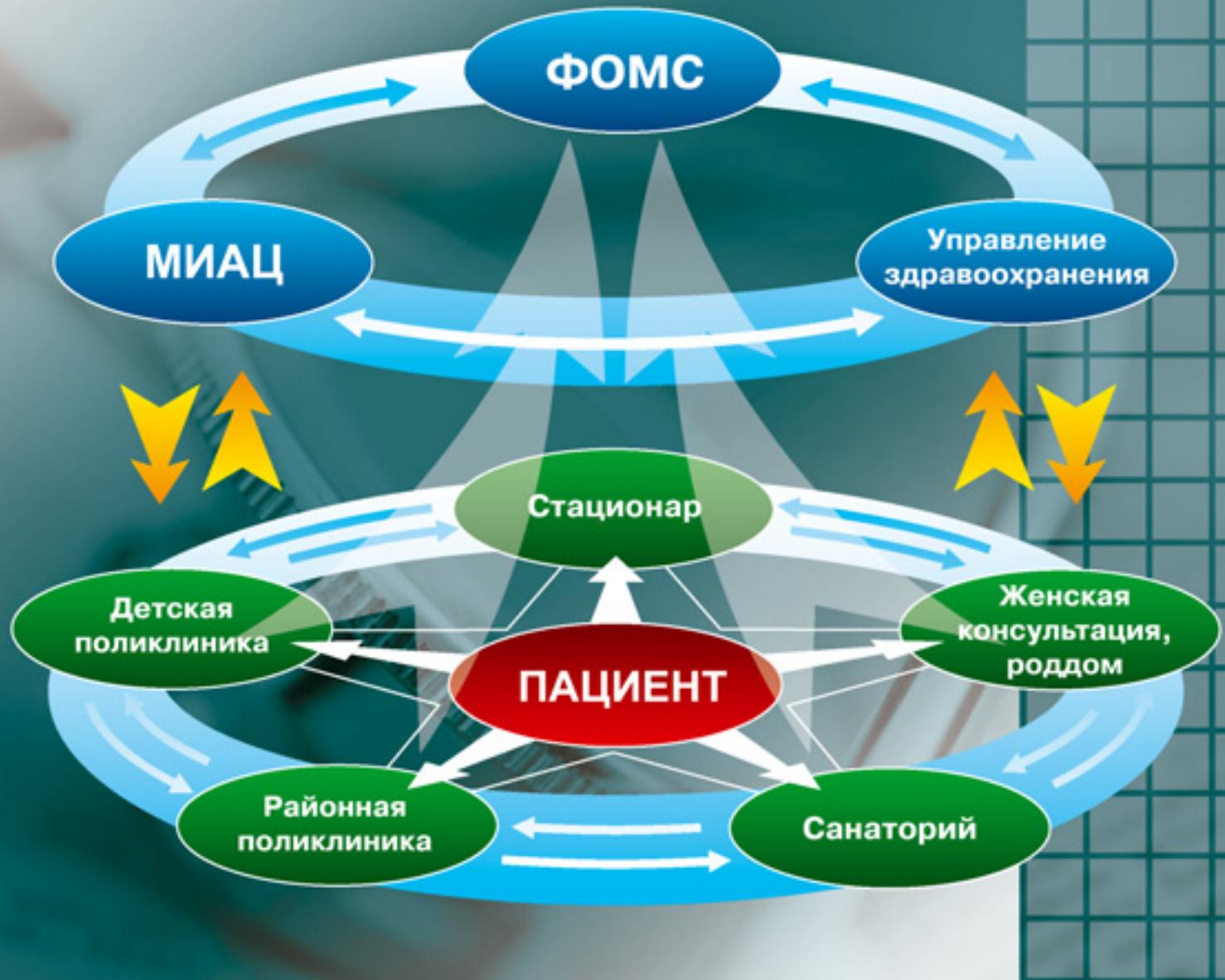
5 – 8 апреля

Россия, Москва, КВЦ «Сокольники»



КОМПЛЕКСНАЯ АВТОМАТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Полный пакет программного обеспечения и высокопрофессиональных услуг нашей компании позволяют осуществлять комплексные проекты автоматизации медицинских учреждений – от отдельных ЛПУ до создания региональных медицинских информационных систем



ООО «Комплексные медицинские информационные системы»

Адрес: 185030, г. Петрозаводск, ул. Лизы Чайкиной 23-Б,

Тел./факс: +7 (814 2) 67-20-12

<http://www.kmis.ru/>

e-mail: info@kmis.ru



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ» (ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА)

КАФЕДРА УПРАВЛЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФУВ ГОУ ВПО РГМУ

(заведующий кафедрой — академик РАМН, профессор Стародубов В.И.)

проводит сертификационные курсы усовершенствования и профессиональную переподготовку по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

В программе: актуальные вопросы управления, экономики здравоохранения, обязательного и добровольного страхования, качества медицинской помощи, лицензирования и аккредитации медицинской деятельности.

Сроки проведения обучения

Сертификационные курсы: 26.01.09 – 20.02.09
23.02.09 – 20.03.09
30.03.09 – 24.04.09
18.05.09 – 12.06.09
07.09.09 – 02.10.09
02.11.09 – 27.11.09

Профессиональная переподготовка: 16.02.09 – 05.06.09
14.09.09 – 25.12.09

Курсы усовершенствования проводятся бесплатно для работников органов управления, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения РФ.

Возможно платное обучение на договорной основе для работающих в ведомственных и коммерческих структурах. Общежитие предоставляется.

117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1

Предварительные заявки на обучение по следующим телефонам:

тел./факс: 434-17-56 – Зарубина Анна Витальевна,
Морозова Елена Владимировна

Эл. почта: kafedra-rgmu@mail.ru