

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1. 2012



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Продолжается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2012 год



В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **400 руб.**
- на полугодие — **2400 руб.**
- **4320 руб. – годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 360 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

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

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»,
Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001
Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва
р/с: 40702810638050105256 к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225
Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2012 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Список альтернативных агентств, принимающих подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»:

ООО «Урал-Пресс XXI»	http://www.ural-press.ru/ , Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89
ООО «ПрессГид»	http://www.pressgid.com/ , Т./ф. (812) 703-47-09
ООО «Артос-ГАЛ»	Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru

Уважаемые читатели!

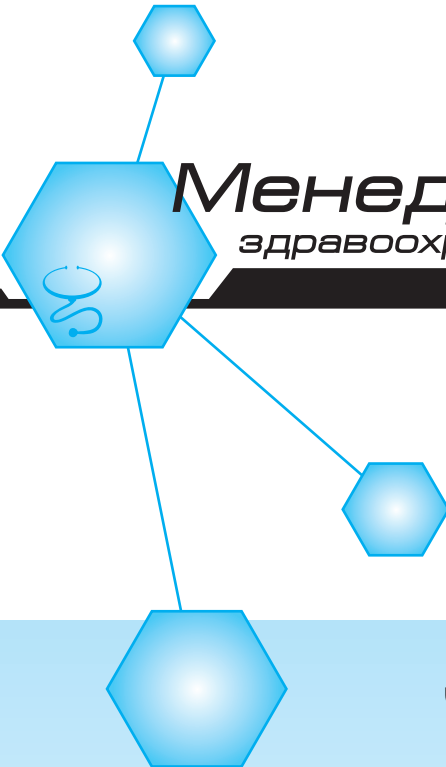
Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

ВНИМАНИЕ !!!

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

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы.

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



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Всё ли у нас в «Порядках»?** Почему в большинстве Порядков не содержится указаний относительно организации выполнения лабораторных исследований
- ✓ **Интернет и сохранение здоровья.** Анализ текущего положения и перспектив применения технологий Интернета в здравоохранении
- ✓ **Внедрение инструментов инновационного маркетинга в хозяйственную деятельность учреждения**
- ✓ **Авторитеты в здравоохранении:** рядовому врачу необходима независимая оценка качества медицинской помощи
- ✓ **Как будут возмещаться затраты частным медицинским организациям, в случае оказания бесплатной медицинской помощи в экстренной форме?**
- ✓ **Особое мнение:** Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сделал угрозу пандемии дефектов медицинской помощи реальной!

Менеджер здравоохранения

№ 1
2012

Главный редактор:

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

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталья Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Редакционная коллегия:

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

В номере:

НОМИНАЦИИ

Подведены итоги и определены победители в номинациях
Издательского дома «Менеджер здравоохранения»

6-7

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

«Проблема редких болезней» — результат и стимул прогресса в биологии и медицине
А.А. Соколов

8-14

О тендерах в системе лекарственного и иного обеспечения учреждений
практического здравоохранения

О.А. Каплунов

15-18

МАРКЕТИНГ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Организационно-правовые условия внедрения инструментов инновационного
маркетинга в деятельность медицинских учреждений

А.С. Ямщиков, Е.И. Маева, О.О. Ардасова

19-27

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Оценка потребности и возможностей использования информационных технологий
персоналом системы здравоохранения

В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, Н.Г. Дзеранова

28-35

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет

В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова

36-48

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Разбалансировка штрафных санкций в системе ОМС

А.А. Старченко

49-51

ОБЩЕСТВЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Библейские истины не для системы ОМС: новое вино — в старые меха!

А.А. Старченко

52-55

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

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Иркутского государственного института усовершенствования врачей

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

**Система архивирования и передачи изображений PACS
(Picture Archiving and Communication System)
в отделении лучевой диагностики в оценке практиков**

56–59

С МЕСТА СОБЫТИЙ

**Особенности поставок медицинских изделий в госбюджетные и
ведомственные медицинские учреждения**

*Материалы Всероссийского Форума
«Поставки медицинского оборудования и изделий
медицинского назначения в ЛПУ. Стратегия 2012»*

60–64

**Правовые новеллы Федерального закона
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**

*Материалы конференции
информационного агентства «ГАРАНТ»*

65–67

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

**Штрафные и иные санкции в системе ОМС
и методы противодействия им**

Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров

70–76

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

77–79

ЮБИЛЕЙ

Олегу Анатольевичу Каплунову — 50 лет

80

**ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ
НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ**

81–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсужде-
нии 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 здравоохра-
нения». Авторы опубликованных материа-
лов несут ответственность за подбор и
точность приведенных фактов, цитат, ста-
тистических данных и прочих сведений, а
также за то, что в материалах не содер-
жится данных, не подлежащих открытой
публикации.

Материалы рецензируются редакционной
коллекцией.

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

За содержание рекламы ответственность
несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

Л.И. Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

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

© ООО Издательский дом «Менеджер
здравоохранения»

Manager

Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

№ 1
2012

Contents:

NOMINEES

There are defined winners in nominees
of Publishing House «Manager of Health Care»

6-7

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

«Problem of rare diseases» — is a result and incentive progress
in the field of biology and medicine

A.A. Sokolov

8-14

Regarding tenders in the system of medicines and other supplies
of Practical Public Health Care Service Agencies

O.A. Kaplunov

15-18

MARKETING IN HEALTH CARE

Organizational and legal conditions of introducing innovative
marketing's tools in the activity of medical institutions

A.S. Yamshikov, E.I. Maeva, O.O. Ardasova

19-27

INFORMATION MANAGEMENT

Evaluation of needs and opportunities of using informational
technologies by personnel of the health care system

V.G. Kudrina, T.V. Andreeva, N.G. Dzeranova

28-35

INTERNATIONAL EXPERIENCE

Overview of health care system reforms in France for the past twenty years

V.A. Solodkiy, V.I. Perhov, R.V. Stebunova

36-48

INTERESTING DOCUMENT

Imbalance of penalties in the system of Mandatory Medical Insurance (MMI)

A.A. Starchenko

49-51

Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus

Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...

PUBLIC EXPERTISE

Bible truth not for MMI (Mandatory Medical Insurance) system: new wine – into old fur!

A.A. Starchenko

52–55

TECHNOLOGICAL MANAGEMENT

System of Back up and transferring PACS images (Picture Archiving and Communication System) to the department of X-ray diagnostics in the assessment of practitioners

56–59

FROM THE SCENE OF EVENTS

Peculiarities of medical products supplies in the state budget and health facilities department organizations

Materials of All-Russian Forum «Supplies of medical equipment and products of medical use in Health Care Facilities. Strategy 2012»

60–64

Legal novels of Federal Law regarding «Basics of health protection of citizens of Russian Federation»

Materials of information agency's convention «GARANT»

65–67

PROFESSIONAL COMMUNITY

68–69

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Penalties and other sanctions in the system of MMI (Mandatory Medical Insurance) and methods of counteracting them

Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov

70–76

QUESTIONS AND ANSWERS

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

77–79

ANNIVERSARY

80

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

81–96

ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕННЫ ПОБЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИЯХ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителем в номинации **«Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2011 года»** признан



Алексей Анатольевич Старченко,

д.м.н., профессор,
президент НП «Национальное
агентство по
безопасности пациентов
и независимой
медицинской экспертизе»,
сопредседатель Комитета
независимой экспертизы
НП «Национальная
медицинская палата»,
член Общественного
совета
по защите прав
пациентов
при Росздравнадзоре



за цикл публикаций:

- Иски пациентов: кто несет ответственность? (соавторы Зинланд А.А., Фуркалюк М.Ю., Рыкова И.В., Гончарова Е.Ю., Комарец С.А., Курило И.Н.)
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 4, С. 50–62)
- Проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «обязательства» или «полномочия»?
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 9, С. 34–46)
- Не все так радужно с исполнением нового законодательства об ОМС
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 9, С. 47–48)
- Индивидуальные платные роды: продолжение дискуссии
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 10, С. 59–65)
- Перечень и последствия неисполнения медицинской организацией принятых обязательств
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 10, С. 72–74)
- Модернизация здравоохранения: проблемы правоприменительной практики
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 11, С. 66–68)



- Будет ли в России рыночное здравоохранение или противоречия нормативной и судебной практики?
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 11, С. 69–71)
- Конфликтология в системе ОМС: прогнозирование моделей
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 12, С. 31–37)

Победителем в номинации **«Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением»** признан



Олег Анатольевич Каплунов,

д.м.н., профессор
кафедры травматологии
и ортопедии ВолгГМУ,
заведующий отделением
ортопедии МУЗ
«Городская клиническая
больница № 3», г.
Волгоград



за статьи:

- О некоторых подходах к модернизации здравоохранения в регионах
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 1, С. 24–28)
- В продолжение дискуссии о путях модернизации здравоохранения и иных моментах его функционирования на современном этапе
(«Менеджер здравоохранения», 2011, № 5, С. 11–14)

Редколлегия журнала поздравляет победителей номинаций, благодарит за содержательные публикации и направляет в их адрес дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2012 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».



А.А. Соколов,

д.м.н., ведущий научный сотрудник Учреждения Российской академии медицинских наук, Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины Северо-Западного отделения РАМН, председатель Совета экспертов Национальной ассоциации организаций больных редкими заболеваниями «Генетика», г. Санкт-Петербург, Россия

«ПРОБЛЕМА РЕДКИХ БОЛЕЗНЕЙ» — РЕЗУЛЬТАТ И СТИМУЛ ПРОГРЕССА В ОБЛАСТИ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

Соколов А.А. «Проблема редких болезней» — результат и стимул прогресса в области биологии и медицины (Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины Северо-Западного отделения РАМН, Национальная ассоциация организаций больных редкими заболеваниями «Генетика», г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация: Показано, что увеличение числа редких болезней является естественным и неизбежным процессом, связанным с увеличением знаний в биологии и медицине и их практическим использованием. Дано определение основных составляющих новой парадигмы медицины — 4П Медицины и ключевых понятий новой модели здравоохранения, связанной с диагностикой и лечением редких болезней. Представлены примеры и первые результаты государственного регулирования в этой области в США и Европейском Союзе. Решение проблемы редких болезней требует изменения идеологии и методологии, серьезной реорганизации систем здравоохранения, систем стимулирования исследований и разработок в медицине и смежных областях.

Ключевые слова: редкие болезни, редкое заболевание, лекарство-сирота, орфанное лекарственное средство, 4П Медицина, болезнь Фабри

Одной из реалий настоящего времени является увеличение объема знаний. В области медицины они удваиваются каждые 6–8 лет. Одним из внешних проявлений этой тенденции являются улучшение диагностических возможностей и увеличение числа болезней.

Устойчивую динамику роста числа заболеваний хорошо видно на примере международной классификации болезней. В МКБ-1 в 1900 г. их было всего 179, в МКБ-6 — 50 лет спустя — 954, в утвержденной в 1993 г. МКБ-10 — уже 1967. МКБ-10 действует дольше всех — 18-й год. Уже заметны ее основные недостатки. Прежде всего это несоответствие числу вновь появившихся заболеваний. В 2015 г. планируется принятие МКБ-11. В составе Комитета по ревизии и обновлению МКБ работает группа по редким болезням, возглавляемая проф. Сеголен Эмме. Ожидается, что количество заболеваний в новой классификации существенно увеличится.

Практические результаты этого процесса наиболее заметны в онкогематологии. За полвека число болезней в этой области выросло почти в 20 раз. Разработка для каждой формы специфического (таргетного) лечения позволила повысить 5-летнюю выживаемость до 70% [1].

Новые заболевания появляются внутри частых (полиэтиологичных и полипатогенетичных). В качестве яркого примера можно привести

© А.А. Соколов, 2012 г.



болезнь Фабри¹. Сужение просвета сосуда и ишемические проблемы в кровоснабжаемом им регионе могут быть вызваны атеросклеротической бляшкой, содержащей в качестве ядра эфиры холестерина, а могут быть связаны с отложением в стенке сосуда гликофинголипидов при болезни Фабри.

Об этом заболевании пока мало кто знает. По данным зарубежных эпидемиологических исследований, оно встречается примерно у 1 из 40–60 000 мужчин [5, 6]. Однако, как оказалось, такая частота свойственна только ярким типичным клиническим формам (классическому фенотипу) заболевания. Исследования последних лет (скрининг новорожденных на болезнь Фабри), проведенные в Италии [5] и на Тайване [6], показали, что частота мутаций и та или иная степень недостаточности фермента, ответственного за расщепление гликофинголипидов, встречаются у 1 из 3100–4600 новорожденных. А это значит, что стертые клинические формы заболевания с самыми различными клиническими проявлениями встречаются гораздо чаще.

Клинические маски болезни Фабри чрезвычайно разнообразны: ангиокератоз, гипогидроз, акропарастезии, сенсорные полинейропатии, периферическая вегетативная недостаточность, аритмии, артериальная гипертензия, миокардиты, гипертрофическая кардиомиопатия, сердечная недостаточность, ранние инфаркты и инсульты, интерстициальные болезни легких, нефропатия, почечная недостаточность, нейросенсорная потеря слуха, характерные нарушения зрения и др. [2–4].

Если в основе данных клинических проявлений лежит дефицит α -галактозидазы, свойствен-

ный болезни Фабри, лечение должно принципиально отличаться от общепринятого [7].

Выявление таких новых болезней зависит от информированности и настороженности врача, а подтверждение диагноза — от возможностей лечебного учреждения.

В последние годы XX века стал ощущаться разрыв между накопленным огромным объемом знаний в области генетики, био- и нанотехнологий и их практическим использованием в медицине. Стала понятна необходимость разработки и внедрения новой идеологии, новых методологических подходов и организационных форм. Результатом явилось появление новой парадигмы² медицины — 4П Медицины [8, 9]. Основные составляющие 4П Медицины: предиктивность, превентивность, персонализированный подход и партисипативность.

Предиктивность (предсказательность) предполагает предсказание особенностей здоровья (заболевания, возможные в будущем, особенности реагирования и др.) конкретного человека до появления первых симптомов заболевания, *превентивность (предупредительность)* — проведение профилактических мероприятий в отношении возможных, предсказанных заболеваний до появления первых симптомов, *персонализированный подход* — выбор лечебных воздействий с учетом индивидуальных (генетических) особенностей конкретного человека, *партисипативность* — активное участие пациента в профилактике возможных заболеваний и их лечении.

Параллельно с возникновением новой парадигмы появилась и стала активно внедряться как в развитых, так и в развивающихся странах новая модель здравоохранения

¹ Болезнь Фабри — наследственное мультисистемное заболевание, обусловленное мутациями в гене X-Gal, кодирующем лизосомный фермент α -галактозидазу. Снижение активности фермента ведет к прогрессирующему накоплению глоботриаозилцерамида (GB-3) и родственных гликофинголипидов в лизосомах клеток эндотелия сосудов, нервных, миокардиальных, всех типов ренальных клеток [2, 3, 4].

² Парадигма (*paradeigma*, греч. — пример, образец) — совокупность убеждений, ценностей, методов, теоретических и методологических положений, принятых обществом на известном этапе его развития и используемых в качестве образца, модели, стандарта, интерпретации, оценки и систематизации данных, для осмысления гипотез и решения возникающих задач.





(Model List for Orphan Medicines). Возникшая в 80-е годы XX века в США, она получает все большее распространение в мире и сосуществует с общепринятой концепцией лечения социально значимых заболеваний с использованием жизненно необходимых лекарственных средств (Model List of Essential Medicines) [10].

Ключевыми понятиями новой модели здравоохранения являются **«редкое заболевание»** (rare disease) и **«лекарство-сирота»** (orphan drug).

Что же такое **редкое заболевание**? Это встречающееся с определенной частотой жизнеугрожающее или хроническое прогрессирующее заболевание, без лечения приводящее к смерти или инвалидизации больного.

Принципы определения порога отнесения заболевания к редким различаются в разных странах. В США и Японии за основу принимается абсолютная частота, что позволяет лучше прогнозировать затраты на лечение больных, в ЕС, Канаде, Австралии — относительная частота. В этом случае ситуация лучше адаптируется к изменению численности населения (например, к расширению ЕС). В США заболевание считается редким, если им страдают менее 200 000 американцев, в Японии — если им страдают менее 50 000 японцев, в Европейском Союзе — если оно встречается реже 5 : 10 000, в Канаде — реже 1 : 2000, в Австралии — реже 1 : 10 000 населения страны.

Также возможен ступенчатый подход: выделение среди редких ультра-редких заболеваний. Такое деление используется в Великобритании. Пациенты с ультра-редкими заболеваниями (встречаемость 1 : 50 000) являются ответственностью центральной власти, а с редкими (встречаемость 5 : 10 000) — регионов. Такой подход позволяет, с одной стороны, находиться в правовом поле ЕС и использовать все преимущества паневропейского сотрудничества и интеграции, а с другой стороны, делает возможным использование более жестких критериев редкости

заболевания. Ответственность распределяется между центром и регионами.

Опыт Великобритании идеально подходит к формирующейся в нашей стране системе здравоохранения, но, к сожалению, пока у нас не используется. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (статья 44, пункт 1) вводит только категорию редкого заболевания: «редкими (орфанными) заболеваниями являются заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 000 населения».

Лекарство-сирота (orphan drug) — это медицинский продукт (*не только лекарственное средство*), предназначенный для диагностики, профилактики и лечения редкого заболевания, который не имеет коммерческих перспектив, но отвечает нуждам общественного здоровья. Компании, работающие в области медицины, при обычных рыночных условиях не заинтересованы в развитии таких продуктов, поскольку они не имеют в перспективе коммерческого успеха по экономическим причинам (прежде всего из-за высокой стоимости разработки и продвижения продукта на рынок и/или из-за низкого спроса на него в силу редкости заболевания).

Правительства разных стран финансируют специальные программы, чтобы выпуск «невыгодных» или «сиротских» продуктов стал привлекательным, и компании, их производящие, не работали себе в убыток. Во многих странах приняты специальные законодательные акты, предоставляющие определенные льготы компаниям-разработчикам, стимулирующие интерес науки и бизнеса к инновационным разработкам в этой области. Стимулами могут быть: исключительные маркетинговые права на срок от 5 до 10 лет; полная или частичная оплата процедур получения официального разрешения для использования лекарства; возможность получения финансовой поддержки из государственных фондов для исследований в области редких болезней; информационная и организацион-





ная поддержка в составлении протоколов клинических испытаний и др.

Наличие таких предпочтений у компаний-разработчиков и производителей «сиротских» продуктов переводит определение критерия редкости заболевания из медицинской в экономическую плоскость. В странах, развивающих собственную фармацевтическую промышленность, порог отнесения заболевания к редким не превышает 1 : 3000 населения.

Пионерами государственного регулирования в области редких болезней были США. В 1982 г. при Агентстве США по лекарствам и продуктам питания (FDA) было создано специальное бюро (Office of Orphan Product Development), занимающееся развитием «редких продуктов». В 1983 г. был принят закон (Orphan Drug Act), регламентирующий статус редкого заболевания, препарата-сироты и утвердивший привилегии для фирм-разработчиков и производителей. Причем это касалось не только фармацевтических и биологических препаратов, но и медицинской техники и диетических продуктов питания. Согласно этому закону, около 1600 известных заболеваний и синдромов были признаны редкими, а 300 лекарств были отнесены к лекарствам-сиротам. В последующем подобные законодательные акты были приняты в других странах: в Сингапуре (1991), Японии (1993), Австралии (1997), Южной Корее, Канаде, на Тайване и, наконец, в Европейском Союзе (1999). Они явились мощным стимулом к развитию медицинской и смежных наук, генетики, биотехнологии. В настоящее время во многих странах лекарственные средства, относящиеся к категории редких, составляют целый сегмент лекарственного рынка со своими правилами производства, регистрации, государственной поддержки, патентной защиты и т.п.

Основополагающими документами в Европейском Союзе были Решение Европейского парламента № 1295/1999/ЕС от 29.04.1999 и Директива Европейского парламента № 141/2000 от 16.12.1999. В них

сформулированы понятия болезней-сирот и сиротских лекарств и определены перспективы в их изучении и лечении. В апреле 2000 г. в Лондоне во исполнение Европейской директивы создан Комитет по продуктам-сиротам (COMP — Committee for Orphan Medical Products), в который входят и представители соответствующих групп пациентов. Данный комитет в срок до 90 дней должен рассмотреть досье на лекарственное средство, а Европейская комиссия в 30-дневный период должна принять решение о его применении на всей территории ЕС. Постановлением Комиссии ЕС № 847/2000 от 27.04.2000 создан Реестр лекарственных средств для лечения редких болезней.

Десятилетие действия данных законодательных актов привело к существенному увеличению числа лекарственных средств и других продуктов для лечения РЗ (в настоящее время доступно 800 продуктов, в том числе 63 авторизованных лекарственных средства), стимулировало развитие небольших и средних фармкомпаний, повысило инновационную и предпринимательскую активность ученых и врачей, существенно упростило выход препаратов на рынок (27 различных административных процедур были заменены одной — централизованной подачей заявки на авторизацию на европейском рынке в Европейское Медицинское Агентство (ЕМА)).

В настоящее время редкие заболевания, наряду с раком, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и ожирением, остаются одним из приоритетных направлений Программы ЕС по общественному здравоохранению на 2007–2013 гг., в рамках которой созданы рабочие группы и специальные комиссии по важнейшим направлениям деятельности. Важной инициативой в ЕС было создание в ноябре 2009 г. Комитета экспертов ЕС по редким заболеваниям. В его состав входит по 1 представителю из каждой из 27 стран ЕС, 4 представителя пациентских организаций, 4 представителя фарминдустрии, 16 представителей проходящих в





настоящее время или завершившихся проектов ЕС в области редких болезней, 1 представитель Европейского центра по профилактике и контролю за заболеваниями.

В последние годы многие страны разрабатывали и приняли собственные национальные планы (программы) по редким болезням. Их основной целью является обеспечение справедливого доступа к диагностике, лечению и предоставлению помощи больным редкими заболеваниями. Одним из ярких примеров является французский национальный проект «Редкие заболевания» на 2005–2008 гг. и его продолжение на 2009–2014 гг. Принятие подобных документов — результат широкого консультационного процесса, в который вовлечены эксперты по редким заболеваниям, специалисты в области здравоохранения, представители организаций пациентов, законодательных и исполнительных органов власти. В настоящее время в рамках общеевропейской референтной сети редких заболеваний создаются центры экспертизы редких болезней.

О масштабах проведенной в Евросоюзе работы говорят данные Orphanet — Европейской базы данных по редким заболеваниям (www.orpha.net). На 1 ноября 2011 г. в ней было зарегистрировано 5954 редких заболевания и состояния (*за 6 месяцев их количество увеличилось на 170*); 5424 лаборатории, в которых возможна их диагностика; 4942 экспертных центра; более 1800 организаций пациентов; 15 019 медицинских специалистов; 527 медицинских субстанций, перспективных к использованию; 370 лекарственных средств, имеющих показания при редких болезнях.

Редкие заболевания есть в каждой области медицины. Примерно 80% из них имеют генетическую природу, остальные случаи относятся к новообразованиям или являются следствием инфекций, аллергических реакций, воздействия вредных факторов окружающей среды.

Парадокс редкости в том, что, хотя «болезни редки, пациенты с редкими заболеваниями многочисленны». Вероятно, такими заболеваниями затронуто 6–8% мировой популяции людей, поэтому «совершенно обычно иметь редкую болезнь». Среди редких болезней встречаются весьма экзотические недуги, вроде синдрома кабуки (в Европе — около 300 случаев), синдрома Паллистера-Киллиана (в Европе — 30 случаев), прогрессирующей костной гетероплазии, болезни Нимана-Пика, болезни Гоше. Но есть и более частые заболевания, такие как муковисцидоз, гемофилия, различные формы рака, миелома, болезнь Альцгеймера, амиотрофический склероз, болезнь Гентингтона и др. Но это не только экзотика. К редким заболеваниям относят также системную красную волчанку, антифосфолипидный синдром, ювенильный ревматоидный артрит, миастению, синдром Гийена-Барре, первичный билиарный цирроз печени, липопропротеиновую гломерулопатию и другие более привычные для слуха болезни.

Редкими болезнями страдали композиторы Людвиг ван Бетховен и Фредерик Шопен, художник де Тулуз-Лотрек, президент США Дж. Кеннеди, сын Николая II царевич Алексей. Многие из людей, имеющих редкие заболевания, талантливы и могут принести большую пользу обществу.

Проблемы большинства пациентов с редкими болезнями схожи и не ограничиваются только их лекарственным обеспечением. Это недоступность правильной диагностики, запаздывание с постановкой диагноза, отсутствие качественной информации, а часто — и научных знаний о заболевании, тяжелые последствия для пациентов с социальной точки зрения, отсутствие соответствующего качественного оказания медицинской помощи, ошибки и трудности в получении лечения и ухода.

Сложность выявления редких заболеваний связана с тем, что большинство из них характеризуются широким спектром расстройств и





симптомов, которые варьируют не только при разных заболеваниях, но и у разных пациентов, страдающих одним и тем же заболеванием. Относительно часто встречающиеся симптомы могут маскировать лежащее в основе редкое заболевание. В этом случае больному, как правило, выставляется диагноз часто встречающегося заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, цирроз печени, хронический гломерулонефрит, нефротический синдром, рассеянный склероз, хронический рецидивирующий увеит, шизофрения и др.). Постановка неправильного диагноза (например, ишемическая болезнь сердца вместо болезни Фабри, рассеянный склероз вместо лейкодиistroфии и т.п.) приводит к назначению неправильного, часто вредного лечения (пример: предположение о наличии у больного с метаболическим заболеванием аутоиммунного заболевания и лечение его с использованием гормональных и цитостатических препаратов).

Поиск редкого заболевания целесообразен у всех больных с «частыми» заболеваниями, когда имеющиеся симптомы не полностью укладываются в клиническую картину, когда клинические проявления возникают в нетипично молодом возрасте, когда не удается подобрать лечение, и заболевание прогрессирует, несмотря на проводимую терапию.

Вовремя поставленный диагноз и своевременно начатое лечение часто позволяют полностью исключить возникновение клинических симптомов заболевания (пример: больные с гепатocereбральной дистрофией, гемохроматозом, болезнью Гоше), и человек остается полноценным членом общества.

Решение проблемы редких болезней не должно ограничиваться только организацией обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами. Необходима отработка модели оказания медицинской помощи пациенту с редкой болезнью.

Понятие о редкости заболевания не должно маскировать важность проблемы, которую представляют редкие заболевания для общественного здоровья. Она касается не только жизни и здоровья конкретного человека, она напрямую связана с развитием рынка инновационных технологий в медицине и смежных областях (генетике, био- и нанотехнологии и др.) и со скоростью внедрения инноваций. Решение проблемы «редких болезней» требует изменения идеологии и методологии, серьезной реорганизации систем здравоохранения, систем стимулирования исследований и разработок в медицине и смежных областях.

Современная медицина — это не только инновационные (как правило, дорогостоящие) медицинские технологии, это инновационные технологии менеджмента, позволяющие минимизировать затраты государства и общества и повысить отдачу от использования новых технологий. Только государство, включив регулирующие механизмы, способно снизить затраты на лечение больных редкими заболеваниями и повысить эффективность вложения средств. Без формирования государственной политики в этой области невозможны преодоление отставания и инновационное развитие отечественной медицины, быстрое и эффективное внедрение в практику современных инновационных технологий, рациональное использование выделяемых ресурсов.

Решение проблемы редких болезней в России будет способствовать:

- реализации государственной политики по охране здоровья граждан;
- внедрению в медицинскую практику эффективных методов профилактики, раннего выявления и диагностики редких заболеваний, лечения и реабилитации больных;
- сокращению уровня смертности и инвалидизации;
- снижению показателей заболеваемости;
- обеспечению адекватного и равноправного доступа к оказанию медицинской помощи всех граждан Российской Федерации.





ЛИТЕРАТУРА

1. Ries L.A.G., Eisner M.P., Kosary C.L. et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2002, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2002/, based on Nov 2004 SEER data submission, posted to the SEER web site 2005.
2. Hoffmann B. Fabry disease: recent advances in pathology, diagnosis, treatment and monitoring//Orphanet J. Rare Dis. — 2009. — Vol. 4. — № 1. — P. 21–29.
3. Благова О.В., Захлязьминская Е.В., Недоступ А.В. и соавт. Случай болезни Фабри у взрослого глазами кардиолога//Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2009. — № 5. — С. 4–8.
4. Eng C.M., Germain D.P., Banikazemi M. et al. Fabry disease: Guidelines for the evaluation and management of multi-organ system involvement//Genet. Med. — 2006. — Vol. 8. — № 9. — P. 539–548.
5. Spada M., Pagliardini S., Yasuda M. et al. High Incidence of Later-Onset Fabry Disease Revealed by Newborn Screening//Am. J. Hum. Genet. — 2006. — Vol. 79. — P. 31–40.
6. Hsiang-Yu Lin, Kah-Wai Chong, Ju-Hui Hsu et al. High Incidence of the Cardiac Variant of Fabry Disease Revealed by Newborn Screening in the Taiwan Chinese Population//Circ. Cardiovasc. Genet. — 2009. — Vol. 2. — P. 450–456.
7. Eng C.M., Guffon N., Wilcox W. et al. Safety and efficacy of recombinant human A-galactosidase A replacement therapy in Fabry's disease//N. Engl. J. Med. — 2001. — Vol. 345. — № 1. — P. 9–16.
8. Hood L. Systems Biology and Medicine: from reactive to predictive, personalized, preventative and participatory medicine/The UK Focus for Biomedical Engineering Annual Lecture and Dinner//The Royal Society of Medicine. — London, 2007.
9. Hood L., Galas D.J. P4 Medicine: Personalized, Predictive, Preventive, Participatory. A Change of View that Changes Everything//www.cra.org/ccc/initiatives.
10. Stolk P., Willemsen M. J.C., Leufkens G.M. «Rare essentials»: drugs for rare diseases as essential medicines//Bulletin of the World Health Organization. — 2006. — Vol. 86. — № 9. — P. 746–751.

UDC 614.2

Sokolov A.A. «The problem of rare diseases» — is a result and incentive progress in the field of biology and medicine (Scientific-research institute of experimental medicine of North-West diseases «Genetics», St.-Petersburg, Russia)

Annotation: It is shown that increase of rare diseases cases — is a natural and unavoidable process, related to increase of knowledge in biology and medicine and its practical use.

There is given a definition of main components of medical new paradigm — 4P Medicine and clue concepts of new health care model, related to diagnostics and treatment of rare diseases. There are presented results of state regulation in this filed in USA and European Union.

Solution of the «rare diseases» problem requires a change in ideology and methodology, serious re-organization of health care system, incentive system of research and developments in medicine and related fields.

Keywords: rare disease, orphan drug, orphan medicines, 4P Medicine, Fabry disease



О.А. Каплунов,

д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии ВолгГМУ, заведующий отделением ортопедии МУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Волгоград, Россия

О ТЕНДЕРАХ В СИСТЕМЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО И ИНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Каплунов О.А. *О тендерах в системе лекарственного и иного обеспечения учреждений практического здравоохранения* («Городская клиническая больница №3», ВолгГМУ, г. Волгоград, Россия)

Аннотация: Статья посвящена оценке и обсуждению особенностей современной системы конкурсных торгов для материального обеспечения работы отечественных стационаров и поликлиник. Выделены слабые, на взгляд автора, звенья ее организации: недостаточность лимитов сумм в градации «внеконкурсная закупка — котировка — аукцион», избыточная длительность сроков проведения электронных торгов, нерациональная комплектация аукционных лотов и некоторые другие. Предложены рациональные пути решения ряда существующих недочетов и противоречий за счет ускорения процедуры торгов, укрупнения лимитов по форматам закупки, упразднения лотов с возвратом к торговым предложениям по фармгруппам, преодоления временного дефицита лекарств и расходников в стационарах вследствие существующих сегодня дефектов администрирования закупок.

Ключевые слова: лечебные учреждения, лекарственное обеспечение, государственные закупки, тендеры, аукционные лоты

Отечественная система здравоохранения (СЗ) уже более 20 лет претерпевает структурно-организационное реформирование. Необходимость этого процесса вполне очевидна. Переход от плановой экономической платформы к рыночной модели потребовал принципиальных изменений функционирования всех звеньев народного хозяйства, и медицина в этом отношении не могла явиться исключением.

Можно по-разному оценивать происходящие в нашей отрасли перемены. Как представляется, стратегически они основаны на канонах организации СЗ передовых европейских стран с теми или иными индивидуально-адаптирующими моментами. Безусловно, значительная их часть заслуживает одобрения своей практической полезностью. В современных условиях трудно представить себе, например, отсутствие механизма страхования здоровья граждан и соответствующей ему системы финансово-правовых отношений пациента, медучреждений и страховых организаций. Возможность выбора пациентом медицинского учреждения для оказания ему

необходимой помощи и выбора врача, снятие ведомственных препон в этом отношении, свободный доступ пациентов к получению медпомощи за рубежом — вот лишь некоторые из реальных позитивных организационных преобразований последних десятилетий.

Однако всякому переходному периоду сопутствуют, как известно, и ошибки, и недочеты, и перегибы. По нашему мнению, одним из таких организационных недочетов, а скорее — перегибов можно считать учрежденную несколько лет назад и набирающую масштабы и глубину систему приобретения медикаментов, расходников и оборудования, а также хозтоваров и иного рода услуг через котировки и аукционы. Институт тендеров в том или ином виде также заимствован из зарубежного более чем полувекового опыта регулирования и управления государственными и коммерческими расходами. В принципе она призвана оптимизировать финансирование какого-либо инвестиционного проекта путем конкурсного определения размера затрат инвестора (покупателя) в зависимости от действующей конъюнктуры цен того сегмента



рынка, в котором планируется сделка. В СЗ цель участия покупателя (как правило, муниципального или государственного медучреждения) в тендере — приобрести интересующий его товар или услугу за наименьшую цену. За счет подобной системы регулирования теоретически сокращаются бюджетные расходы на медицину и, что весьма важно, одновременно преодолеваются коррупционные схемы взаимоотношений администрации медучреждений и поставщиков товаров и услуг.

Практический смысл и необходимость внедрения конкурсных закупок в СЗ стали наиболее очевидны после ряда громких скандалов, связанных с поставкой в некоторые регионы страны дорогостоящего диагностического оборудования, прежде всего МР-томографов. Как известно, в ходе этих преступных закупок управленцы разного ранга от медицины, пользуясь отсутствием всякого контроля, находили недобропорядочных поставщиков импортного оборудования, зачастую бывшего в употреблении, и приобретали его по цене нового, нередко еще и завышенной в сравнении со среднерыночной. При этом маржу от сделки они делили с поставщиком.

Факты вскрытия компетентными органами подобных прецедентов, безусловно, повлияли на активизацию действий МЗ РФ по упорядочению системы госзакупок в здравоохранении. Однако, как это нередко у нас наблюдается, реакция ответственных чиновников, вполне закономерная по сути, оказалась недостаточно доработанной, весьма скоропалительной и избыточной. Попробуем пояснить такую оценку на некоторых конкретных примерах, почерпнутых из практики функционирования муниципальной больницы, в которой автор работает уже более 25 лет.

Как известно, на внеконкурсной основе больница имеет право приобретения товаров и услуг на сумму до 100 тыс. руб. в квартал по тому или иному пулу позиций. Приобретения по каждому из пулов на сумму до 200 тыс. руб. в квартал должны проходить так называемую котировку, то есть конкурс под контро-

лем Комитета муниципального заказа (КМЗ) городской администрации. Закупки и приобретения на большие суммы выставляются на аукцион. При этом, наряду с техническим заданием (или перечнем медикаментов или услуг), больница должна представить в КМЗ усредненную по трем известным ей источникам цену на каждую из позиций интересующей ее закупки. Эти сведения размещаются на специальном сайте муниципального заказа, так называемой торговой площадке, куда желающий участвовать в аукционе поставщик должен представить свою заявку. Срок размещения заявок, их рассмотрения и подготовки аукциона — 45 суток. После проведения аукциона под эгидой специалистов КМЗ еще не менее недели уходит на окончательное согласование и оформление сделки.

Слабые стороны приведенной системы закупок видны невооруженным глазом. При существующих уровне и росте цен на медикаменты и оборудование на фоне инфляционных процессов сумма в 33 тыс. руб. в месяц на пул (!) закупочных позиций настолько мала, что рассуждать о какой-либо минимальной самостоятельности действий администрации больницы в ее материальном обеспечении не приходится. Ведь многие из широко используемых медикаментов (антибиотики, средства дезинтоксикации и т.п.) стоят дороже этой суммы в пересчете даже на одного больного, а в течение квартала таких пациентов может оказаться несколько. При этом уже практически бессмысленно рассматривать возможность самостоятельного приобретения больницей какого-либо оборудования.

Но допустим, что такой подход к обеспечению медучреждений действительно необходим и нельзя надеяться на добропорядочность ни одного из их руководителей. Тогда как быть, например, со сроками проведения аукционов. Ведь вполне понятно, что сотрудникам администрации больницы, отвечающим за ее обеспечение, очень непросто предусмотреть расходы и потребность в каждой из позиций по всем пулам закупок на каждый квартал вперед.





Колебания потребления по позициям подвержены многофакторным рискам, которые практически невозможно предвидеть. По этой причине уже неоднократно возникали ситуации, когда за несколько недель до окончания отчетного квартала запасы того или иного медикамента заканчивались, а потребность в нем сохранялась. Как в подобной ситуации выходить из положения персоналу медучреждения? По действующему законодательству лекарственные средства, входящие в так называемые формуляры больницы, она обязана при необходимости предоставить больному и попытки решить проблему за счет его личных средств подпадают под уголовную ответственность. В то же время отсутствует реальный механизм административного решения подобных противоречий. А ведь они возникают как в отношении медпрепаратов, так и в плане приобретения расходного материала, нередко жизненно важного для пациентов (кардиостимуляторы, сосудистые стенты, шовный материал и т.п.).

Еще один момент, нуждающийся, как представляется, в корректировке, — это структура пулов препаратов для закупок. Перечень закупаемых позиций в каждом из них определен соответствующими директивами МЗ и не подлежит трансформации со стороны администрации больницы. Но при этом в некоторых пулах присутствует нелогичное либо необоснованное сочетание медикаментов и расходников, что резко снижает интерес к ним поставщиков. По некоторым таким непривлекательным позициям поставщики игнорируют аукцион. Это в свою очередь приводит к невозможности приобретения больницами и поликлиниками необходимых в работе средств и повторению ситуации необеспеченности ими пациента, причем при даже наличии у медучреждения финансовой возможности.

Здесь перечислены лишь некоторые, наиболее очевидные, на наш взгляд, недостатки действующей системы управления и оптимизации госзакупок в практическом звене здравоохранения. К числу косвенных организационных сложностей, возникших в связи с ее

внедрением, следует отнести и резко возросшую нагрузку на менеджмент медучреждений, ответственный за ее практическую реализацию. Анализ и мониторинг текущей ситуации по огромной массе закупочных позиций с расчетом их средневзвешенных цен, составление заявок на следующий квартал, регулярные контакты с КМЗ, постоянно меняющимися поставщиками и другие моменты требуют создания специального подразделения сотрудников администрации с обеспечением их новыми софт-продуктами, а следовательно, дополнительного финансирования, источники которого на сегодня не определены. Не решенным по механизму реализации является и скорейшее прекращение отношений с недобропорядочным поставщиком, победившим в конкурсе, но не выполняющим свои обязательства. Требуется дальнейшей доработки вопрос определения победителя аукциона в ситуации, когда «наилучшее» по цене предложение не устраивает покупателя в связи с неполным соответствием его техническому заданию аукционного лота.

Не касаясь теневой части имеющихся в этом вопросе проблем (например, корпоративный сговор поставщиков по тому или иному аукциону, неофициальные торги за отказ от участия в аукционе конкурентов и т.п.), нам не хотелось бы ограничиваться лишь критикой действующей организации госзакупок. Что же представляется целесообразным изменить в ней?

Попытаемся внести предложения в соответствии с последовательностью упомянутых негативных моментов. Начнем с размерности сумм в градации «самостоятельная закупка — котировка — аукцион». Здесь представляется целесообразным повысить стоимостную планку по каждой из форм закупок одномоментно не менее чем в 5 раз (500 тыс. руб. — 1 млн. руб. — свыше 1 млн. руб., соответственно), а в дальнейшем корректировать предельную сумму в соответствии с уровнем инфляции за прошедшие полгода. Необходимым представляется также отменить жесткую





структуру лотов закупок, ограничив их общепринятой градацией фармсредств (антибиотики, боле-жароутоляющие, тромболитики и т.д.), а также представление в КМЗ средневзвешенных цен по позициям лотов. Эти меры, вероятнее всего, позволят администрации медучреждений более гибко и адаптированно удовлетворять потребности своих служб, сократят число случаев преждевременного расходования препаратов и иных ресурсов до конца отчетного периода, тем самым повысив качество и доступность оказываемых медуслуг и одновременно снизив нагрузку на администрирование этой статьи расходов.

Следующей очевидной организационной мерой, призванной оптимизировать рассматриваемый вопрос, является сокращение сроков аукционов, в первую очередь за счет периода ожидания заявок. В этом плане представляется вполне достаточным 5 суток (рабочих дней) объявления лота, поскольку в организациях-поставщиках уже сформированы компетентные структуры, мониторирующие торговые электронные площадки по профилю своей деятельности. В этих структурах сформированы необходимые механизмы реагирования, и, как показывает сложившаяся практика, подавляющая часть предложений по лотам формируется именно в эти сроки. Более того, действенным нововведением в борьбе с упомянутым преждевременным дефицитом тех или иных позиций может явиться разрешение их дополнительной поставки победившим конкурсантом на прошедшем

ранее аукционе при наличии финансов испытывающего дефицит медучреждения. С этой же целью следует, очевидно, разработать и механизм экспресс-аукционов. Достаточно несложно решается и ряд иных существующих проблем и противоречий, в частности, право медиков на отказ в короткие сроки от услуг недобросовестного поставщика и выход в этой связи на внеочередной аукцион либо использование предложения поставщика, следующего за победившим в ранее проведенных конкурсных торгах.

В целом же следует отметить, что внедряемая практика «ужесточения» финансового контроля за госзакупками отнюдь не лучшим образом отразилась на качестве и эффективности этого процесса. При наличии и без того достаточно большого числа контролирующих структур (департаменты здравоохранения, комитеты финансов и контрольно-счетные палаты администрации городского и регионального уровней) обеспечение медучреждений может и должно носить большую самостоятельность под ответственность их администрации. Механический перенос принципов конкурсных торгов в сферу медицинского обеспечения потребностей общества из других отраслей экономики неприемлем. Рациональная по своей сути идея тендеров требует ведомственной адаптации в СЗ, применения более гибких и оперативных схем и механизмов, ибо цена ошибки в этом секторе нашего народного хозяйства — здоровье и нередко жизнь гражданина РФ.

UDC 614.2

Kaplunov O.A. About Tenders in the System of Medicines and Other Supply of the Practical Public Health Care Service Agencies (City Clinical Hospital №3 Traumatology and Orthopedics Department, Volgograd State Medical University)

Abstract. The article deals with the assessment and consideration of the peculiarities of modern system of competitive tendering of hospital and polyclinic provision in our country. The author distinguishes weak points of the current procedures, such as: lack of money in the gradation «non-competitive procurement — quote — auction sale»; excessive duration of electronic tendering; inappropriate equipment of auction lots and some others. Professor O.A.Kaplunov offers efficient solutions to the existing defects and shortages on the account of the acceleration of the tender procedure. For example, limits consolidation for the purchase format; lots abolition and return to the trade proposals from the pharmpgroups; overcoming of the temporary shortages of medicines and hospital dispensaries as a result of the administration procurement disadvantages.

Keywords: russian hospitals, drugs, pharmpgroups, tender procedure, administration of procurement, disadvantages.

**А.С. Ямщиков,**

д.э.н., заместитель руководителя Департамента социальной политики администрации г. Красноярска по экономическим и финансовым вопросам, asy@admkrsk.ru

Е.И. Маева,

заместитель главного врача по экономическим вопросам МУЗ «Городская поликлиника №2» г. Красноярска, магистрант ГОУ ВПО «Сибирский федеральный университет», likkaB@yandex.ru

О.О. Ардасова,

главный специалист экономического отдела Главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска, аспирант ГОУ ВПО «Сибирский федеральный университет»

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ УСЛОВИЯ ВНЕДРЕНИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ИННОВАЦИОННОГО МАРКЕТИНГА В ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК 338.46

Ямщиков А.С., Маева Е.И., Ардасова О.О. *Организационно-правовые условия внедрения инструментов инновационного маркетинга в деятельность медицинских учреждений (ГОУ ВПО «Сибирский федеральный университет», г. Красноярск, Россия)*

Аннотация: В статье вскрыты проблемы адаптации медицинских учреждений к рыночным условиям хозяйствования. Рассмотрены организационные и правовые условия внедрения принципов маркетинга в деятельность медицинских учреждений при реализации Федерального закона № 83-ФЗ от 08.05.2010

«О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Ключевые слова: инновационный маркетинг, здравоохранение, правовой статус медицинского учреждения

Прежде всего необходимо остановиться на проблемах адаптации медицинских учреждений к рыночным условиям хозяйствования. Сущность адаптации медицинских учреждений к рыночной экономике состоит в их готовности и способности быстро приспосабливаться и успешно функционировать в постоянно меняющихся условиях конкурентной среды, которая складывается под комплексным влиянием политических, экономических, социальных, правовых, культурных и других факторов, воздействующих на работу медицинского учреждения.

Адаптация реформируемой системы отечественного здравоохранения к условиям рыночной экономики закономерно выдвигает на первые позиции инструменты маркетинга как средство эффективного функционирования медицинского учреждения в рыночных условиях, которые должны стать средством стимулирования роста инвестиций в потенциал здоровья населения.

На протяжении последнего десятилетия система здравоохранения России постоянно реформируется. Однако за прошедшее десятилетие мало что изменилось: сохранились низкая эффективность использования



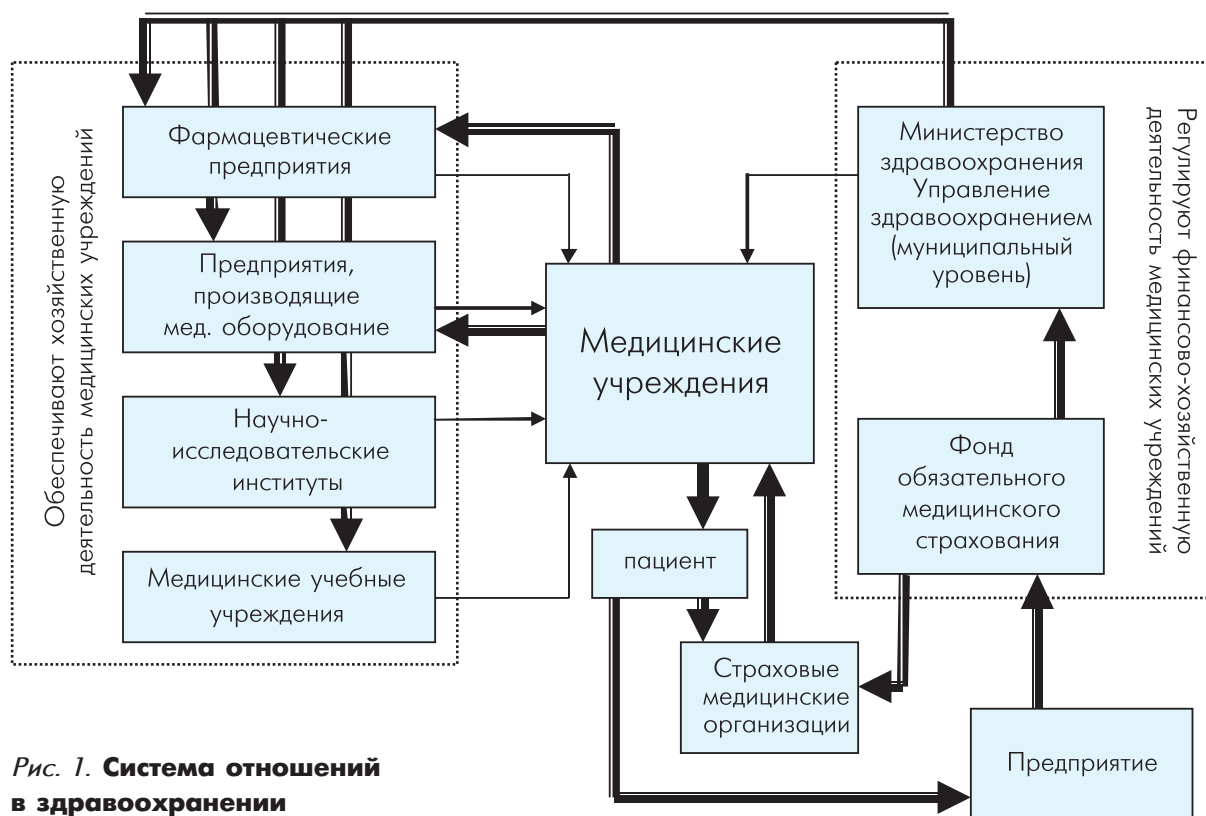


Рис. 1. Система отношений в здравоохранении

ресурсов здравоохранения страны, несовершенство системы управления.

На сегодняшний день в нашей стране функционирует бюджетно-страховая модель финансирования учреждений здравоохранения, реализуется Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи как один из механизмов реализации конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь. В системе здравоохранения разработаны и введены в действие механизмы дополнительного лекарственного обеспечения. Схематично система отношений в сфере здравоохранения представлена на рис. 1.

В последние годы государственная политика в сфере управления здравоохранением имела «антирыночный» характер: наблюдалось законодательное урезание полномочий государственных и муниципальных медицинских учреждений, а также ужесточение контроля за их деятельностью, что не соответ-

ствует современным рыночным условиям хозяйствования.

Необходимость принятия нового закона, меняющего статус учреждений (сформированный еще в годы советской власти), вызвана низкой эффективностью деятельности государственных (муниципальных) учреждений в рыночных условиях. Для решения данной проблемы предполагается следующее:

- оптимизация сети учреждений на всех уровнях;
- создание условий и стимулов для сокращения учреждениями внутренних издержек;
- привлечение учреждениями внебюджетных источников, в первую очередь путем оказания платных услуг [1].

Несмотря на то, что в существующей системе обязательного медицинского страхования объектом финансирования является не отрасль здравоохранения, а конкретный пациент, в целом в отрасли сохранились невысокая заработная плата и уравниловка



в оплате, не повысилась ответственность лечебных учреждений за качество оказываемых услуг.

Приходится констатировать, что страховые механизмы, изначально заложенные в системе обязательного медицинского страхования, не заработали: перераспределения финансовых потоков в пользу эффективно функционирующих медицинских учреждений не происходит, продолжает действовать принцип уравнительного распределения ресурсов [2].

Средства системы ОМС доводятся до лечебных учреждений через частные страховые организации, которые никак не заинтересованы в повышении качества медицинской помощи застрахованным и снижении издержек на ее оказание.

Дополнительным каналом поступления средств в медицинские учреждения являются платные медицинские услуги и программы добровольного медицинского страхования. Наличие этих источников, с одной стороны, позволяет медицинскому учреждению (в условиях недофинансирования) получить дополнительные средства для зарплаты сотрудников и текущего содержания, но, с другой стороны (в отсутствие жесткой регламентации этих услуг), приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи населению, обслуживаемому по Программе государственных гарантий.

Основными проблемами реализации государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи являются проблемы организационно-экономического характера. Имеющиеся ресурсы системы здравоохранения используются с низкой эффективностью. Главными причинами этого выступают:

- неупорядоченность многоканальной системы государственного финансирования здравоохранения за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней;

- неудовлетворительная координация действий органов управления здравоохра-

нением и всех субъектов ОМС, ослабление функций стратегического и текущего планирования в их деятельности;

- сохранение принципа финансирования лечебно-профилактических учреждений из бюджета в расчете на ресурсные показатели (коэффициент фонд, штаты и прочее) вне зависимости от реальной работы медицинских организаций, благодаря чему консервируются излишние мощности медицинских организаций [3].

Таким образом, в настоящее время возникла необходимость повышения эффективности предоставления государственных и муниципальных медицинских услуг. Состояние современной системы здравоохранения Российской Федерации характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия принципиальных решений о дальнейших действиях государства.

Теперь рассмотрим организационные и правовые условия внедрения принципов маркетинга в деятельность медицинских учреждений.

В настоящее время с целью повышения качества оказания государственных и муниципальных услуг, в том числе и в здравоохранении, был принят Федеральный закон № 83-ФЗ от 08.05.2010 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Изменение статуса государственных и муниципальных медицинских учреждений имеет своей целью повысить качество оказания медицинской помощи населению в условиях ограниченности бюджетных средств.

В первую очередь данный закон направлен на снижение темпов роста расходов на содержание государственных и муниципальных учреждений. В данном случае государством планируется не простое снижение расходов (это неминуемо привело бы к снижению качества медицинской помощи), а создание условий и стимулов для сокраще-





ния внутренних издержек. Указанный выше федеральный закон позволит ряду государственных и муниципальных медицинских учреждений стать полноправным участником рынка медицинских услуг за счет развития предпринимательской деятельности [1]. Данный нормативный документ направлен в первую очередь на повышение самостоятельности и ответственности муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, вовлечение их в рыночную экономику, что предусматривает внедрение таких методов управления, которые позволили бы им не просто выживать в условиях рыночной конкуренции, но иметь возможности развития за счет привлеченных внебюджетных средств.

При этом государство, законодательно расширив возможности государственных и муниципальных медицинских учреждений заниматься приносящей доходы деятельностью путем изменения их организационно-правового статуса, планирует изменить систему финансирования таких учреждений. В настоящее время в сфере здравоохранения государственные и муниципальные учреждения (за исключением автономных) финансируются по утвержденной на финансовый период смете без учета результатов своей деятельности. При этом механизм финансирования деятельности конкретного учреждения основан на возможностях бюджета в целом, а не на реальной потребности учреждения, объем которой, как правило, в разы больше реально получаемых по смете средств.

В ходе реализации положений федерального закона деятельность медицинских учреждений будет жестко привязана к государственным задачам, а финансирование будет осуществляться по принципу: сколько услуг оказано, столько и профинансировано.

Рассматриваемый нами федеральный закон приведет к тому, что все бюджетные учреждения будут преобразованы в три типа: бюджетные, казенные и автономные.

Бюджетное учреждение определяется законом как некоммерческая организация, создан-

ная Российской Федерацией (субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием) для выполнения работ или оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах. Данное учреждение будет владеть своим имуществом на праве оперативного управления.

Бюджетное учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность в соответствии со своими учредительными документами, при этом доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения.

При этом учредитель будет формировать государственные (муниципальные) задания для бюджетного учреждения в соответствии с предусмотренными его учредительными документами основными видами деятельности и осуществлять расчет с бюджетным учреждением за выполнение данного задания в форме субсидий. Таким образом, бюджетное учреждение перестанет быть участником бюджетного процесса как получатель бюджетных средств.

Казенное учреждение в редакции закона — это государственное (муниципальное) учреждение, осуществляющее оказание государственных (муниципальных) услуг, выполнение работ и (или) исполнение государственных (муниципальных) функций в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления, финансовое обеспечение деятельности которого осуществляется за счет средств соответствующего бюджета на основании бюджетной сметы.





Казенное учреждение находится в ведении соответствующего главного распорядителя (распорядителя) бюджетных средств, который в том числе будет определять порядок утверждения бюджетных смет подведомственных казенных учреждений. При этом средства, полученные казенными учреждениями от приносящей доходы деятельности, поступают в соответствующий бюджет.

Согласно Федеральному закону «Об автономных учреждениях», автономным учреждением признается некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения работ, оказания услуг в целях осуществления предусмотренных законодательством РФ полномочий органов государственной власти, полномочий органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах.

Автономное учреждение сочетает в себе признаки некоммерческой и коммерческой организаций. В деятельности автономного учреждения появляются новые институты, характерные для коммерческих организаций: обязательный аудит, открытость и общедоступность важнейших документов о финансово-хозяйственной деятельности организации. Автономное учреждение здравоохранения выполняет социально значимые функции и наделяется по сравнению с бюджетным учреждением гораздо более широкой финансово-хозяйственной и имущественной самостоятельностью.

Обладая имущественной обособленностью, автономное учреждение при этом не имеет субсидиарной с собственником ответственности по своим обязательствам. Доходы автономного учреждения остаются в его самостоятельном распоряжении. Автономное учреждение вправе открывать расчетные и иные счета в кредитных организациях, включая валютные счета. В отличие от бюджетных

учреждений, автономные учреждения не обязаны осуществлять все операции с безналичными денежными средствами через лицевые счета в федеральном казначействе. Автономные учреждения вправе получать кредиты и займы у кредитных организаций и иных частных лиц. Такое законодательное послабление является важным условием развития взаимовыгодного государственно-частного партнерства, а также повышает возможности сотрудничества с крупным бизнесом в целях реализации социально значимых проектов.

Финансирование автономного учреждения здравоохранения в части выполнения социально значимых медицинских услуг в форме субсидий и субвенции за счет бюджета на основе установленного учредителем государственного (муниципального) задания, которое является обязательным для выполнения.

Важными критериями определения статуса медицинских организаций выступают такие рыночные категории — составляющие маркетинга, как конкурентная среда и спрос на рынке. Выбор конкурентной среды в качестве одного из основных критериев выбора статуса учреждения очевиден, ведь именно конкуренция выражает сущность рыночных отношений. Бюджетное здравоохранение в существующем сегодня виде — это монополия на рынке медицинских услуг, то есть уровень цен определяется не реальными издержками производителя услуги — медицинского учреждения, а платежеспособностью государства и его представлениями о ценности здоровья граждан. В целом же особенностью российского рынка медицинских услуг в настоящее время является то, что он представляет собой прочный сплав монополии и монополии. При этом государство, будучи монополистом, диктует еще и явно невыгодные условия финансирования подчиненных ему структур, не обеспечивая даже покрытия их реальных издержек.

Права пациента в такой системе явно ограничены. Поэтому целью реформирования системы здравоохранения является демо-





нополизация и демополисонизация системы оказания большей части медицинских услуг, постепенное превращение российского рынка медицинских услуг сначала в «рынок продавца», когда большей рыночной властью обладают продавцы (диктуют покупателю свои условия, навязывают товары (услуги) и цены на них), а затем в «рынок покупателя», когда центральной фигурой, определяющей положение медицинских услуг и их цену, станет потребитель.

Но, как уже отмечалось выше, здравоохранение является специфической отраслью, и некоторые виды медицинских услуг должны быть монополизированы, так как необходим и оправдан жесткий контроль оказания таких видов услуг. В связи с этим учреждения, оказывающие такие виды услуг, должны перейти в разряд казенных и иметь жесткие ограничения на осуществление предпринимательской деятельности. Это такие, например, медицинские учреждения, как патолого-анатомические бюро.

Если на рынке конкретной медицинской услуги наблюдается очень высокая степень конкуренции, то совершенно очевидно, что медицинское учреждение, оказывающее такой вид помощи, должно стать автономным. Другими словами, оно должно иметь больше прав и возможностей, чтобы успешно функционировать в рыночной среде, имея конкурентные преимущества.

К таким учреждениям относятся в первую очередь государственные и муниципальные стоматологические поликлиники. Российское здравоохранение пока сохраняет монополистические традиции, но отечественная стоматология одной из первых стала входить в условия рыночных отношений. Это объясняется быстрым ростом спроса на данный вид услуг, его особенностями: платность стоматологических услуг лояльно воспринимается большей частью населения.

Сегодня главными требованиями пациента, обращающегося за стоматологической помощью, являются не просто отсутствие боли и время лечения, а красота и надеж-

ность, наличие сервиса. Спрос на рынке стоматологических услуг объективно диктует необходимость повышения качества стоматологической помощи, что крайне сложно реализуемо в существующих на сегодняшний день условиях функционирования государственных и муниципальных стоматологических поликлиник.

Такая ситуация объясняется, во-первых, тем, что персонал поликлиники совершенно не заинтересован в конечном результате производимых им медицинских услуг. С одной стороны, в сегодняшних условиях ограниченности прав использования средств, полученных от предпринимательской деятельности, стоматологические поликлиники не имеют возможности внедрения новых современных технологий. С другой стороны, финансовое обеспечение стоматологической помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью не в состоянии покрыть затраты на лечение с использованием современных и эффективных технологий.

В этих условиях преобразование части муниципальных и государственных стоматологических поликлиник в автономные учреждения, имеющие черты коммерческих предприятий, самостоятельно распоряжающихся полученными доходами, является наиболее эффективным механизмом повышения качества стоматологической помощи в условиях снижения объемов бюджетного финансирования.

Важным критерием выбора статуса учреждения, наряду с конкуренцией на рынке, объективно выступает такая рыночная категория, как потребительский спрос, который в здравоохранении неразрывно связан с понятием обеспеченность населения конкретными видами медицинской помощи (доступностью).

Финансовое обеспечение основных видов деятельности нового бюджетного учреждения будет осуществляться, как и раньше, в полном объеме за счет бюджета, но только не по смете, а путем предоставления субсидий на государственное (муниципальное) задание.





Закон № 83-ФЗ, направленный на решение задачи оптимизации сети государственных учреждений и повышение эффективности оказания государственных услуг, утвердил новые нормы в части порядка и принципов финансового обеспечения и утверждения государственных (муниципальных) заданий.

Также данным законом внесено изменение в понятие «государственные (муниципальные) услуги (работы)» путем исключения из него обязательной привязки таких услуг (работ) к государственным (муниципальным) заданиям. Так, согласно ст. 6 БК РФ, государственные услуги (работы) оказываются (выполняются) органами государственной власти (органами местного самоуправления), государственными (муниципальными) учреждениями. Кроме того, теперь в соответствии с соглашениями на оказание государственных (муниципальных) услуг они могут оказываться иными юридическими лицами.

Как следствие, были внесены изменения в виды бюджетных ассигнований (ст. 69.1 БК РФ), которые в том числе содержат:

- обеспечение выполнения функций казенных учреждений, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) услуг (выполнению работ) физическим и (или) юридическим лицам;
- предоставление субсидий бюджетным и автономным учреждениям, включая субсидии на возмещение нормативных затрат, связанных с оказанием ими государственных (муниципальных) услуг (выполнением работ) физическим и (или) юридическим лицам;
- предоставление субсидий некоммерческим организациям, не являющимся государственными (муниципальными) учреждениями, в том числе в соответствии с договорами (соглашениями) на оказание указанными организациями государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ) физическим и (или) юридическим лицам.

В соответствии с Законом № 83-ФЗ государственное (муниципальное) задание формируется для бюджетных и автономных

учреждений, а также казенных учреждений, определенное в соответствии с решением органа государственной власти (государственного органа), органа местного самоуправления, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств (п. 3 ст. 69.2 БК РФ).

Для бюджетных и автономных учреждений утверждение государственных заданий является обязательным требованием. Для казенных учреждений в целях более эффективного планирования и оказания государственных услуг также могут быть установлены государственные задания, однако финансовое обеспечение их деятельности осуществляется по бюджетной смете.

В настоящее время в проекте государственного задания не требуется использование показателей состава оказываемых государственных услуг и достаточно использовать только показатели качества и объема оказанных государственных услуг.

Особо выделим, что в соответствии с настоящей редакцией БК РФ именно показатели (объема, качества оказания государственных услуг, а также финансовые показатели, в том числе норматив затрат на единицу государственной услуги) государственного (муниципального) задания имеют первостепенное значение и используются для следующих целей:

- составление проектов бюджетов для планирования бюджетных ассигнований на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ);
- формирование бюджетной сметы казенного учреждения;
- определение объема субсидий на выполнение государственного (муниципального) задания бюджетным или автономным учреждением.

В соответствии с Законом № 83-ФЗ бюджетное и автономное учреждения осуществляют в соответствии с государственными (муниципальными) заданиями и (или) обязательствами перед страховщиком по





обязательному социальному страхованию деятельность, связанную с выполнением работ, оказанием государственных услуг, относящихся к основным видам деятельности. При этом количество разделов государственного задания определяется количеством государственных услуг (работ), которые оказывает рассматриваемое учреждение.

Оказание государственных услуг по обязательному медицинскому страхованию планируется осуществлять по Программе государственных гарантий с доведением до субъектов РФ сводных показателей объемов оказания государственных услуг и ключевых требований к качеству государственных услуг, которые, как правило, содержатся в стандартах. Это же исключение может применяться также и в отношении автономных учреждений.

Законом № 83-ФЗ юридически закреплена обязательность обеспечения открытости и доступности государственного (муниципального) задания на оказание услуг (выполнение работ) и размещения его на официальном сайте государственного учреждения или главного распорядителя бюджетных средств (учредителя).

Финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания бюджетным учреждением осуществляется в виде субсидий из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации. Оно формируется в том числе с целью возмещения нормативных затрат, связанных с оказанием государственными (муниципальными) учреждениями в соответствии с государственным (муниципальным) заданием государственных (муниципальных) услуг (выполнением работ).

При этом предусмотрены два больших вида таких субсидий: субсидия на выполнение государственного (муниципального) задания, включая содержание имущества, и субсидия на иные цели.

Второй вид субсидий представляет собой разовые выплаты целевого характера, которые могут быть направлены на закупку техники, оборудования и их установку, приобретение программного обеспечения, проведение

инвентаризаций, проведение мероприятий по ресурсо- и энергосбережению, обучение и повышение квалификации специалистов, проведение аудита. Эти субсидии могут финансироваться в рамках целевой программы развития государственных учреждений, в которой выплаты разового характера увязываются с целью повышения эффективности функционирования государственных учреждений и улучшения качества оказанных ими государственных услуг в долгосрочной перспективе. Кроме того, предоставление иных субсидий может быть обусловлено влиянием «неуправляемых» факторов, например, наводнение, пожар и пр.

Порядок определения объема и условия предоставления указанных субсидий из федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов РФ, бюджетов субъектов РФ и бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов, местных бюджетов устанавливаются соответственно Правительством РФ, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, местной администрацией.

В ряде сфер государственной политики (здравоохранение, образование) объем оказания государственных услуг регламентируется законодательством и его уменьшение невозможно. В этом случае возможно изменение требований к процедурам, имуществу, кадровому составу, а также качеству оказания государственных услуг. При этом, если требования к оказанию государственных услуг содержатся и утверждены в Стандарте качества оказания государственных услуг, изменение требований в государственном задании влечет за собой изменение данного Стандарта.

Расчет субсидии на выполнение государственного (муниципального) задания осуществляется на основе расчета затрат на оказание государственных услуг в рамках Приказа Минфина России от 22.10.2009 № 105н (далее — Приказ № 105н). В соответствии с этим приказом установленным способом (нормативным, структурным или экспертным) должны быть определены норма-





тивы затрат на единицу оказания государственных услуг. Во втором квартале 2010 г. Минфином России планируется внесение изменений в Приказ № 105н.

Как показывает практика на федеральном уровне, главные распорядители бюджетных средств чаще используют структурный метод. Это связано с тем, что деятельность не всех учреждений нормирована. Структурный метод расчета затрат базируется на разделе

лении расходов учреждения по видам затрат (оплата труда, приобретение расходных материалов, коммунальные услуги и т.д.)

Таким образом, в настоящее время изменение порядка финансирования государственных и муниципальных услуг, создание конкурентной среды на медицинском рынке как основы повышения качества медицинской помощи создают предпосылки внедрения инструментов инновационного маркетинга.



ЛИТЕРАТУРА

1. Хайруллина И.С. Правовой статус учреждений меняется: больше свободы, больше ответственности//Менеджер здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 61.
2. Трифонова Н.Ю. Адаптация медицинских учреждений к работе в условиях рынка//Здравоохранение. — 2008. — № 9. — С. 7.
3. www.minzdravsoc.ru — Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.

UDC 338.46

Yamshikov A.S., Maeva E.I., Ardasova O.O. *Organizational and legal conditions of introduction of innovative marketing's tools in activity of medical institutions (Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia)*

Annotation: In article problems of adaptation of medical institutions to competitive business environment are exposed. Organizational and legal conditions of introduction of marketing concepts in activity of medical institutions at realization of the Federal law №83-FZ from 05.08.2010 «About amending certain legislative acts of the Russian Federation in connection with perfection of a legal status of the state (municipal) institutions» are considered.

Keywords: innovative marketing, public health service, medical institution's legal status

Здравоохранение-2012



В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ СОЗДАЕТСЯ КОМИССИЯ ПО УРЕГУЛИРОВАНИЮ КОНФЛИКТА ИНТЕРЕСОВ

Основными задачами Комиссии являются:

- урегулирование конфликта интересов медицинских и/или фармацевтических работников при осуществлении мед и/или фармдеятельности;
- анализ рисков и последствий возникновения конфликта;
- мониторинг правоприменительной практики в области урегулирования конфликта интересов;
- подготовка предложений по совершенствованию действующей нормативной и правовой базы РФ в целях снижения рисков и последствий возникновения конфликта интересов;
- подготовка типового кодекса поведения медицинских и фармацевтических работников, направленного на предупреждение возникновения конфликта интересов, а также оптимальные способы его урегулирования в соответствии с действующим законодательством РФ;
- подготовка предложений по созданию и внедрению образовательных программ, направленных на снижение рисков и последствий возникновения конфликта интересов.

Комиссия рассматривает поступающие в адрес министерства в письменной форме уведомления

Источник: МВ

**В.Г.Кудрина,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии последипломного образования (ГБОУ ДПО РМАПО Минздравсоцразвития России), г. Москва, kudrinu@mail.ru

Т.В. Андреева,

к.п.н., доцент кафедры медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии последипломного образования (ГБОУ ДПО РМАПО Минздравсоцразвития России), г. Москва, medstat@mail.ru

Н.Г. Дзеранова,

аспирант кафедры медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии последипломного образования (ГБОУ ДПО РМАПО Минздравсоцразвития России), г. Москва, medstat@mail.ru

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПЕРСОНАЛОМ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 002:372.8

Кудрина В.Г., Андреева Т.В., Дзеранова Н.Г. *Оценка потребности и возможностей использования информационных технологий персоналом системы здравоохранения* (Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва)

Аннотация. Представлены результаты научного исследования, проведенного на кафедре медицинской статистики и информатики Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО). Цель исследования — определить потребность и реальные возможности внедрения персоналом отрасли информационных технологий (ИТ). Использована комплексная методика, включающая подходы оценок в фокус-группах, при социологических опросах и экспертных процедурах. Объект исследования — 12 фокус-групп общей численностью 249 человек по 6 профессионально однородным целевым аудиториям из числа проходивших профессиональную переподготовку, специализацию и повышение квалификации на кафедре в течение 2007–2008 и 2010–2011 учебных годов. Степень овладения навыками работы на персональных компьютерах (ПК) изучена применительно к создаваемой современной нормативно-правовой базе по информатизации. Определены мотивы использования ПК на рабочих местах. Выявлено, что активность участия персонала в информационных процессах связана с наличием соответствующих квалификационных требований и ориентирована прежде всего на занимаемую должность. Профессиональное развитие в рамках специальности решается в контексте должностных задач.

Ключевые слова: информатизация в системе здравоохранения, персонал отрасли, его специальность и должность, квалификационные требования, потребность и возможности использования ПК, уровень владения «софтом».

Классическим механизмом управления в системе здравоохранения является программно-целевое планирование [1, 2], адекватно сочетающее финансовые и организационные возможности развития отрасли [3]. Внедрение программ и проектов развития «нового поколения»: приоритетного национального проекта «Здоровье», программы модернизации здра-

воохранения и др., [4, 5] позволяет организационные новации обеспечить финансово и обоснованно надеяться на реальное достижение поставленных задач. Вместе с тем система оптимизации не всегда срабатывает в той мере, как это определено в индикаторах выполнения программ и проектов. Одна из причин заключается в том, что при сосредоточении внимания на результирующих

© В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, Н.Г. Дзеранова, 2012 г.



показателях из оценки выпадают составляющие их элементы и их взаимодействия.

К числу «стыковых» задач относится неучтенная активность включения персонала в информатизацию здравоохранения. Даже в программе модернизации отрасли, в которой одним из направлений обеспечения качества и доступности медицинской помощи гражданам РФ определена информатизация, в целевые показатели не включено использование в этом процессе кадрового ресурса [6].

Внедрение современных информационных технологий (ИТ) является дорогостоящим процессом. Но, очевидно, что компьютеры, телемедицинские системы, программы сбора и обработки информации можно разработать и централизованно поставить в медицинские учреждения. Вместе с тем не исключено, что ожидаемый эффект, который в условиях информатизации фиксируется достаточно четко, получен не будет. Все решают кадры. Изменение порядка слов в этом слогане не меняет сути очевидного. Необходимо сформировать у персонала отрасли *потребность*, осознание полезности и необходимости внедрения информационных технологий (ИТ) и соответственно развить адекватные возможности работы в информационной среде. К примеру, требование персонифицированного учета пациентов в единой базе данных ЛПУ влечет за собой необходимость иметь навыки работы с пакетами прикладных программ, не говоря уже об операционных системах.

При формировании потребности важно учитывать *мотивы использования ИТ в работе*. Выяснилось, что наиболее сильным мотивом является включение соответствующих профессиональных компетенций в официально определенные должностные требования, обозначенные, оцениваемые и, главное, контролируемые по уровню знаний, формированию навыков и использованию приобретенных умений в работе. К 2010 г. владение информационными технологиями вошло в число этих требований [7], причем стало базовой компетенцией для администраторов

деловых процессов (персонал статистических подразделений и служб) и компетенцией прикладного применения практически для каждого работника отрасли.

Выраженная потребность во внедрении ИТ формирует у персонала необходимость «владения навыками использования средств вычислительной техники и медицинских информационных систем», как это обозначено в Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения [8].

Что затрудняет этот процесс «владения навыками» оценивают эксперты. Одной из полезных инициатив для профессиональных оценок стала рубрика «мнения экспертов», открытая в журнале «Врач и информационные технологии» и посвященная вопросу: «Что следует учесть при разработке программы информатизации в проектах модернизации регионального здравоохранения?» [9].

Заключения экспертов обозначают ключевые моменты оптимизации процесса информатизации. Наряду с ними, целесообразно представлять мнения тех, кто непосредственно участвует в реализации информационных процессов. «Оценка работы врачей должна быть встроена в контекст практики и в систему здравоохранения, в которой специалисты осуществляют свою практику, и опираться на них. Оценку необходимо рассматривать как позитивный процесс формирования врача, проводимый с целью выявления тех областей практики, на которых следует акцентировать дальнейшее обучение» [10, Р. 20].

Моделью — обобщенным отражением мнений персонала не только по проблемам их обучения и аттестации, но и «в контексте практики» является система последипломного образования. На этой базе можно зафиксировать мнения различных контингентов работающих в отрасли здравоохранения. Помимо общих оценок, представляется возможным выявить специфические черты в каждой группе. Это позволяет оптимизировать учебный процесс и преподавание прикладных аспек-





тов внедрения информационных технологий на практике. Такая работа ведется на кафедре медицинской статистики и информатики РМАПО с начала 2000-х годов [11,12] и позволила в этот период установить низкий уровень оценки персоналом процессов информатизации в здравоохранении, преимущественно отсутствие компьютерной подготовки и минимум заинтересованного участия в их продвижении.

Вместе с тем с каждым годом уровень компьютерной подготовки персонала неуклонно возрастает. Уровень «компьютерной грамотности» вырос с 30% в начале 2000-х годов до 85% в 2011 г. Суждение об этом сделано на основе анализа объективной картины по наличию навыков работы с использованием средств вычислительной техники, что обычно сам персонал объединяет в понятие владения или пользования персональными компьютерами — ПК (Примечание: это сокращение будет использовано и в данной статье).

Возможны различные алгоритмы контроля навыков работы на ПК: от проверок (объективный метод) до самооценки обучающихся (субъективный метод). Для структурирования проблемы участия персонала в информационных процессах проведен комплексный анализ с применением в социологическом исследовании подходов работы в фокус-группах. В профессионально однородных группах обсуждались вопросы и систематизировались мнения по информатизации в здравоохранении.

Фокус-группа — это объединенная по некоторым критериям малая группа, внимание и интеллектуальные усилия которой временно сконцентрированы исследователем на определенной теме [13]. Группы при обучении в системе последиplomного образования формируются по целевым профессиональным аудиториям. В результате изучения и обобщения индивидуальных мнений представляется возможным получить профессиональные «срезы» об уровне потребности и личном вкладе во внедрение информационных технологий. В целом было создано 12 фокус-групп

в 2007–2008 и 2010–2011 учебных годах. Их участниками стали 249 человек, работающих в системе здравоохранения. Целевые группы представлены организаторами здравоохранения (25,3%), средними медицинскими работниками (СМР): медицинскими статистиками (27,3%), врачами клинических специальностей (12,1%), преподавателями и научными сотрудниками (4,8%) и немедицинским персоналом отрасли (2,4%), а также обучавшимися в системе послевузовского профессионального образования аспирантами (28,1%). Больше половины участников исследований проходили циклы повышения квалификации — тематическое усовершенствование (53,8%), меньшее число — профессиональную переподготовку (18,9%), а также общее усовершенствование и специализацию (27,3%).

Выбор интервала для исследования связан с выходом после учебного 2007/2008 года большого числа регламентирующих документов, ставших основой информационного развития отрасли [14, 15, 8 и др.]. Особо следует выделить документы, изменяющие сформированные ранее порядки деятельности в связи с переходом к страховой медицине и работе с персональными данными [14, 16]. Суть реформ заключается в том, что формируются новые деловые процессы в отрасли, принципиально изменяются отношение к информации о пациенте и порядок регистрации медицинских данных, создается новый документооборот — электронный. Участие в деловых процессах специалистов в зависимости от должности различно. Но владение информационными технологиями необходимо всем.

Свои мнения слушатели конкретизировали в анкетах. Число опрошенных позволяет обеспечить среднюю степень достоверности оценок, что достаточно для суждения о ситуации. В ходе дискуссий и по открытым ответам анкеты определено, в частности, что крайне редко причиной ранее не реализованной возможности владения ПК было отсутствие технического оснащения. Участники дискуссий и опросов пришли к общему





2007/2008				Профессиональные группы	2010/2011			
100,0				1) Аспиранты	76,5	17,6	4,4	1,5
8,0	28,0	64,0		2) Организаторы здравоохранения	86,9		10,5	2,6
7,1	50,0		42,9	3) Врачи-клиницисты	85,7		14,3	
50,0		50,0		4) Научные сотрудники и преподаватели	90,9		9,1	
5,6	8,3	58,3	27,8	5) СМР-медицинские статистики	68,8		28,1	3,1
100,0				6) Немедицинский персонал	100,0			
1,0	3,9	31,0	64,1	ИТОГО	84,8	13,2	1,2	0,8
ИП ₁ = 89,6%				Итоговые показатели потребности в % относительной шкалы	ИП ₂ = 95,5%			

Потребность	4 — Да	3 — Скорее да	2 — Скорее нет	1 — Нет
-------------	--------	---------------	----------------	---------

Рис. 1. Балльная оценка потребности во внедрении ПК у участников дискуссий социологических опросов (в % относительной шкалы)

Таблица 1

**Динамика итоговых показателей потребности во внедрении ПК
(в % относительной шкалы)**

№	Профессиональные группы	Периоды исследования		Темп роста (в %)
		2007–2008	2010–2011	
1	Аспиранты	100,0	92,3*	92,3
2	Организаторы здравоохранения	89,0	96,1	108,0
3	Врачи-клиницисты	84,0	96,4	114,8
4	Научные сотрудники и преподаватели	87,5	97,7	111,7
5	СМР-медстатистики	77,1	90,7	117,6
6	Немедицинский персонал	100,0	100,0	100,0
Итоговый показатель (ИП)		89,6	95,5	106,6

* Среди аспирантов использование ПК в работе неизбежно, но в оценке потребности связано с текущим этапом выполнения диссертационной работы.

мнению, что не было потребности уделять особое внимание ПК, так как это не было зафиксировано в должностных требованиях.

Динамика использования ПК в работе медицинского персонала изучена в ходе наукометрического анализа. Сопоставлены балльные оценки по уровням потребности во внедрении ПК на рабочих местах, выставленные участниками дискуссий в группах в 2007/2008 и 2010/2011 гг. (рис. 1). Рассчи-

танные в процентах относительной шкалы (табл. 1) итоговые показатели потребности в применении ИТ оказались наибольшими среди немедицинского персонала, обеспечивающего ИТ-процессы. За 3-летний период уровни потребности изменились по всем группам привлеченных к дискуссиям специалистов — показатели в процентах относительной шкалы превысили 90% в 2010–2011 гг. Наибольший темп роста отмечен по профессио-





2007/2008				Профессиональные группы	2010/2011			
100,0				1) Аспиранты	36,8	32,3	22,1	8,8
8,0	36,0	32,0	24,0	2) Организаторы здравоохранения	52,6	29,0	10,5	7,9
7,1	28,6	57,2	7,1	3) Врачи-клиницисты	56,3	31,2	12,5	
100,0				4) Научные сотрудники и преподаватели	54,5	27,3	18,2	
5,6	22,2	58,3	13,9	5) СМР-медицинские статистики	53,1	34,4	9,4	3,1
33,3	66,7			6) Немедицинский персонал	66,7			33,3
3,4	14,5	63,5	18,6	ИТОГО	53,3	31,3	12,1	3,3
ИП ₁ = 74,3%				Итоговые показатели владения ПК в % относительной шкалы	ИП ₂ = 83,5%			

Навыки работы на ПЭВМ	4 — Да	3 — Скорее да	2 — Скорее нет	1 — Нет
-----------------------	--------	---------------	----------------	---------

Рис. 2. Балльная самооценка владения навыками работы на ПК (в % относительной шкалы)

Таблица 2

Динамика итоговых показателей самооценки владения навыками работы на ПК (в % относительной шкалы)

№	Профессиональные группы	Периоды исследования		Темп роста (в %)
		2007–2008	2010–2011	
1	Аспиранты	75,0	74,3	99,1
2	Организаторы здравоохранения	68,0	81,6	120,0
3	Врачи-клиницисты	66,1	86,0	130,1
4	Научные сотрудники и преподаватели	75,0	84,1	112,1
5	СМР-медстатистики	70,1	83,6	119,3
6	Немедицинский персонал	91,7	91,7	100,0
Итоговый показатель (ИП)		74,3	83,5	112,4

нальным группам персонала, обеспечивающего ведение медицинской статистики (СМР — медицинские статистики) и среди врачей-клиницистов, все более активно вовлекаемых в работу с электронными медицинскими картами.

Предприняты попытки развить в группах 2010/2011 гг. дискуссию по перспективам внедрения современных информационных технологий в здравоохранении, представленным в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской

Федерации» [5], «в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде» (ст. 50, п. 3, пп. 2). Были высказаны квалифицированные мнения и конкретные предложения лишь по ведению медицинских карт пациентов и

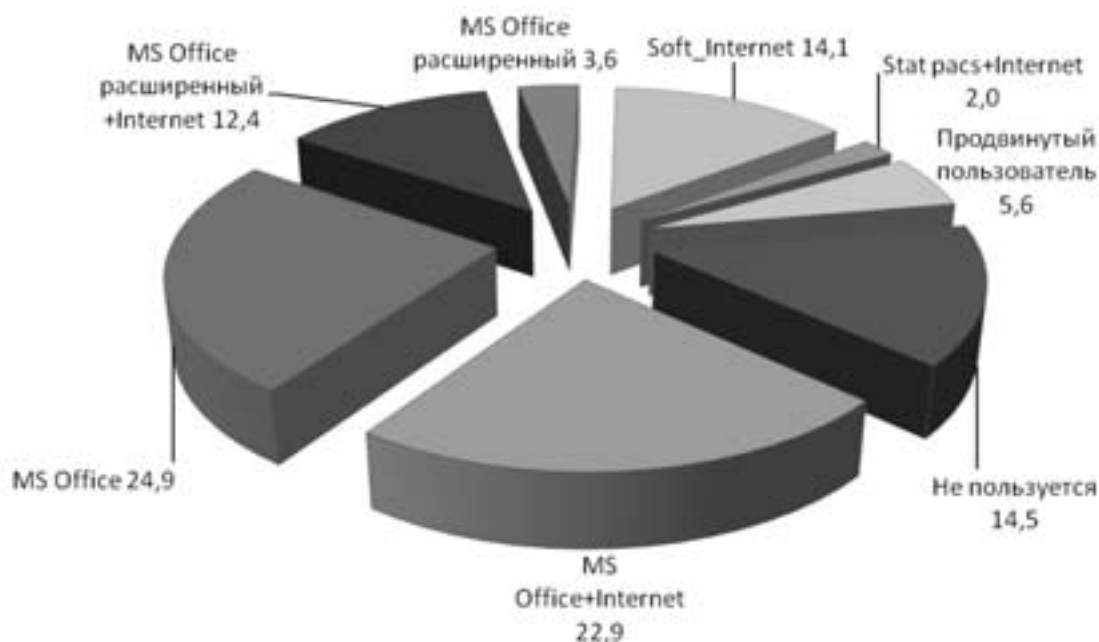


Рис. 3. Характеристика участников дискуссий и социологических опросов по используемым программным средствам (в % к итогу)

электронному документообороту в части формирования статистического учета по первичным данным. Приложения универсальной электронной карты аудитории не понятны. В ряду своих профессиональных интересов телемедицинская составляющая информационной деятельности остается в стороне. Аудитория объясняет это невозможностью передачи информации о пациентах по каналам связи.

Изучение потребности работающих в отрасли здравоохранения врачей, среднего медицинского персонала и немедицинских кадров во внедрении на рабочих местах персональных компьютеров (ПК) и современных информационных технологий (ИТ) имеет практическую значимость, если эти потребности связаны с оценкой возможностей персонала внедрять информационные технологии.

Уровень навыков работы на ПК определен по самооценкам участников дискуссий и социологических опросов по алгоритму, использованному при изучении потребности персонала отрасли внедрять ПК на своих рабочих местах. В выбранных шести целевых

профессиональных группах по той же системе оценок рассчитаны балльные характеристики (рис. 2), итоговые оценки (в данном случае самооценки), которые в относительной шкале в среднем составили в 2007–2008 гг. — 74,3% и в 2010–2011 — 83,5%, с темпом роста показателя — 112,4% и с наибольшими значениями по группам врачей-клиницистов, организаторов здравоохранения и СМР-медицинских статистиков (табл. 2).

Общая характеристика владения «софтом» приведена на рис. 3. Для 63,8% оно ограничено офисными программами, 14,0% отметили владение специальными профессиональными программами (фактически это и есть ИТ) и единицы (2,0%) статистическим пакетом. Самооценку «продвинутый пользователь» дали лишь некоторые аспиранты. В целом работают с вычислительной техникой 85,5%, не пользуются ею в работе 14,5% слушателей.

Интересны результаты сопоставления оценок соответствия навыков работы на ПК профессиональным требованиям самими участниками исследования и привлеченными





экспертами — на основе анализа анкет. По заключениям экспертов, лишь у 12,4% участников исследования уровень владения ПК ниже, чем требует практическая работа. Самооценки более критичны — 24,9%. Можно предположить, что внешнее оценивание носит относительно общий характер и «не привязано» к конкретному рабочему месту. Сам персонал более реалистичен, «встраивает» себя в должностные рамки и уже на этой основе определяет соответствие предъявляемым требованиям. Фактически речь идет о самоаттестации специалиста. И в целом представляется, что роль аттестации на соответствие должностным обязанностям имеет большой потенциал роста своей значимости. Статистически это подтверждает выявленная взаимосвязь между потребностью персонала в развитии новой информационной среды и активностью включения в эту работу именно в должностном аспекте: коэффициент корреляции рангов (r) в период 2007–2008 гг. составил +0,93, в 2010–2011 гг. — +0,87.

То, что именно служебные обязанности побуждают персонал к активному включению в информационные процессы, вполне логично. Как следует из определения [17] «должность — это служебное место, связанное с исполнением служебных обязанностей и определенной ответственностью». «Обязанность» и «ответственность» — нормы, побуждающие к действию. Вместе с тем, работая в должности, следует понимать, что разрешение на деятельность дается по специальности. «Специальность — вид занятий в рамках одной профессии, требующий конкретных знаний, умений и навыков, приобретенных в результате образования и обеспечивающих постановку и решение профессиональных задач» [17]. Согласимся, что «образование» и «решение профессиональных задач» — нормы очевидности, а не особой ответственно-

сти. Не всегда осознается, что от специальности и подтверждения принадлежности к ней в первую очередь зависит занимаемая должность. Для того, чтобы стимулировать развитие у персонала потребности и возможностей внедрять современные медицинские и организационные информационные технологии, следует уделять равнозначное внимание как непрерывному медицинскому образованию на последипломном его этапе с подтверждением профессионального статуса, так и индивидуальной «точной» подготовке на стажировках, тренингах, семинарах, мастер-классах и т.п. для развития квалификационного уровня.

Выводы:

- система последипломного образования является моделью изучения профессиональных проблем персонала отрасли, при этом перспективны исследования, использующие комплексный подход работы в фокус-группах, проведения социологических опросов и экспертных процедур;
- средний показатель «компьютерной грамотности» персонала системы здравоохранения в настоящее время находится на уровне 85% от числа занятых в отрасли специалистов, что является достаточным для начала работы в новой, создаваемой в рамках модернизации отрасли, информационной среде;
- наиболее сильным побуждающим мотивом у персонала внедрять информационные технологии является соответствие должностным обязанностям, представленным в квалификационных требованиях;
- для обеспечения профессионального статуса специалисту следует в определенные сроки проходить обучение в системе непрерывного профессионального образования, а также иметь возможность индивидуально совершенствовать навыки работы на конкретном рабочем месте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шиган Е.Н., Остапюк С.Ф. Целевые комплексные программы в здравоохранении. — М.: Издательство «Медицина», 1988. — 224 с.
2. Венедиктов Д.Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. — М., 2007. — 309 с.



3. Управление здравоохранением на современном этапе/Под ред. акад. РАМН В.И. Стародубова и проф. Д.В. Пивеня: Монография. — М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2006. — 156 с.
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 8 июня 2011 г. № 475 «Об организации работы по контролю за соблюдением субъектами Российской Федерации условий предоставления субсидий в целях реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году».
5. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».
6. Приказ Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь».
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 6 ноября 2009 г. № 869 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих». Раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в системе здравоохранения».
8. Приказ Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 г. № 364 «Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
9. Обзор ответов экспертов на вопрос: «Что следует учесть при разработке программы информатизации в проектах модернизации регионального здравоохранения?». //Врач и информационные технологии. — 2010. — № 6. — С. 55–63.
10. Краткий аналитический обзор «Как создать условия для адаптации умений и навыков врачей к новым потребностям и для непрерывного образования»/Eds. Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell//ВОЗ, 2010 и ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. — 2010. — № 14. — Р. 1–55.
11. Андреева Т.В. Новые педагогические подходы в обучении работников здравоохранения основам информатики//Автореф.дисс...канд.пед.наук. — М., 2003. — 29 с.
12. Дрошнева В.А. Научно-методические подходы к совершенствованию информационной базы последипломного образования врачей-специалистов//Автореф.дисс...канд.мед.наук. — М., 2003. — 21 с.
13. В чем «фокус» фокус-групп. — <http://rus.bazisgroup.com/resources/publications> 04/06/2009.
14. Федеральный закон от 27 декабря 2009 г. № ФЗ-363 «О внесении изменений в статьи 19 и 25 Федерального закона «О персональных данных».
15. Федеральный закон от 6 апреля 2011 г. № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
16. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с принятием ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
17. «Должность», «специальность». — Глоссарий.ru. — www.glossary.ru

UDC 002:372.8

Kudrina V.G., Andreeva T.V., Dzeranova N.G. *Evaluation of need and opportunities for usage of informational technologies by personnel of health care system (Russian medical academy of post-graduate education, Moscow)*

Annotation: There were defined the need and real opportunities for implementing by field's personnel the informational technologies (IT). There is used a complex methodology, consisting of approaches of evaluations in focus-groups, while sociological questionnaires and expert procedures. Object of research — 12 focus-groups consisting of 249 people divided in 6 professionally homogeneous target audiences among those who was going through professional re-preparation, qualification and enhancement of qualification in the Department within 2007–2008 studying years. There were defined motives of using PC on working places.

Keywords: informatization in the system of health care, personnel of the field, its specialization and position, qualification requirements, need and opportunities of using PC, level of owing the «software».



В.А. Солодкий,

член-корреспондент РАМН, профессор, директор ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздравсоцразвития России, г. Москва, Россия

В.И. Перхов,

д.м.н., начальник управления организации медицинской помощи населению РАМН

Р.В. Стебунова,

аспирант ФБГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, г. Москва, Россия

ОБЗОР РЕФОРМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФРАНЦИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДВАДЦАТЬ ЛЕТ

УДК 614.2

Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В. *Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет* (ФГУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздравсоцразвития России, г. Москва, Россия; ФБГУ ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, г. Москва, Россия, Российская академия медицинских наук, Россия)

Аннотация: В системе здравоохранения России в течение последних лет административные меры обеспечения эффективности доминируют над другими, прежде всего медико-организационными мерами. К этим мерам можно отнести делегирование полномочий в вопросах охраны здоровья населения, нормирование, государственный контроль и оптимизацию процессов обеспечения населения видами медицинской помощи, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами, а также совершенствование систем оплаты медицинской деятельности и регулирующую конкуренцию. Как современное российское здравоохранение вписывается в международный опыт разработки и реализации государственных программ в сфере здравоохранения? В настоящей статье читатель познакомится с идеологией и практикой различных вариантов повышения эффективности государственных ассигнований на здравоохранение во Франции.

Ключевые слова: зарубежные системы здравоохранения, реформа здравоохранения, организация медицинской помощи, эффективность расходов в здравоохранении, система медицинского страхования.

Обеспечение сбалансированности требований к объемам и структуре медицинской помощи, предусмотренных программой соответствующих государственных гарантий, с финансовыми ресурсами и соблюдение государством обязательств по финансированию программы являются центральными направлениями решения проблем российского здравоохранения. Главные из этих проблем: недостаточность финансирования из общественных источников, низкая эффективность использования ресурсов и организации процессов обеспечения населения медицинской помощью и лекарствами.

С введением в России одноканального финансирования медицинских учреждений (Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ) через систему обязательного медицинского страхования (ОМС) обязательства по обеспечению

населения бесплатной медицинской помощью практически полностью закрепляются за системой ОМС. Сохранение модели ОМС с частными страховщиками открывает перспективу развития конкуренции между покупателями медицинских услуг за счет сочетания давления государства и конкуренции, которая в медицине должна быть регулируемой. Однако такой подход сужает сферу деятельности органов управления здравоохранением как участников процесса по планированию, регулированию и финансированию деятельности медицинских учреждений. В будущем при условии широкой реализации стратегии и организационно-правовых принципов обеспечения автономности и хозяйственной самостоятельности медицинских учреждений (федеральный закон от 08.03.2010 № 83-ФЗ) функции органов управления здра-

© В.А. Солодкий, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова, 2012 г.



воохранением могут быть еще более сокращены. Особую тревогу вызывает планируемое сокращение функций муниципальных органов управления здравоохранением.

В Российской Федерации в муниципальной собственности в настоящее время находится более 80% амбулаторно-поликлинических учреждений, а также 56% коечного фонда страны, где населению предоставляется 68% объемов первичной (то есть наиболее востребованной) больничной помощи. То есть муниципальное звено — это основа системы общественного здравоохранения страны. Проект федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (версия от 19.04.2011) фактически выводит здравоохранение из зоны интересов муниципальных органов власти, так как упраздняет полномочия органов местного самоуправления в части организации оказания медицинской помощи. При этом за органами местного самоуправления закрепляются весьма аморфные полномочия по созданию условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (пункт 1 статьи 33).

Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ и от 8.03.2010 № 83-ФЗ усложняются правила (договоры, задания вместо бюджетной сметы) и механизмы (субсидирование вместо финансирования) поступления денег от организации-плательщика к организации-производителю медицинской помощи, а дополнительные объемы финансов, образующиеся от увеличения налогов, централизуются (программы модернизации). Однако, как известно, любая централизация денежных средств часто приводит к ошибкам их распределения и другим негативным последствиям. Подтверждением этого являются приоритетный национальный проект «Здоровье» и существование диаметрально противоположных экспертных оценок его фактических результатов.

Таким образом, в течение последних лет административные меры (централизация и использование распределительных механизмов доведения финансов до ЛПУ, увеличение частоты издания нормативных правовых актов и их общего количества) обеспечения эффективности в здравоохранении России доминируют над другими организационными мерами. К этим мерам можно отнести механизмы государственного регулирования и оптимизации процессов обеспечения населения видами медицинской помощи, изделиями медицинского назначения и лекарственными средствами. То есть государственное вмешательство в здравоохранение стало характеризоваться подменой медико-организационных подходов административными мерами, требующими восстановления властной вертикали и серьезных аппаратных расходов.

Как современное российское здравоохранение вписывается в международный опыт разработки и реализации государственных программ в сфере здравоохранения? В настоящей статье читатель познакомится с идеологией и практикой различных вариантов повышения эффективности государственных ассигнований на здравоохранение во Франции.

* * *

Страны Европы, США и другие страны ОЭСР (Организация Экономического Сотрудничества и Развития) последние 20 лет активно проводят реформы в области здравоохранения. Общие черты могут быть объединены в следующие основные направления: первое — это снижение расходов на здравоохранение в соответствии с доступными ресурсами [10]. Учитывая, что экономический рост в развитых странах замедлился, и в 80-е и 90-е годы затраты на здравоохранение стали составлять всю большую часть от внутреннего валового продукта (ВВП), данное направление стало наиболее актуальным. Второе направление — это предоставление одинакового доступа к медицинской помощи для всех групп граждан, третье — это проведение микроэкономических реформ, направленных





на улучшение эффективности и качества медицинских услуг. Виды проводимых реформ варьируются в зависимости от страны. В случае, если отсутствие конкуренции рассматривается как причина неэффективности, применяются меры по оказанию конкурентного давления. В случае, когда избыток услуг является причиной неэффективности, применяются меры по изменению мотивации для провайдеров (поставщиков медицинских услуг) — например, изменение способа оплаты.

Часто 100%-ная компенсация оказанной медицинской помощи и широкий спектр предлагаемых медицинских услуг являются причиной роста расходов на здравоохранение.

Как и большинство других развитых стран, Франция не в состоянии содержать свою систему здравоохранения полностью за счет государственных источников финансирования. Основной задачей французской системы здравоохранения уже многие десятилетия является сдерживание затрат, однако ее организационная структура мешает достижению этой цели. Трудно контролировать расходы в системе с государственным финансированием медицинского обслуживания и ретроспективным возмещением расходов, где больные и производители услуг пользуются неограниченной свободой, где фонды медицинского страхования не несут реальной финансовой ответственности. Поэтому неудивительно, что французская система здравоохранения является относительно дорогой по международным стандартам, и что замедление роста затрат, достигнутое в большинстве стран в 1980-х гг., здесь началось лишь во второй половине 1990-х гг. После увеличения на 1% в период между 1990–95 гг. доля расходов на здравоохранение от ВВП незначительно снизилась между 1995–98 гг. Однако эта тенденция была менее выражена, чем в других европейских странах. С 2000 г. доля расходов от ВВП снова стала расти, составив 11% в 2006 году. По прогнозам, в 2050 году старение популяции жителей Франции приведет к уве-

личению доли расходов на здравоохранение от ВВП на 1,5–3,2% [12].

Контроль расходов является ключевым аспектом французской системы здравоохранения, так как медицинская страховая система сталкивается с дефицитом средств на протяжении последних 20 лет. Дефицит в 10–12 млрд. евро в 2003 году снизился до 6 млрд. в 2007 году, составив 4,1 млрд. к концу 2008 года [20]. Данное достижение может быть следствием следующих мер, предпринятых за последние 2 года: снижение числа коек, ограничение числа оплачиваемых лекарственных препаратов (около 600 лекарственных средств были удалены из списка за последние несколько лет), увеличение назначения дженериков и безрецептурных препаратов, введение добровольной системы контроля доступа к медицинским услугам в амбулаторном секторе. Также с 2008 года ряд расходов пациента в системе медицинского страхования не компенсируется.

Хотя относительно дорогое здравоохранение Франции обеспечивает удовлетворенность пациентов и хорошие показатели здоровья населения, вопросы сдерживания затрат обсуждаются постоянно, поскольку многие меры по уменьшению роста расходов оказались неэффективными и были встречены в штыки профессиональными объединениями, в первую очередь профсоюзами врачей. Организационная сложность французской системы здравоохранения провоцирует конфликт полномочий. Особенно он заметен в отношениях между фондами медицинского страхования и государством, которые за последние десять лет ухудшились. Поиску баланса полномочий уделяется все больше внимания.

Несмотря на сложное устройство французской системы здравоохранения и связанные с этим трудности в управлении, ее эффективность до недавнего времени не вызывала сомнений, и в 2000 г. французская система здравоохранения заняла первое место в рейтинге Всемирной Организации Здравоохранения (WHO, 2000) [19]. Высокая



оценка стала возможной главным образом благодаря наличию множества различных поставщиков услуг, высокой степени свободы пациентов в вопросах выбора места оказания медицинской помощи и врача, широкому спектру услуг, покрываемых государственной системой медицинского страхования, отсутствию очередей на лечение. В целом население довольно здравоохранением в стране. Около двух третей французов вполне удовлетворены своей системой здравоохранения по сравнению с 40% в Великобритании и 20% в Италии [14].

Обеспечение равной доступности медицинской помощи — ключевой элемент в стратегической политике здравоохранения для большинства стран ОЭСР, включая Францию [5]. Под равенством в данном случае подразумевается независимость доступности и качества медицинской помощи от уровня дохода и места проживания пациента. Однако, несмотря на ряд реформ, способствующих уменьшению соответствующих различий, они сохраняются. Поэтому в 1999 году был принят закон о всеобщем медицинском страховании (вступивший в действие с 2000 года), несмотря на то, что он способствовал росту спроса на медицинские услуги. Тем самым обеспечение справедливости было признано более важным, чем сдерживание затрат. Этот закон сделал медицинские услуги еще более доступными: он полностью охватил государственным медицинским страхованием население Франции, освободил малообеспеченные слои населения от прямых платежей. Страховое покрытие во Франции в настоящее время распространяется практически на всех граждан (99,1% населения на 2006 год). После внедрения закона о всеобщем медицинском страховании государство также финансирует медицинские услуги для незаконных иммигрантов (l'Aide Medicale d'Etat; AME) [3, 4, 6]. Страховое покрытие распространяется только на лиц, проживающих на территории Франции не менее 3 месяцев. Начиная с ноября 2007 года, неработающие

граждане ЕС и Швейцарии и члены их семей, прибывшие после 23 ноября 2007 года, могут присоединиться к системе всеобщего медицинского страхования (CMU) только после 5 лет проживания во Франции либо достижения пенсионного возраста. Для семей, чей доход не превышает 8774 евро в год (данные на 2008/2009 год), доступ в CMU предоставляется бесплатно, для остальных размер взноса составляет 8% от чистого дохода. Согласно данным организации «Врачи без границ», во Франции после проведенных реформ насчитывается около 300 тысяч людей без медицинского страхования [17].

Для получения бесплатного дополнительного медицинского страхования годовой доход не должен превышать 7447 евро на одного человека (данные на 2008/2009 год) [23]. Для семей, чей доход недостаточен для того, чтобы позволить покупку дополнительного страхования, но превышает минимальный доход для получения бесплатного добровольного страхования по CMU, расходы на здоровье очень ощутимы. Для облегчения доступа к добровольному медицинскому страхованию лиц с небольшим доходом (до 8936 евро в год на одного человека) была введена система скидок Cheque Sante [22].

Обязательная система медицинского страхования во Франции покрывает стационарную помощь, амбулаторную помощь и лекарства, отпускаемые по рецепту, а также минимально амбулаторную офтальмологию и стоматологию. Система добровольного медицинского страхования покрывает ту часть расходов, которая не компенсируется системой общественного медицинского страхования. Исходя из условий контракта, организации добровольного страхования могут компенсировать часть или полную стоимость (включая и затраты на товары и услуги, превышающие официальные тарифы).

Система обязательного медицинского страхования включает 3 основные программы страхования: общую программу, сельско-





хозяйственную программу, несельскохозяйственную программу для самостоятельно занятых работников. Остальные программы покрывают особые категории населения на трудовой основе (например, шахтеры, моряки и т.д.).

Страховые медицинские фонды во Франции представляют собой созданные в соответствии с законом организации, членство в которых определяется по роду занятости и таким образом не имеет конкурентной основы. Существует ограниченная конкуренция между организациями взаимного страхования, осуществляющими добровольное медицинское страхование. Вследствие привязанности организаций взаимного страхования к определенным рабочим местам, у служащих обычно имеется возможность выбора 1–2 организаций взаимного страхования. Оплата медицинских услуг производится пациентом, компенсация расходов которого производится затем страховым медицинским фондом. Как правило, пациенты расплачиваются самостоятельно, а затем получают возмещение затрат от страховых фондов. Это правило не распространяется на госпитализации (страховые фонды платят напрямую в стационар) и на бенефициариев СМУ (с доходом ниже установленного). В системе обязательного медицинского страхования компенсация расходов пациента не является 100%-ной. Кроме того, чтобы получить компенсацию, процедуры, препараты и другие услуги должны входить в списки компенсируемых страховыми фондами услуг.

Разница в количестве денег, затрачиваемых пациентом на медицинскую услугу и компенсируемых страховым фондом (то есть оплачиваемая пациентом часть взаимного платежа, а также любое превышение официальных расценок), оплачивается самим страхуемым либо дополнительным страховщиком.

До того, как был принят закон о СМУ, лица с низким доходом, которым услуги дополнительного страховщика были не по карману, имели значительные расходы на

медицинскую помощь [8]. Пропорции в разделении затрат варьируются в зависимости от вида медицинской помощи: стационарная — 20% и ежедневная плата в размере 16 евро, амбулаторная — 30%, стоматологическая — 30% оплачиваются пациентом. Пациенты с хроническими заболеваниями и неимущие слои граждан освобождены от доплат. Величина компенсации за лекарства зависит от доказанной эффективности препарата: 0% для высокоэффективных препаратов, 35, 65 и 100% для препаратов с ограниченной терапевтической ценностью. К доплатам, которые не могут быть возмещены системой частного медицинского страхования, с 2008 года также относятся: 1 евро за визит к врачу (Raffarin евро), 0,5 евро за рецептурный препарат, 2 евро за транспортировку пациента и 18 евро за дорогостоящее лечение. Компенсация в системе общественного медицинского страхования основывается на справочной цене. Разница между справочной ценой и суммой, заплаченной врачу, компенсируется самим пациентом и может быть покрыта системой дополнительного частного медицинского страхования. Лица, получающие пособия по нетрудоспособности и инвалидности, а также пособия вследствие производственной травмы, лица с определенными хроническими заболеваниями и люди с низким доходом, дети освобождены от доплат. Доплаты в стационарном секторе не применимы после 31 дня госпитализации. При стоимости процедур свыше 200 евро, а также при некоторых хирургических вмешательствах доплаты не взимаются. Для получения компенсации за потраченные на здоровье средства пациент посылает счет в фонд медицинского страхования и в среднем через 12 дней получает установленную компенсацию [2].

Финансирование общественной медицинской страховой системы во Франции осуществляется за счет налога с заработной платы с работодателя и служащего (43% от суммарных доходов системы), подходящего



налога (33%), введенного в 1990 году налога на алкоголь и табак (8%), государственных субсидий (2%), а также за счет переводов из других подразделений системы социальной защиты. С 1998 года размер отчислений с заработной платы на цели социального страхования снизился с 6,8 до 0,75%. Взносы в систему социального страхования стали базироваться на общем доходе. По закону о финансировании системы социальной защиты от 2001 года размер взноса составил 5,25% от трудового дохода, капитала или выигрышей и 3,95% от пособий (пенсии и пр.). Финансирование страховых медицинских фондов таким образом было частично отделено от заработка, став менее зависимым от зарплат и изменений в трудовом статусе.

Повышение эффективности системы здравоохранения — одна из основных задач для общественных страховых медицинских фондов во Франции. Нововведения включают создание национальной компьютеризированной системы медицинской документации. Процедурные изменения касаются в основном улучшения координирования между различными сферами здравоохранения и реорганизации кадровых ресурсов, например, передача некоторых врачебных функций медицинским сестрам.

Руководство общественными страховыми медицинскими фондами осуществляется советом представителей равного количества работодателей и служащих (профсоюзы). Каждый год парламент устанавливает лимит по уровню роста расходов в системе общественного медицинского страхования (ONDAM), введенный с 1996 года. В 2004 году были образованы две новые ассоциации: Национальный союз медицинских страховых фондов (UNCAM) и Национальный союз фондов добровольного медицинского страхования (UNOCAM), объединяющие все фонды медицинского страхования.

Дополнительная система медицинского страхования представлена тремя видами организаций: ассоциациями взаимного стра-

хования, частными коммерческими страховыми компаниями и социальными организациями. В большинстве случаев дополнительное страхование обеспечивается работодателями для всех работников либо для определенной группы, если заключен контракт со страховщиком. Однако около 43% застрахованных приобретают дополнительный контракт по собственной инициативе. Недавно коммерческие страховые организации начали предоставлять услуги, не включенные в список обязательной программы медицинского страхования. Например, компания AXA предложила услугу по организации срочного приема у именитых специалистов, однако вскоре эта услуга была запрещена ассоциацией врачей и парламентом.

Государственные расходы составляли 79,1% в структуре общих расходов на здравоохранение в 2005 году. Добровольное медицинское страхование в настоящее время покрывает около 92% населения. В 2005 году доля расходов пациента и системы добровольного медицинского страхования в структуре расходов на здравоохранение составила 7,4 и 12,8%, соответственно. С 2000 года лица с низким доходом получили бесплатное покрытие системой добровольного медицинского страхования (CMU-C), бесплатную офтальмологическую и стоматологическую помощь, к тому же они не облагаются дополнительными платами.

Обеспеченность врачами по стране колеблется в широких пределах. Власти пытаются выправить ситуацию, используя дифференцированный подход в рамках системы *numerus clausus*, увеличивая прием в медицинские вузы и интернатуру в тех регионах, где врачей не хватает. Хотя межрегиональные диспропорции за последние 30 лет удалось несколько сгладить, меры по регулированию численности студентов-медиков не всегда оправдывали ожидания. 69% врачей работают в том регионе, где они учились, но многие специалисты находят интернатуру в тех регионах, где врачей не хватает, а окончив





ее, возвращаются работать в свой регион. В будущем, возможно, удастся выровнять меж-региональные различия, поскольку в тех регионах, где сейчас врачей особенно много (Иль-де-Франс, Прованс-Альпы-Лазурный Берег и другие), велика доля пожилых врачей.

Амбулаторный сектор. Врачи амбулаторного сектора системы здравоохранения Франции работают на самостоятельной основе и получают гонорар за оказанные услуги. Стоимость визита к специалисту (23 евро) незначительно отличается от стоимости визита к врачу общей практики (22 евро). Размер гонорара определяется путем переговоров между правительством, общественной системой медицинского страхования и медицинскими объединениями. В зависимости от стажа врачи могут назначать более высокий гонорар, однако медицинские ассоциации рекомендуют придерживаться разумных пределов.

Амбулаторный сектор системы здравоохранения Франции за последние двадцать лет испытал целый ряд нововведений. Идея курирования («gate-keeping») амбулаторных пациентов с начала 90-х годов привлекала значительное внимание и вызвала жаркие дебаты. Учитывая свободу пациентов в доступе к любому специалисту и врачу общей практики, возможность регулирования потребности в медицинской помощи врачей-специалистов представлялась весьма привлекательной в плане снижения излишних консультаций и услуг и, следовательно, расходов. Только в 1998 году удалось претворить эту идею в жизнь, когда Национальный страховой фонд и профсоюз врачей общей практики «MG France» подписали соглашение. Согласно введенной системе, пациент и врач общей практики подписывали контракт, по которому пациент соглашался посещать врача-специалиста только по направлению своего курирующего врача, которого нельзя было поменять в течение 1 года после заключения контракта. Врачи общей практики, а также их пациенты должны были соблюдать определенные правила: следова-

ние тарифам, установленным в соглашении, не допускать прямых платежей пациентом, обеспечивать хранение медицинских записей о пациенте, организовывать последовательное (преемственное) наблюдения, участие в общественных превентивных программах, соблюдение практических рекомендаций, назначение в большей мере недорогих и дженерических препаратов. Участие в системе было финансово привлекательно для врачей общей практики: 46 евро в год за каждого пациента. Тем не менее, эта система провалилась, так как ее приняли только 10% врачей общей практики и 1% пациентов.

Провал идеи курирования амбулаторных пациентов был связан с тем, что, во-первых, поддержавшие идею врачи, представляющие союз «MG France», составляли менее 30% всех врачей общей практики. Во-вторых, в Национальном страховом фонде опасались, что система не поможет снизить расходы, а лишь приведет к их увеличению. В самом деле доходы врачей общей практики увеличились на 60%. В-третьих, реформа привела к накалу политической обстановки, так как объединения специалистов и большинство врачей общей практики активно противодействовали данной реформе. До 2002 года главный союз врачей (CSMF) отказывался подписывать все соглашения, предоставляя министерству здравоохранения и Национальному фонду право регулировать систему в одностороннем порядке. Газета Le Monde в августе 2004 года комментировала проводимые реформы как реформы в «американском стиле». Во Франции проводимые реформы вызвали резонанс и рассматривались либо как меры, призванные приватизировать и ограничить общественное здравоохранение, либо как простое подражание американской модели.

Доктор Sandrine Buscail, президент национального союза молодых врачей общей практики, комментировала проводимые реформы в амбулаторном звене. С ее слов, здоровье превращается в предмет торговли,



так как слишком много внимания экономистов уделяется вопросам стоимости, а в конечном счете провал этой реформы можно будет свалить на врачей общей практики, открыв дорогу частному страхованию, связав провал с невозможностью сохранения системы социального обеспечения.

В январе 2005 года союз CSMF и два других профсоюза врачей подписали новое соглашение на внедрение новой системы «приоритетного врача» («preferred doctor»). Соответственно предыдущая система курирования амбулаторных пациентов прекратила свое существование. Согласно новой системе, каждый пациент старше 16 лет может на добровольной основе выбрать себе «приоритетного врача», специалиста либо врача общей практики, которого можно поменять в любое время. В отличие от предыдущей системы, пациенты не были освобождены от прямых платежей. Врачи получают 40 евро в год за каждого пациента с определенной хронической патологией, лечение которого проводится в соответствии с утвержденным протоколом. Врачи общей практики имеют право требовать большую сумму с тех пациентов, которые консультируются у них вместо своего «приоритетного» врача либо отказались присоединиться к данной системе. В этих случаях размер компенсации за визит снижается с 70 до 50% (с февраля 2009 года до 30%). Финансовые санкции для пациентов применимы также в случае обращения напрямую к специалисту. Для того, чтобы данные расходы не компенсировались дополнительным медицинским страхованием, правительство издало закон в сентябре 2005 года, обязав страховщиков исключить данную опцию из контрактов.

Анализ данных исследования «French health, Health Care and Insurance Survey» (ESPS) 2006 года показал, что на июнь 2007 года 81% пациентов подписали контракт с «приоритетным» врачом — в 99% случаев это были врачи общей практики. Основной причиной для присоединения к программе было пред-

ставление пациентов о ее обязательном характере, хотя это не соответствовало действительности. Другим важным стимулирующим фактором были штрафные санкции. Только 31% пациентов присоединились с целью снижения расходов Национального страхового фонда. Вследствие снижения дохода тех специалистов, прямой доступ к которым был ограничен в результате введения этой системы, поправка к соглашению о внедрении системы «приоритетного врача» в марте 2006 г. предусматривала повышение тарифов для данных специальностей. Рассматривая результаты введения данной системы с политической точки зрения, достижение компромисса между большинством профессиональных объединений врачей явилось положительным эффектом. Однако с экономической точки зрения поправка на увеличение тарифов для специалистов нивелировала потенциальную экономию средств Национального страхового фонда. В результате организаторы здравоохранения Франции пришли к выводу о том, что для лучшего координирования общетерапевтической и специализированной медицинской помощи необходимо принимать меры для тонкого регулирования выбора врача пациентом и учитывать при этом особенности локализации офисов врачей общей практики [15].

Стационарный сектор. По числу коек на 1000 жителей — 8,4, половина из которых койки интенсивной терапии, показатели Франции близки к средним в Европе. Между 1980 и 1998 годами отмечалось уменьшение числа коек, связанное со снижением средней продолжительности госпитализации. В тот же период число госпитализированных продолжало расти. Данные тенденции наблюдались в большинстве стран Западной Европы.

Две трети больничных коек находятся в государственных или некоммерческих стационарах. Оставшаяся треть относится к частным стационарам. Все университетские клиники являются государственными. Врачи государственных и некоммерческих больниц





являются штатными служащими. С 1968 года врачи стационаров получили возможность ведения частных больных в общественных стационарах, что было осуществлено для привлечения наиболее известных врачей в государственные больницы.

До 2003 года услуги государственных больниц оплачивались по числу койко-дней, причем стоимость дня лечения рассчитывалась таким образом, чтобы сбалансировать бюджет больницы. В сущности, это было ретроспективное возмещение всех расходов государственных больниц. В 2003 г. была создана рабочая группа, которая должна была подготовить внедрение оплаты законченных случаев лечения в терапии, хирургии и акушерстве в 2004–2005 гг. в соответствии с диагнозом-ассоциированными случаями. С 2008 года все больницы и клиники финансируются по проспективной системе оплаты, схожей с американской системой диагнозом-ассоциированных групп. Во Франции разрабатывается и оригинальная система диагнозом-ассоциированных групп, которая будет полностью введена в 2012 году. Кроме того, государственные и некоммерческие стационары получают дополнительные гранты для компенсации их исследовательской и учебной активности (дополнительно до 13% бюджета) и за оказание неотложной помощи, сбора и трансплантации органов (в среднем дополнительные 10–11% больничного бюджета).

Последние 20 лет в стационарном секторе были проведены следующие реформы. Согласно плану *Beregovoy*, в 1982–83 гг. была введена фиксированная ежесуточная плата за нахождение в стационаре. После введения в начале 1980-х гг. специального инструмента для планирования медицинской помощи — «санитарной карты» страны (*carte sanitaire*) — число коек в больницах для лечения острых состояний сократилось с 6,2 до 4,2 на 1000 населения. В 1984 г. был введен метод глобальных бюджетов для стационаров. В 1996 году Жюппе начал реорганизацию стационаров. Согласно плану Жюппе,

основным нововведением было создание региональных госпитальных агентств, представляющих собой усовершенствованные структуры по управлению стационарами. В 1999 году контроль над стационарным звеном был передан государству, а региональные госпитальные агентства получили полномочия регулирования частного сектора.

В последние десять лет, с введением региональных стратегических планов развития здравоохранения, подход к планированию стационарной помощи стал более качественно ориентированным, учитывающим географическое распределение и предусматривающим создание сетей больниц. Одной из основных целей региональных стратегических планов развития здравоохранения на 1994–1999 гг. было слияние медицинских учреждений и закрытие мелких больниц, с трудом комплекующих штаты. Согласно планам на 1999–2004 гг., больницы были разделены на категории в соответствии с их техническими возможностями по оказанию перинатальной и неотложной медицинской помощи с организацией их взаимного сотрудничества. К концу 2001 г. в целом по стране прошло более 300 реорганизаций с целью слияния, закрытия и перепрофилирования (например, с лечения острой патологии на восстановительное лечение) больниц и больничных отделений.

Учитывая, что стационарный сектор поглощает около 1/2 всех расходов на здравоохранение, в последние годы он подвергается все увеличивающемуся давлению в связи с необходимостью улучшения эффективности. Поэтому в 2003 году была начата амбициозная программа, известная как «*Hopital 2007*», направленная на увеличение эффективности и оптимизации управления в стационарном секторе, с предоставлением стационарам большей автономности [21, 9].

Новая система оплаты стала активно вводиться в общественном секторе, начиная с января 2004 года. Частные стационары полностью перешли на новую систему оплаты с



1 марта 2005 года. Целью на настоящий момент является гармонизация цен для всех учреждений (общественных и частных) к 2012 году.

Не будет преувеличением сказать, что ни одна из реформ здравоохранения во Франции не получала такой поддержки. Частные и государственные больницы наравне с вовлеченными медицинскими организациями одобрили основные принципы и новый метод финансирования. Правительство провозгласило, что одинаковый подход к частным и общественным стационарам является основной целью данной реформы. Понятие конкуренции не было упомянуто, однако очевидно, что одной из целей было увеличение конкуренции в стационарном секторе и, как следствие, стимулирование эффективности. Однако необходимы дальнейшие меры для регулирования конкуренции без снижения качества медицинской помощи и значительного увеличения расходов, так как очевидно, что обеспечение конкуренции между частными и общественными стационарами — не самая простая задача [1, 11].

Альтернативная госпитализации медицинская помощь во Франции активно поощряется. К таким альтернативным способам относятся: хирургические вмешательства в дневном стационаре и лечение пациентов на дому. В перспективе создание региональных агентств по здоровью (Agences Regionales de Sante), основная цель которых заключается в определении потребностей в медицинской помощи на региональном уровне, обеспечение равного доступа для всех граждан и оптимизация соотношения объемов стационарной, амбулаторной и социальной помощи. Создание региональных агентств по здоровью предполагает также поиски способов разрешения неравномерного распределения врачей между регионами путем введения штрафных санкций для врачей, практикующих в регионах с высокой плотностью врачей.

Другое нововведение предполагает создание локальных больничных объединений

(communités hospitalières de territoires) несмотря на риски закрытия мелких больниц. Целью данной реформы является концентрирование сложных хирургических вмешательств в крупных стационарах, учитывая связь между количеством проводимых хирургических вмешательств и их результатами.

Лекарственные средства. На французском рынке продаются 8250 наименований лекарственных препаратов (соответствующих 4570 различных лекарственных средств). Более половины из них (4500) входят в перечни лекарственных средств, расходы на которые подлежат компенсации из средств социального страхования. На долю этих лекарств приходится 91,5% товарооборота аптек. Фонды обязательного медицинского страхования возмещают расходы на лекарственные средства, включенные в базовый перечень, утверждаемый приказом министра здравоохранения по рекомендации Комиссии по транспарентности и Экономического комитета по медицинской продукции. Чтобы попасть в этот перечень, препарат должен быть либо более эффективным клинически, чем другие лекарства той же группы, либо экономически выгодным.

Цены на лекарства устанавливает Экономический комитет по медицинской продукции по согласованию с производителями. Цена препарата зависит от его превосходства над другими лекарствами его терапевтической группы, включенными в базовый перечень, от цен на другие препараты с аналогичными показаниями к применению, от ожидаемого объема продаж, а также от конкретных условий его применения.

Монопольное право отпуска лекарств населению принадлежит аптекам. Владелец аптеки может быть только квалифицированный фармацевт, и только фармацевт может создать компанию для управления аптекой. Такой фармацевт или компания могут владеть только одной аптекой. В 2000 г. в стране было 22 700 аптек. Число аптек нормируется в зависимости от численности





обслуживаемого населения и расстояния до ближайшей аптеки либо подчиняется специальному распоряжению.

Регулирование цен на лекарства является испытанным способом контроля за расходами. Цены производителей, нормы прибыли оптовых и розничных торговых предприятий, а также налоги регулярно пересматривались в сторону понижения, особенно в 1980-х гг. Тогда же, в 1980-х гг., чтобы уменьшить расходы системы государственного медицинского страхования на лекарства, была уменьшена или даже отменена компенсация для некоторых лекарств. Так, в 1982 г. была уменьшена ставка возмещения для лекарств от кашля, отхаркивающих средств, флеботоников и некоторых витаминов. В 1985 г. та же участь постигла средства от диареи, спазмолитики и вазодилататоры. Кроме того, в 1992 г. общие уровни возмещения расходов на лекарства (кроме тех, расходы на которые компенсировались полностью) были уменьшены на 5% (с 70 до 65%).

С начала 1990-х гг. политика в области фармацевтики изменилась. Стали применяться меры, способствующие более рациональному применению лекарств, а регулирование работы фармацевтической отрасли приняло договорный характер. С 1994 г. правительство и Национальный профсоюз работников фармацевтической промышленности регулярно заключают «рамочные соглашения». В них определяются общие цели сторон и общие условия для договоров, которые затем заключаются Экономическим комитетом по медицинской продукции с каждым производителем.

В связи с относительно низкой ценой на лекарства во Франции до 1990-х гг. особой нужды в поощрении использования непатентованных лекарств не было. В 1997 г. вышло распоряжение правительства, в котором было определено понятие непатентованного лекарственного средства, а в 2000 г. Национальный фонд медицинского страхования издал и распространил среди врачей справочник по терапевтической эквивалентности лекарствен-

ных препаратов и провел широкую кампанию по его рекламе. И, наконец, в июне 1999 г. аптекам разрешили заменять патентованные средства непатентованными аналогами, оставляя аптечную наценку такой же, как при продаже оригинального препарата.

Во Франции за последние годы учреждено несколько комитетов и агентств для выполнения специальных функций в сфере здравоохранения. Основанный в 1991 году и входящий в состав Министерства здравоохранения Комитет по здравоохранению (Haut Comité de Santé Publique) обеспечивает руководство и содействие в принятии решений проблем здравоохранения и вопросов организации здравоохранения. Согласно реформе 1996 года, Комитет предоставляет ежегодный доклад для Национальной конференции по здоровью и парламенту. Национальная конференция по здоровью проводится ежегодно с целью определения приоритетов и направления политики в области здравоохранения правительством и парламентом. С 2002 года к ее целям также относится контроль за соблюдением прав пациента.

За безопасность медицинских препаратов и пищевых продуктов отвечают два специальных агентства (AFSSAPS и AFSSA) и Институт мониторинга общественного здоровья. Координирование деятельности этих учреждений осуществляет Национальный комитет по медицинской безопасности. В апреле 2001 года к их числу присоединилось Агентство по безопасности и гигиене окружающей среды. Экономический комитет по медицинским товарам устанавливает цены на лекарства и медицинские устройства, контролирует соответствие затрат на лекарства ежегодному плану по расходам. Он заключает также длительные соглашения с фармкомпаниями, внедряя меры по контролю затрат. Во Франции существует также Агентство информации о стационарной помощи, которое занимается сбором данных обо всех госпитализациях и участвует в разработке плановых показателей стационарной помощи.



Оценка и обеспечение качества медицинской помощи стали актуальной проблемой в 90-е годы XX века для всех стран Европы. Для мониторинга контроля качества в больницах и клиниках во Франции используется система аккредитации. Согласно постановлениям правительства Франции от 1996 года, все учреждения здравоохранения должны быть аккредитованы и в 1997 году во Франции было создано Национальное агентство по аккредитации и оценке здравоохранения (ANAES). Процедура аккредитации, проводимая ANAES, представляет собой внешнюю оценку качества и безопасности медицинской помощи внутри учреждения. Учреждения и специалисты в области здравоохранения также участвуют в мероприятиях по контролю качества, проводимых ANAES, включая обязательную аккредитацию общественных и частных госпиталей и добровольный аудит самостоятельно занятых медицинских работников. ANAES также издает

практические рекомендации, адресованные медицинским работникам, являющиеся добровольными по своей сути. Стационары проходят обязательную аккредитацию каждые 4 года, которую проводит команда экспертов. Критерии аккредитации и отчеты публикуются на сайте Национального управления по здравоохранению (www.has-sante.fr). Каждые 5 лет врачи проходят внешнюю аккредитацию в виде аудита. Для врачей стационаров проверка профессиональных навыков может осуществляться в рамках аккредитационного процесса. Для амбулаторных врачей аудит проводится независимой комиссией, одобренной Национальным управлением по здравоохранению.

В целом анализ развития системы здравоохранения Франции показывает, что в течение двух последних десятилетий реформы в отрасли не прекращаются. Однако в последние годы возникли новые задачи и приоритеты несколько изменились [16, 7].



Литература

1. Cases C. French health system reform: recent implementation and future challenges// Eurohealth. — 2006. — Vol. 12. — № 3. — P. 10–11.
2. Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. The volume-outcome relations in hospitals. IRDES, September 2008. — № 135.
3. Cost Sharing for Health Care: France, Germany, and Switzerland// <http://kff.org/insurance/upload/7852.pdf>
4. Couffinhal A., Paris V. Cost sharing in France. CREDES, working paper, 2003.
5. Docteur E., Oxley H. Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. <http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>
6. Durand-Zaleski I. The health system in France//Eurohealth. — 2008. — Vol. 14. — № 1. — P. 3–4. http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf
7. Dutton P.V. France's model healthcare system. The Boston Globe 2007. http://www.boston.com/news/globe/editorial_opinion/oped/articles/2007/08/11/frances_model_healthcare_system/
8. Grignon M., Perronnin M., Lavis J. Does free supplementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France. CHEPA working paper series. Paper 06–02.
9. HealthPolicyMonitor/Survey #9, 2007/Hospital 2007. <http://www.hpm.org>
10. Imai Y., Jacobzone S., Lenaine P. The changing health system in France. Economics department working papers № 269. <http://www.oecd.org/dataoecd/15/26/1885750.pdf>.





11. Interview with Xavier Bertrand, French minister of health//Eurohealth. — 2006. — Vol. 12. — № 3. — P. 12–15.
12. Jemai N. Recent French health reform proposals//Euro Observer. — 2004. — Vol. 6. — № 2. — P. 1–3.
13. Law M. and Wald N. Why heart disease mortality is low in France: the time lag explanation//BMJ. — 1999. — Vol. 318. — P. 1471–1476.
14. Mossialos E. Citizens' view on health systems in the 15 Member states of the European Union//Health Economics. — 1997. — Vol. 6. — P. 109–116.
15. Naiditch M., Dourgnon P. The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping//IRDES, March 2009, Working paper DT № 22.
16. Rodwin V.G., Pen C.L. Health care reform in France — the birth of state-led managed care//N. Engl. J. Med. — 2004. — № 351 (22). — P. 2259–2262.
17. Sandborn T. French health-care reform: 30 000 uninsured: France's experience offers a caution to Canadians seeking similar health-care reform//Catholic New Times 2006. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0MKY/is_9_30/ai_n16462547/.
18. Sandier S., Paris V., Polton D. Health Care Systems in Transition. France 2004. <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.
19. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000. <http://www.who.int>.
20. Zeynep O. Changing regional health governance in France//Eurohealth. — 2008. — Vol. 14. — № 4. — P. 7–8. http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14No4/Eurohealth_14.4_interim%20web_v2.pdf.
21. Zeynep O., Pouvourville G. French hospital reforms: a new era of public-private competition?//Eurohealth. — 2006. — Vol. 12. — № 3. — P. 21–24.
22. <http://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/cmu/assistance/>.
23. <http://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/cmu/protection-complementaire/>.

UDK 614.2

Solodkiy V.A., Perkhov V.I., Stebunova R.V. **Overview of the healthcare reforms in France in the last 20 years** (Federal Research Russian Center of rentgenoradiology of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia; Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia; Russian Academy of Medical sciences, Russia)

Abstract: Key features of the healthcare system in Russian Federation during last years consist in preponderance of administrative measures to provide effectiveness over medical-organizational measures. The latter measures include delegation of authorities in terms of healthcare provision, rationing, state control and optimizing health-care provision in terms of medical services, devices and pharmaceuticals, as well as development of remuneration system for employees and managed competition. How does modern Russian healthcare system comply with international experience of healthcare policy and reforms? This article provides description of various measures to increase effectiveness of public funding in France.

Keywords: foreign healthcare systems, healthcare reform, health care organization, cost-effectiveness in health-care, system of health insurance.



→ **Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н утверждена новая форма типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключаемого между ТФОМС и страховой медицинской организацией (СМО). Что год грядущий нам готовит?**

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредседатель Комитета независимой экспертизы НП «Национальная медицинская палата», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, alexstarchenko@mail.ru

РАЗБАЛАНСИРОВКА ШТРАФНЫХ САНКЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС

Приложением № 3 к типовому договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 сентября 2011 г. № 1030н, объявлен «Перечень санкций за нарушение договорных обязательств по настоящему договору», в котором имеется п. 11 «Нарушения деятельности по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи», конкретизирующийся следующим образом (табл. 1).

Обращает на себя внимание, что п. 11.1 «Невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля» фактически совпадает с содержанием п. 11.6 «Неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований их применения». Однако санкции, предусмотренные указанными пунктами, существенно разнятся. Таким образом, данным приказом Минздравсоцразвития России заложен очередной конфликт в систему взаимоотношений между ТФОМС и СМО.

Отдельного рассмотрения заслуживают попытка Минздравсоцразвития России «прижучить» СМО устанавливаемыми размерами штрафных санкций и связанная с этим проблема соотношения штрафных санкций в системе ОМС с риском и объемом потенциального вреда для жизни и здоровья гражданина РФ.

Учреждение здравоохранения, оказывая застрахованному лицу медицинскую помощь, несет риск причинения потенциального вреда жизни и здоровью гражданина ненадлежащим качеством оказания ему медицинской помощи. При этом договорными отношениями между СМО и учреж-

Таблица 1

**Перечень санкций за нарушение договорных обязательств
по настоящему договору (Извлечение)**

№ п/п	Наименование нарушения	Уменьшение финансирования (руб., %)	Финансовые санкции за счет собственных средств страховой медицинской организации (руб., %)
11.1	Невыявление дефектов, соответствующих перечню оснований для отказа (уменьшения) оплаты медицинской помощи, установленному в порядке организации контроля	100% необоснованно оплаченной суммы	Штраф в размере 10% от необоснованно оплаченной суммы
11.2	Нарушение сроков проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленных в соответствии с порядком организации контроля		Штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.3	Невыполнение объемов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи		Штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.4	Проведение экспертизы качества медицинской помощи с нарушением требований к специалистам, ее осуществляющим, проведение экспертизы качества специалистом-экспертом, экспертом качества, не включенным в Реестр экспертов		Штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.5	Необоснованное снятие с медицинских организаций денежных средств по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования		Штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения
11.6	Неприменение к медицинским организациям штрафных санкций по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи при наличии оснований их применения		Штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных территориальным фондом на ведение дела страховой медицинской организации за период, в котором допущены нарушения

дением здравоохранения предусмотрены штрафные санкции за ненадлежащее качество медицинской помощи, повлекшее нанесение вреда здоровью или причинившее смерть, в максимальном размере — 200% стоимости медицинской помощи, что в натуральном исчислении составляет от 20 до 30 тысяч рублей.

Одновременно к СМО со стороны ТФОМС за нарушения деятельности СМО по осуществлению контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи предъявляется штраф в размере 10% от суммы средств, перечисленных ТФОМС на ведение дела СМО за период, в котором допущены



нарушения, то есть в размере нескольких сот тысяч или миллионов рублей.

Налицо несоответствие соотношения штрафных санкций в системе ОМС: медицинская организация, реально способная нанести вред жизни и здоровью гражданина и причинить смерть, несет ответственность, несоизмеримо финансово низкую по сравнению с организацией (СМО), которая не несет абсолютно никакой социальной опасности для гражданина ненадлежащим исполнением бюрократических формальностей (проведение экспертизы, заполнение акта экспертизы, соблюдение сроков и объемов экспертиз), но которая отвечает несоизмеримым объемом финансового штрафа.

При этом необходимо учесть и социальные последствия для общества и гражданина подобного несоответствия штрафных санкций:

- вред жизни и здоровью гражданина, причиненный медицинской организацией, имеет существенное значение для последующих расходов на долечивание или на исправление дефектов, а также для возникновения обязательств государства по содержанию инвалида либо вообще не подлежит коррекции в случае летального исхода;

- в то время как ненадлежащее исполнение СМО обязанностей перед застрахованным лицом, как правило, не приводит к воз-

никновению вреда его жизни и здоровью или возникновению у государства обязательств по его содержанию в результате инвалидности.

Минздравсоцразвития России и ФОМС, возглавляемые финансистами, обнаруживают странную финансовую логику: учреждения здравоохранения «бедны» и платить штрафы не могут, страховые медицинские организации «богаты» и должны платить много и часто! При этом, конечно, нельзя забывать и о меркантильной стороне дела: штрафы, взимаемые с СМО, поступают в ТФОМС и ФОМС сверх их бюджетов, то есть чиновники могут ими распоряжаться по своему усмотрению. То есть, чем больше штрафов взыскано с СМО, тем выше премиальная выплата чиновникам ТФОМС и ФОМС, не предусмотренная соответствующим бюджетом.

Таким образом, такая позиция Минздравсоцразвития России и ФОМС является социально нерациональной, несправедливой и опасной, так как распределяет ответственность в системе ОМС без учета потенциального риска причинения вреда жизни и здоровью человека, возлагая основную ответственность на организации, не способные нанести указанный вред, что фактически стимулирует безнаказанность и никоим образом не препятствует росту дефектов качества медицинской помощи.

Здравоохранение-2012

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ БУДЕТ УДЕЛЯТЬ ПОВЫШЕННОЕ ВНИМАНИЕ ПАЦИЕНТАМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Татьяна Голикова предложила общественным организациям пациентов разработать предложения к законопроекту «О федеральной контрактной системе» для совершенствования системы государственных закупок лекарственных средств и технических средств реабилитации инвалидов. «Предлагаю в январе выработать набор определенных предложений, которые можно было бы рассматривать не просто как некие соображения, а уже более полноценной нормы в части лекарственного обеспечения и обеспечения средствами реабилитации», — сказала министр. Также глава ведомства поддержала инициативу представителей общественных организаций пациентов о продлении срока приема предложений по формированию перечня редких (орфанных) заболеваний до конца января 2012 года.

Источник: МВ





На сайте Федерального фонда ОМС, на странице «Экспертиза на коррупциогенность» для общественной экспертизы представлен проект приказа о внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (<http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about/pravoinfo/expertisa>).

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредседатель Комитета независимой экспертизы НП «Национальная медицинская палата», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, alexstarchenko@mail.ru

БИБЛЕЙСКИЕ ИСТИНЫ НЕ ДЛЯ СИСТЕМЫ ОМС: НОВОЕ ВИНО — В СТАРЫЕ МЕХА!

В Министерство юстиции РФ для регистрации направлен Приказ ФОМС № 144 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230»: «В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011 № 25, ст. 3529) и в целях совершенствования организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию ПРИКАЗЫВАЮ: Внести изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный

Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 (зарегистрирован в Минюсте России 28.01.2011 № 19614; «Российская газета», № 20, 02.02.2011) согласно приложению к настоящему приказу. Председатель А.В. Юрин».

В приложении к данному приказу «Изменения, вносимые в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230», имеются нормы, противоречащие действующему законодательству.

1. «11. Подпункт г) пункта 83 изложить в следующей редакции: «при проведении очной экспертизы качества медицинской помощи (пункт 36 раздела V настоящего Порядка) обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи»).

© А.А. Старченко, 2012 г.



Из этого следует, что в пункте 11 Изменений детализируется понятие очной экспертизы качества медицинской помощи, что ПРОТИВОРЕЧИТ нормам статьи 40 «Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», которая в части 6 и 7 не содержит термина очная экспертиза качества медицинской помощи.

Таким образом вводится не соответствующее федеральному закону понятие, ограничивающее право учреждения здравоохранения, страховой медицинской организации, которым вменяется обязанность исполнения очных экспертиз, не предусмотренных законом, за невыполнение которой предусмотрены штрафные санкции, то есть незаконно вводятся ограничительные меры.

Выполнение так называемой очной экспертизы качества медицинской помощи требует серьезного уточнения и предельной осторожности. Указанное в ст. 36 Приказа ФОМС от 01.12.10 № 230 информирование застрахованного лица-пациента о степени соответствия оказываемой ему медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи может рассматриваться как вмешательство в оказание медицинской помощи, так как врач-эксперт, представляя СМО, не вправе в отсутствие лицензии у последней оказывать медицинскую помощь. Любое вмешательство со стороны представителя СМО в оказание медицинской помощи будет рассматриваться как, с одной стороны, безлицензионная деятельность, с другой стороны, лишит СМО статуса независимого эксперта качества медицинской помощи и, наоборот, при возникновении вреда жизни и здоровью осложнит ситуацию отнесением СМО к соответчику наряду с учреждением здравоохранения по иску о возмещении вреда здоровью при оказании медицинской помощи.

Поэтому положение об очной экспертизе качества медицинской помощи требует отдельного подробного регламента и не может ограничиваться общими рекомендациями.

К примеру, на сайте одной из ведущих СМО, осуществляющей деятельность в системе ОМС, указано, что врачи-эксперты данной СМО широко внедрились и проводят так называемые очные экспертизы в следующих формах: консультации больных, осмотры тяжелых пациентов, клинический обход, профессорский консилиум, разбор клинических случаев. Далее «технологами ОМС» указано на якобы имеющее место преимущество очной экспертизы: «Следует отметить, что очная экспертиза позволяет наиболее эффективно влиять на ход лечебно-диагностического процесса. Скорректированные высококвалифицированными специалистами страховой компании планы обследования и лечения способствуют повышению качества оказанной медицинской помощи».

При детальном рассмотрении вывод должен быть один: сотрудники страховой медицинской организации в отсутствие лицензии на медицинскую деятельность осуществляли такую в форме консультаций, клинических профессорских обходов, медицинских консилиумов пациентов, разборов клинических случаев и коррекции планов обследования и лечения пациентов. Во-первых, налицо грубое нарушение лицензионного законодательства — оказание медицинской помощи в отсутствие лицензии.

Во-вторых, участие экспертов в обследовании и лечении пациентов в указанных на сайте формах свидетельствует о том, что экспертиза медицинской помощи по данным законченным страховым случаям, по которым осуществлено безлицензионное вмешательство в тактику обследования и лечения, невозможна. Вмешательство экспертов СМО, к тому же безлицензионное, в медицинскую деятельность учреждения здравоохранения исключает в последующем независимость экспертизы данной СМО в рамках любой экспертизы (медико-экономической, экспертизы качества), так как в





случае неблагоприятного исхода данного случая оказания медицинской помощи **сотрудники учреждения здравоохранения обязательно укажут**, что неблагоприятный исход связан с вмешательством экспертов СМО в ход лечебно-диагностического процесса.

При таком подходе главная цель системы ОМС — защита прав застрахованных на основе независимой экспертизы СМО недостижима, так как врач-эксперт скомпрометировал себя и всю СМО участием в оказании медицинской помощи. Из представителя пациента, независимого эксперта и защитника пациента СМО превращается в соответчика совместно с ЛПУ по иску пациента.

При такой организации очной экспертизы со стороны СМО невозможны объективный анализ и оценка объемов и качества медицинской помощи, так как такое взаимодействие СМО и ЛПУ фактически представляет собой монопольный сговор за спиной застрахованного лица и ТФОМС, который будет вынужден оплачивать и медицинскую помощь, оказанную ЛПУ, и экспертную деятельность СМО (в рамках средств на ведение дела) по сговору.

В целом из рассмотренных выше положений о фактической беспредметности экспертизы объемов и качества медицинской помощи следует, что эксперт на основании данного документа может признать ненадлежащее качество всех и каждого страхового случая!

Новое законодательство системы ОМС в данном случае поощряет либо неподкрепленную законом амбициозность эксперта, волюнтаризм и сведение счетов, либо коррупционность. Все это не имеет ничего общего с законностью, объективностью и справедливостью.

Все это нарушает и незаконно ограничивает право застрахованного лица, предусмотренное пунктом 6 части 1 ст. 16 Закона РФ № 326-ФЗ: *«Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц: 1. Застрахованные лица имеют право на: б) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной*

информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи».

2. В пункте 11 оспариваемого Приказа ФОМС № 144 указано, что внештатный эксперт страховой медицинской организации *обсуждает с лечащим врачом и руководством медицинской организации предварительные результаты экспертизы качества медицинской помощи*, что является:

— нарушением требований части 9 ст. 83 Закона № 326-ФЗ, где не предусмотрено никакого рода обсуждений: *«9. Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи оформляются соответствующими актами по формам, установленным Федеральным фондом»;*

— попыткой сговора между экспертом и проверяемым им учреждением здравоохранения и формулированием недостоверных результатов экспертизы качества медицинской помощи и недостоверных данных о качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, что нарушает право застрахованного лица, предусмотренное пунктом 6 части 1 ст. 16 Закона РФ № 326-ФЗ: *«Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц: 1. Застрахованные лица имеют право на: б) получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи».*

3. Приложение 3 к изменениям, вносимым в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Экспертное заключение (протокол оценки качества медицинской помощи)» не содержит данных о фамилии, имени и отчестве застрахованного лица, по заявлению которого проводится экспертиза качества медицинской помощи.



3.1. Отсутствие в экспертном заключении и акте экспертизы данных о фамилии, имени и отчестве застрахованного лица лишает его права обращения в суд (ст. 1, 2 Закона РФ «Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан») с иском к учреждению здравоохранения с приложением «обезличенного» экспертного заключения в качестве доказательства оказания данному застрахованному лицу медицинской помощи ненадлежащего качества.

3.2. Отсутствие в экспертном заключении и акте экспертизы данных о фамилии, имени и отчестве застрахованного лица лишает его права обращения в суд с иском к учреждению здравоохранения с приложением «обезличенного» экспертного заключения в качестве доказательства оказания данному застрахованному лицу медицинской помощи ненадлежащего качества, предусмотренного п.п. 8, 9, 10 ч. 1 ст. 16 Закона РФ № 326-ФЗ: «Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц: 1. Застрахованные лица имеют право на:

8) возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи

с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

9) возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;

10) защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования».

Таким образом, проект приказа ФОМС № 144 «О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230» не соответствует требованиям Указа Президента РФ от 20.03.01 № 318 и Постановления Правительства РФ от 13.08.97 № 1009, то есть нарушает и незаконно ограничивает права граждан в системе ОМС.

Здравоохранение-2012

ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ БУДЕТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНО

На заседании Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздравсоцразвитии России был принят ряд рекомендаций по усовершенствованию проведения медико-социальной экспертизы. В частности, рекомендовано ввести нормы, предоставляющие право гражданину проходить освидетельствование в присутствии доверенных лиц; доукомплектовать на постоянной основе комиссий медико-социальной экспертизы различными специалистами, в том числе психологами, специалистами по реабилитации, специалистами по социальной работе, а также рассмотреть вопрос о повышении заработной платы сотрудникам учреждений МСЭ; ввести определенные критерии к качеству, эффективности и потребительским свойствам лекарственных средств и технических средств реабилитации, закупаемых за счет государственного бюджета и др.

Сейчас министерство готовится к проведению в регионах России второго пилотного проекта, который нацелен на совершенствование медико-социальной экспертизы.

Источник: МВ





СИСТЕМА АРХИВИРОВАНИЯ И ПЕРЕДАЧИ ИЗОБРАЖЕНИЙ PACS (PICTURE ARCHIVING AND COMMUNICATION SYSTEM) В ОТДЕЛЕНИИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ ПРАКТИКОВ

НИИ детской неотложной хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ), возглавляемый Леонидом Рашалем, осуществляет лечение 20–25% детей с экстренными заболеваниями и травматическими повреждениями. Ежегодно усилиями более 400 высококвалифицированных специалистов и ученых обслуживается около 8500 детей в стационаре и до 50 000 — в детском травматологическом пункте, выполняется свыше 4000 операций. Сотрудники института являются членами мобильной педиатрической бригады, которая оказывает помощь детям не только в России, но и во многих странах мира.

Такая высокая продуктивность института, его врачей во многом обусловлена великолепным оснащением современным медицинским оборудованием. Институт располагает современным лечебно-диагностическим оборудованием, позволяющим проводить рентгенологическую, ультразвуковую, лабораторную диагностику, функциональные исследования, а также использовать современные технологии в проведении эндоскопических исследований и оперативных вмешательств. НИИ обладает возможностями диагностической и лечебной помощи детям с тяжелой черепно-мозговой и сочетанной травмой, переломами костей различной локализации, травмой позвоночника, острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости, гнойно-воспалительными процессами мягких тканей и костей.

После радикальной модернизации отделения лучевой диагностики в 2007 году стала очевидной необходимость установки системы архивирования и передачи изображений PACS (Picture Archiving and Communication System). В результате оснащения новым обо-

рудованием (цифровыми рентгеновскими аппаратами, современными компьютерными и магнитно-резонансным томографами) информационный поток в институте многократно возрос. Для эффективной работы понадобилась система хранения результатов исследований, полученных с различных диагностических аппаратов, классификации информации, ее систематизации и возможности быстрого оперативного доступа к медицинским данным. Кроме того, необходимо было обеспечить интеграцию результатов исследований с электронной историей болезни. Эти задачи позволяет решить специализированное программное обеспечение PACS.

Система была установлена в феврале 2011 года, и к настоящему времени специалистами медучреждения накоплен значительный опыт работы с ней.

С помощью системы PACS AGFA IMPAX:

- создан и пополняется архив медицинских изображений. Не теряется ни один байт диагностической визуальной информации, и вся эта информация доступна в оперативном режиме;

- имеется возможность сравнения результатов исследований пациента, выполненных в разное время с использованием различного оборудования (модальностей): КТ, МРТ, Рентген;

- имеется возможность пополнять архив путем скачивания информации с дисков, полученных от пациентов при переводе из других медицинских учреждений: вся информация оказывается в одном архиве и доступна для просмотра;

- достигается экономия дорогостоящей рентгеновской пленки: распечатывается только информация, необходимая для выдачи на



руки родителям пациентов или для консультации в других учреждениях. По данным НИИ НДХиТ, экономия пленки составила до 90% при рентгеновских исследованиях и до 20% на КТ и МРТ;

— получена уникальная возможность для проведения научных исследований с привлечением всей базы изображений;

— обеспечена оперативность доступа к визуальной информации: сразу после сканирования изображения оказываются в PACS-хранилище и доступны для просмотра во всех отделениях.

«Сейчас можно с уверенностью констатировать, что значительная часть рутинной работы рентгенологического отделения и института в целом уже неразрывно связана с PACS-технологией, — говорит **Алексей Петрайкин, ведущий научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики НИИ НДХиТ, к.м.н., доцент**. Все изображения, включая трехмерные реконструкции, сохраняются в системе PACS и могут в любое время быть проанализированы, а результаты, полученные в разное время, могут просматриваться в режиме сравнения. Это особенно актуально для тяжелых пациентов, детей с сочетанной травмой, у которых исследования (КТ, МРТ, рентгеновские) выполняются неоднократно».

К системе PACS подключено оборудование Philips, генерирующее изображения в формате DICOM 3.0: мобильные С-дуги, ультразвуковые сканеры, два рентгеновских аппарата с системой оцифровки данных с помощью дигитайзеров, МР-томограф с напряженностью поля 3.0 Тесла, 16- и 64-срезовые спиральные компьютерные томографы. Анализ визуальной информации производится на графических станциях EWS, EBW производства Philips, а также на двух диагностических станциях с мониторами высокого разрешения AGFA IMPAX, установленных в ходе монтажа PACS-системы, и IMPAX-клиентах, имеющихся на компьютерах в клинических отделениях. Также к системе



Рис. 1. Общая схема системы PACS

подключены принтеры для печати на фотобумаге и лазерной пленке (рис. 1).

PACS-архив размещен на отказоустойчивых серверах в отдельном кондиционируемом помещении. Характеристики PACS-архива: объем оперативного архива на жестких дисках более 10 Терабайт; объем хранения на стриммерных лентах 36 Терабайт (при условии дополнительной закупки стриммерных лент — не ограничен).

«С учетом объема проводимых в Институте исследований (может составлять более 150 рентгеновских, более 20 МРТ- и более 40 КТ-исследований за сутки, то есть более 15 Гб визуальной информации) данного объема оперативного архива PACS должно хватить на 2 года работы. Долговременное и резервное хранение осуществляется в роботизированной библиотеке на стриммерных лентах. Информация из долговременного архива может быть получена в течение 1–3 минут с момента запроса. Интеграция по протоколу HL7 с системой расписаний (в составе МИС «Медиалог») позволяет сократить время доступа ко всем историческим исследованиям пациента до единиц секунд за счет заблаговременного автоматического извлечения их из долговременного архива», — поясняет **Павел Захаров, консультант по системам PACS/RIS российского офиса AGFA HealthCare**.





В связи с объективными факторами система PACS была установлена в медучреждении спустя три года после введения в эксплуатацию всего диагностического оборудования. Это привело к необходимости выполнения непростой процедуры «миграции» данных, то есть переноса информации с дисковых архивов кабинетов КТ и МРТ, а также электронной базы рентгеновских снимков в единый PACS-архив.

Введение системы в строй было логичным, безболезненным и долгожданным. Монтаж оборудования проходил по плану, без срывов. На первом этапе было установлено основное программное обеспечение, PACS-клиенты на компьютеры пользователей программы IMPAX. Началось тестирование системы, обучение сотрудников отделения лучевых методов диагностики и представителей всех подразделений Института, заинтересованных в просмотре результатов КТ, МРТ, рентгенографии. С этого момента вся медицинская информация автоматически начала поступать в PACS-хранилище. На втором этапе, который прошел незаметно для пользователей, была проведена переустановка PACS-системы и уже начавшего наполняться архива на новое оборудование — отказоустойчивый кластер с общим хранилищем информации SAN. В данной конфигурации оборудование работает и в настоящее время.

«На первом этапе мы столкнулись с психологическим сопротивлением со стороны сотрудников, проходивших обучение работе с системой, — вспоминает Алексей Петрайкин. — Однако затем все они без исключения выразили удовлетворение от возможности использования PACS. Интересно отметить, что наиболее «продвинутыми» пользователями PACS в итоге оказались «классические» рентгенологи, описывающие рентгенограммы. Они лучше других освоили функции диагностических станций на базе IMPAX-клиента».

«По нашему опыту, для обучения пользованию системой PACS возраст не имеет значения, — добавляет Павел Захаров. — Значи-

тельно более существенной является психологическая поддержка коллег, в особенности тех, кто разбирается в компьютерном обеспечении. Кроме того, важен эргономический аспект организации рабочего места: при рассмотрении рентгеновских снимков на негатоскопе не устают глаза, что немаловажно с учетом большого потока пациентов».

Одной из важных составляющих PACS-проекта является продуманность и своевременность сервисной поддержки. «На первых этапах установки системы возникали технологические сложности. Мы звонили на фирму AGFA, и специалисты сразу решали проблемы. Что особенно удивило — не приезжая в наш Институт, а с помощью удаленного доступа, — рассказывает Алексей Петрайкин. — Также необходимо, чтобы инженер из числа постоянных сотрудников лечебного учреждения прошел специальное обучение работе с системой. Оптимально, чтобы он обладал навыками обслуживания компьютерной техники, настройки сетевого оборудования и имел опыт эксплуатации сложной медицинской диагностической техники».

В настоящее время усилиями инженерной группы НИИ НДХиТ при поддержке специалистов AGFA проводится планомерная работа по оптимизации применения полноценной интегрированной HIS/RIS-системы, которая позволяет автоматически создавать в Листе заданий для лаборантов расписание планируемых исследований, что приводит к экономии времени специалистов и обеспечивает более четкое взаимодействие с нейрохирургами, хирургами-травматологами и другими специалистами.

Кроме того, намечены следующие перспективы развития. Поскольку сотрудники различных отделений НИИ все чаще используют функцию просмотра медицинских изображений в системе PACS, необходимо увеличить количество мониторов высокого разрешения. Планируется получение дополнительных лицензий на расширение числа одновременных подключений как для диагностического, так и для клини-



ческого просмотра с помощью «легких» клиентов IMPAX. Также рассматривается возможность подключения планшетных компьютеров ряда сотрудников Института к PACS через отдельный портал и загрузка на них изображений для консультирования с коллегами. Это особенно актуально в условиях реанимации, клиническом разборе пациентов у постели больного и в помещениях, не оснащенных IMPAX-клиентами. Планируется ввести технологию присоединения к истории болезни надиктованных голосовых описаний специалистов лучевой диагностики. Также в ближайшее время будет завершен процесс миграции данных, накопленных в Институте до внедрения системы PACS.

«Установленная в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии информационная PACS-система (AGFA) является необходимым звеном лечебно-диагностического процесса в условиях модернизированной современной клиники, оснащенной высокотехнологичным современным диагностическим оборудованием, — убежден Алексей Петрайкин. — Необходимо внедрение системы PACS как можно раньше, чтобы все результаты работы отделения лучевой диагностики содержались в архиве, могли быть всегда оперативно востребованы для решения практических клинических задач и выполнения научных исследований».

СПРАВКА О КОМПАНИИ:

AGFA HealthCare (бизнес-подразделение AGFA-Gevaert Group, осн. в 1867 г.) специализируется на разработке и внедрении широкого спектра продуктов и решений для здравоохранения: от расходных материалов до диагностического оборудования и интеграции ИТ на уровне отдельного ЛПУ, региона и страны. Компания является признанным мировым лидером в области медицинской визуализации, имея за плечами более чем вековой опыт работы в данной сфере — от аналоговых систем до систем с цифровыми технологиями нового поколения. С начала 1990-х гг. является одним из лидеров на рынке систем хранения и передачи данных (PACS) и информационных медицинских систем (HIS), став одним из разработчиков международных стандартов отрасли (DICOM, HL7, IHE & Security).

ИТ-системы AGFA установлены более чем в 4000 лечебных учреждений по всему миру, а сама компания стала мировым лидером в области интеграции, миграции и объединения медицинских данных. Agfa HealthCare участвовала более чем в 20 проектах по созданию **централизованной электронной медицины регионально-го и национального уровня** для коммерческих и государственных структур в Бразилии, Великобритании, Германии, Канаде, США, Финляндии и Франции.

С 2004 года — ключевой поставщик российского рынка систем оцифровки аналоговых рентгеновских аппаратов (Agfa CR/DR). Решения AGFA реализованы в ЛПУ при Администрации Президента РФ, поликлиник ОАО «Газпром», НИИ неотложной детской травматологии и ортопедии, ФГУ ЦИТО им. Н.Н. Приорова и других клиниках в Москве, Санкт-Петербурге и регионах РФ.

Штаб-квартира находится в г. Мортселе, Бельгия. Подразделения компании расположены в 40 странах, представительства — в 120 странах. Производственные мощности AGFA-Gevaert Group находятся в Америке, Европе и Средней Азии. Общий штат сотрудников — 5700 человек. Оборот по итогам 2010 года составил 1,18 млрд. евро. www.agfa.com/healthcare.



ОСОБЕННОСТИ ПОСТАВОК МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В ГОСБЮДЖЕТНЫЕ И ВЕДОМСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ



Закупка медицинской техники по 94-ФЗ... Это тема в любой профессиональной аудитории становится поводом для начала эмоциональной дискуссии... Не стал исключением и Всероссийский форум «Поставки медицинского оборудования и изделий медицинского назначения в ЛПУ. Стратегия 2012», прошедший в начале декабря в рамках форума «Здравоохранение» в Экспоцентре.

Целью форума являлось заострение внимания представителей государственных органов и всех заинтересованных сторон на проблемах, связанных с качеством взаимодействия всех звеньев, задействованных в поставках медицинских изделий в медицинские учреждения. В рамках форума был поднят ряд ключевых отраслевых вопросов, в частности, вопрос взаимодействия производителей медицинско-технологического сектора с государственными заказчиками.

По данным Минпромторга России, общий объем российского рынка медицинских изделий в 2011 г. оценивается в 125 млрд. рублей, что составляет около 1% общемирового рынка медицинских изделий. В последнее время наблюдается тенденция устойчивого роста российского рынка, при этом доля российской продукции неуклонно падает и в 2011 году составляет 21%, или в денежном выражении 26,3 млрд. рублей. Этот объем выпуска обеспечивают 1,5 тыс. российских предприятий, из которых около 300 предприятий военно-промышленного комплекса. В структуре отечественного производства традиционно наибольший вес составляют приборы и аппараты — около 38%.

Объем импорта высокотехнологичных медицинских изделий в 2010 г. составил более 60 млрд. рублей, при этом доля российской продукции неуклонно падает...

Медицинское оборудование, включающее в себя столы операционные, светильники, стерилизаторы, камеры дезинфекционные, кровати функциональные и др., составляет 22%. Медицинские инструменты занимают около 13% объема производства медицинских изделий. Изделия медицинского назначения, включающие в себя перевязочные и гигиенические средства, стоматологические материалы, одежду медицинскую, расходные материалы для медицинских исследований, а также шприцы и



иглы, занимают оставшиеся 27%. И хотя доля отечественного производства стремится к нулю, в таких сегментах, как «аппараты рентгеновские медицинские диагностические», доля отечественных приборов составляет более 50%.

Объем импорта высокотехнологичных медицинских изделий в 2010 г. составил более 60 млрд. рублей. Традиционно основные доли импорта приходятся на магнитно-резонансные и рентгеновские томографы, а также ультразвуковые аппараты. В краткосрочной перспективе ожидается увеличение объема рынка ВМИ пропорционально общему росту российского рынка медицинских изделий при сохранении общей структуры импорта и всего рынка ВМИ. Такие данные были приведены в докладе **Андрея Виленского, генерального директора НТЦ «МЕДИТЭКС».**

На госзакупки, по оценке Минпромторга, приходится более 95% объема российского рынка медтехники и медицинских изделий. В 2010 г. на участие в каждом аукционе по закупке медтехники в среднем подавали заявки 1,5 компании, а допускались к торгам — 1,3

В докладах, прозвучавших в рамках форума, была подчеркнута важность регулирования процедуры государственных закупок и применения максимально прозрачных процедур взаимодействия производителей с государственными заказчиками. Отдельного внимания со стороны профессионального сообщества также удостоилась тема регулирования законодательства в области обращения медицинских изделий: «В Российской Федерации еще предстоит внедрить современную модель регулирования в области медицинских изделий, которая бы обеспечивала доступ населения РФ к новейшим меди-

цинским технологиям и обеспечивала при этом максимально возможный уровень безопасности в этой сложнейшей отрасли. Пока правовое поле, в котором существует медико-технологическая отрасль, похоже на лоскутное одеяло: нет единой регуляторно-правовой концепции развития, многие документы не согласованы даже в части ключевых терминов, нет единого плана разработки необходимых элементов такой системы: работа над техническим регламентом о безопасности медицинских изделий приостановлена, разработка законопроекта о регулировании медицинских изделий пока не имеет четких временных очертаний, работа по гармонизации регулирования в области медицинских изделий, проводимая на уровне Таможенного союза, никак не согласована с национальными российскими инициативами, что серьезно затормаживает развитие отрасли и процессы гармонизации законодательства с международными нормами», — заявила исполнительный директор ассоциации IMEDA Александра Третьякова, освещая основные сложности, с которыми сталкивается отрасль сегодня.

Вступление с 1 января в силу нового закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ»; начало работы над законопроектом «О регулировании медицинских изделий»; грядущие изменения в системе государственных закупок; перспективы расширения Таможенного Союза и вступление России во Всемирную Торговую Организацию как факторы, способные оказать существенное влияние на взаимодействие производителей медицинских изделий с контролирующими органами и ЛПУ; перспективу разработки критериев включения медизделий в стандарты лечения и многие правовые акты, скорее всего лишь усугубят неопределенность правоприменительной практики. Например, положение о «взаимозаменяемости медицинского оборудования», ставшего новацией в Законе об основах, порождает вопросы, кто и как будет определять эту взаимозаменяемость.





На фокус-сессии под названием «Особенности поставок оборудования, изделий медицинского назначения и технологий в госбюджетные и ведомственные медицинские учреждения» можно было услышать следующие высказывания:

→ **Тимофей Нижегородцев,**
начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Феде-
ральной антимонопольной службы России (ФАС):

«В ФАС не существует своих отраслевых специалистов по медицинской технике, а Минздравсоцразвития России никаких требований не направляет...»

→ **Александра Третьякова,**
исполнительный директор Ассоциации международных произво-
дителей медицинских изделий (IMEDA) и ключевой эксперт меди-
ко-технологической отрасли в России:

«В ВОЗ невозможно получить никаких внятных рекомендаций по функциональ-
ным требованиям к медтехнике»...

Реплики из зала:

«Нужно создавать группы экспертов, которые будут определять требования к медтехнике».
«Нужно заявлять усредненные характеристики и давать балльную оценку функциональным характеристикам»...

→ **Денис Балакин,**
эксперт Международной юридической фирмы «Гольцблат БЛП»:

«Такие группы могут быть сформированы в отраслевом министерстве, но это ни к чему не приведет...»

Действительно, по данным британских аналитиков, сегодня жизненный цикл любого медицинского изделия составляет 18–24 месяца. Поэтому любое нормативное регулирование в этой сфере имеет риск искусственно ограничить или затормозить технологическое обновление в системе оказания медицинских услуг. К сожалению, примером тому является 74-я статья «ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН»:

Статья 74. Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности

1. Медицинские работники и руководители медицинских организаций **не вправе:**

4) осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением случаев, связанных с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников и иных мероприятиях, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, предусмотренной частью 3 статьи 64 Федерального закона от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» и частью 3 статьи 96 настоящего Федерального закона.



Проблема в цифрах...

На госзакупки, по оценке Минпромторга, приходится более 95% объема российского рынка медтехники и медицинских изделий, составившего в 2009 г. 90–100 млрд. руб. При этом эксперты считали стоимость контрактов завышенной. Аналитики ГК «Бюро» подсчитали: в 2010 г. на участие в каждом аукционе по закупке медтехники (искусственная вентиляция легких, КТ, УЗИ, ЭКГ, рентген) в среднем подавали заявки 1,5 компании, а допускались к торгам — 1,3. Из-за низкой конкуренции снижение начальной цены в среднем составляло лишь 1,27%, указывает компания. Отсутствие конкуренции в аукционах на поставку медтехники неудивительно — сегодня достаточного количества квалифицированных компаний, способных вступить в активную конкурентную борьбу, просто нет.

Наибольший отклик у аудитории получила презентация представителя компании «Гольцблат БЛП» на тему «Актуальные правовые вопросы закупки медицинского оборудования и их перспективы в рамках законопроекта о Федеральной Контрактной Системе». Ключевыми вопросами в этой области, по мнению эксперта, являются: обеспечение прозрачности системы государственных закупок; сложности в определении эффективности аукционов; существование на рынке фирм-однодневок, предлагающих некачественную продукцию по заниженным ценам и тем самым блокирующих доступ к аукционам для компаний, производящих качественное оборудование. Существенным и открытым для отрасли вопросом, по мнению спикера, остается вопрос о дальнейшем развитии законодательства в области государственных закупок и решения о внедрении принципов федеральной контрактной системы в России в ближайшее время.

В рамках дискуссии участники фокус-сессии обсудили также конкретные меры, которые могут способствовать изменению сложившейся модели взаимодействия поставщиков с государственным заказчиком. В частности, модератор встречи, исполнительный директор Ассоциации международных производителей медицинских изделий IMEDA Александра Третьякова отметила: «На наш взгляд, необходимы новые современные подходы к формированию заявки на поставку медицинских изделий. Оценка и выбор медицинского изделия заказчиком должны производиться не

на основе неких стандартных технических заданий, а на основе медико-экономической оценки эффективности медицинского изделия для конкретного лечебного учреждения. В противном случае инновационные медицинские технологии не будут иметь никакого шанса пробиться в медицинские учреждения, и наша система здравоохранения будет вооружена технологиями вчерашнего дня. К сожалению, на сегодняшний день в России нет ни одного профессионального органа по медико-экономической оценке выбираемых технологий в области медицинских изделий, нет понимания важности развития этих компетенций в системе здравоохранения. Ответственность за выбор изделия зачастую лежит на чиновнике, который далеко не всегда обладает необходимыми знаниями и опытом для того, чтобы сделать такой выбор.

Давая оценку этическим нормам в продвижении и продаже медицинских изделий на российском рынке, Александра Третьякова отметила необходимость сочетания навыков бизнесменов, для которых нормы доходности являются основами, с этическими нормами. Поэтому ключевыми задачами регулирования глобальной отрасли медицинских изделий стали обеспечение безопасности, доступности инноваций и их максимально быстрого попадания на рынок, обеспечение равных возможностей медиков и населения в доступе к новейшим технологиям, гармонизация требований и правил обращения на рынках.





При этом под отраслевое саморегулирование попадают маркетинговые практики, возможные финансовые отношения, способы продвижения и рекламы, практики ознакомления с продукцией и образцы, правила поведения в медучреждениях и требования к персоналу, требования антикоррупционного законодательства, требования по защите конкуренции и противодействию созданию сговоров и других действий, ограничивающих конкуренцию.

По итогам форума его участники сошлись во мнении, что разработка наиболее эффективной модели взаимодействия производителей и заказчиков возможна только в случае

налаживания постоянного конструктивного диалога между всеми задействованными в процессе реформирования отрасли сторонами: профильными министерствами и ведомствами, профессиональными организациями и представителями отечественных и зарубежных производителей медицинского оборудования. Такой диалог, по мнению представителей отрасли, необходим для наиболее полного удовлетворения потребностей всех сторон и отражения важнейших мировых тенденций развития отрасли здравоохранения в российском законодательстве.

Наталья Куракова



С места событий

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ РАЗРАБОТАЛО ПОРЯДОК ВВОЗА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ДЛЯ ГОСРЕГИСТРАЦИИ

Минздравсоцразвития России разработало проект Приказа от 13.12.2011 «Об утверждении порядка ввоза на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях государственной регистрации».

Ввозить медицинские изделия на территорию Российской Федерации могут организации-производители медицинских изделий или его уполномоченный представитель.

Ввоз на территорию РФ медицинских изделий осуществляется на основании разрешения, выданного Росздравнадзором по заявлениям юридического лица.

Разрешение выдается в срок, не превышающий 15 рабочих дней со дня подачи документов. Плата за выдачу разрешения не взимается.

В случае отрицательного заключения заявителю сообщается об этом в письменной форме в указанный срок.

Основанием для отрицательного заключения являются:

- отсутствие у заявителя документа, подтверждающего разрешение обращения за пределами РФ ввозимого на территорию страны медицинского изделия;
- ограничение на импорт ввозимого медицинского изделия согласно международному договору или решению Правительства РФ;
- наличие у Росздравнадзора информации, что ввозимое медицинское изделие является недоброкачественным и (или) контрафактным медицинским изделием.

В случае регистрации побочных действий, нежелательных реакций, фактов и обстоятельств, создающих угрозу причинения вреда жизни и здоровью людей при проведении оценки соответствия ввезенного на территорию РФ в целях государственной регистрации медицинского изделия, заявитель обеспечивает вывоз данного медицинского изделия с территории нашей страны с обязательным информирование Росздравнадзора.

Источник: Медвестник



ПРАВОВЫЕ НОВЕЛЛЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»



В конце 2011 года в информационном агентстве «ГАРАНТ» состоялась конференция, ключевыми темами которой стали обсуждение платных медицинских услуг, возможности развития их в государственных медицинских учреждениях, правовое регулирование оказания медицинской помощи и медицинских услуг с позиций защиты прав потребителя, особенностей регулирования взаимоотношений врачебного и фармацевтического сообществ, стандартов оказания медицинских услуг.

Фарит Кадыров, заместитель директора ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития России, посвятил свое выступление вопросам законодательного регулирования платных медицинских услуг: «Оценивая Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с точки зрения отражения в них вопросов предоставления платных медицинских услуг, следует прежде всего отметить, что положительным является сам факт того, что платные медицинские услуги, наконец-то, получили законодательное регулирование. Именно регулирование, а не разрешение, поскольку платные медицинские услуги, в том числе и в государственных (муниципальных) учреждениях, и ранее существовали вполне легально. Но впервые они стали регулироваться федеральным законом, а не подзаконными актами.

Среди комментариев по поводу принятия закона часто встречаются такие, в которых говорится о том, что теперь открыт путь к неконтролируемому росту платных медицинских услуг. Но это не так. Новых (дополнительных) оснований для предоставления медицинских услуг за плату не появилось. Государственные гарантии предоставления медицинской помощи на бесплатной для населения основе ни по одному из видов медицинской помощи не уменьшились».

«Новых (дополнительных) оснований для предоставления медицинских услуг за плату не появилось. Государственные гарантии предоставления медицинской помощи на бесплатной для населения основе ни по одному из видов медицинской помощи не уменьшились»

Михаил Югай, старший преподаватель кафедры управления и экономики здравоохранения ВШЭ, продолжая начатую выше тему, отметил, что новый Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предполагает оказание государственными медицинскими учреждениями и бесплатных, и платных медицинских услуг. Практическая реализация этого сценария может оказаться достаточно сложной, в частности, в силу более высоких требований пациентов к качеству платных услуг.

Проблематичным представляется разделение бесплатного и платного потоков в пределах одних и тех же лечебно-диагностических мощностей. Неоднозначным представляется и





вопрос использования оборудования, приобретенного за бюджетные средства, для оказания платных услуг. В этом отношении более работоспособной альтернативой может стать разделение целых учреждений на бесплатные и платные.

Проблематичным представляется разделение бесплатного и платного потоков в пределах одних и тех же лечебно-диагностических мощностей. Неоднозначным представляется и вопрос использования оборудования, приобретенного за бюджетные средства, для оказания платных услуг.

Елена Денисова, представитель юридической компании «КЛИФФ», осветила круг вопросов, связанных с правовым регулированием оказания медицинской помощи и медицинских услуг с позиций защиты прав потребителя.

Основой формирования отношений между исполнителем медицинских услуг и пациентом является гражданско-правовой договор. Правовое регулирование договора возмездного оказания медицинских услуг выражается в установлении порядка его заключения, исполнения возникающих у сторон обязательств, а также ответственности сторон в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств. Основные положения, касающиеся договора возмездного оказания услуг, в том числе медицинских, отражены в ст. 779–783 Гражданского кодекса Российской Федерации (ГК РФ). Соотношение норм ГК РФ и других нормативно-правовых актов определено ст. 3 ГК РФ, в соответствии с которой нормы гражданского права, содержащиеся в других законах, указах президента, постановлениях

правительства, должны соответствовать ГК РФ. Отрегулировал ли новый ФЗ такие отношения? К сожалению, нет. Такие правоотношения и далее будут регулироваться общими нормами ГК РФ и специальной — Законом РФ «О защите прав потребителей».

Новый закон содержит установление функций контроля за качеством оказываемых услуг за органами федерального надзора — Росздравнадзором. Однако пределы ответственности законом не установлены.

Говоря об общих положениях об ответственности исполнителя услуг перед потребителем, Е.В. Денисова обратила внимание собравшихся, что новый закон содержит установление функций контроля за качеством оказываемых услуг за органами федерального надзора — Росздравнадзором. Однако пределы ответственности законом не установлены. Как и ранее, такие положения будут регулироваться ст. 13 Закона РФ «О защите прав потребителей».

Доклад **Медины Плиевой, директора по юридическим вопросам АИРМ,** был посвящен особенностям регулирования взаимоотношений врачебного и фармацевтического сообществ. В частности, по мнению эксперта, закон наложил ограничения на медицинских и фармацевтических работников: «Ограничения, о которых идет речь в ст. 74 закона, касаются общения врачей и работников аптек с представителями компаний-производителей лекарств и медицинских изделий. Введение ограничений является вполне закономерным. Кроме того, любая компания, придерживающаяся высоких этических стандартов, безусловно, соблюдала подобные ограничения в соответствии со своими внутренними нормами и до принятия нового закона. Сейчас следует отрегулировать отношения медицин-



ских работников и фармпредставителей во внутренних локальных документах медицинского учреждения, в которых в том числе следует предусмотреть специальное время и порядок приема фармпредставителей.

Вступающие в силу с 1 января 2012 года положения должны повысить социальную ответственность всех участников правоотношения, а их основной целью является повышение качества оказания медицинской помощи в РФ. Ввиду этого показательным является тот факт, что законодатель не ввел тотального запрета на общение представителей компаний и медицинских работников, прямо прописав в статье исключения из общих запретов. К ним, в частности, относится возможность приема представителей компаний в целях проведения клинических исследований, повышения профессионального уровня и предоставления информации по вопросам мониторинга безопасности лекарственных препаратов и медицинских изделий, а также финансирование педагогической и научной деятельности медицинских работников. Естественно, что без наличия таких возможностей профессионального общения медицинского и фармацевтического сообществ развитие медицинской науки, а соответственно, и повышение качества лечения в интересах пациентов не представляются возможным.

Любовь Курило, д.м.н., профессор, академик РАЕН, в своем выступлении по теме «Этические и правовые проблемы биомедицинских технологий» рассмотрела этические принципы биомедицины и три правила: правила правдивости, конфиденциальности и правило информированного добровольного согласия, а также имеющиеся российские и международные законодательные документы, касающиеся правового регулирования работы по репродуктивным технологиям, технологиям стволовых клеток и клонирования человека.

Павлова Юлия, генеральный директор Национального института медицинского права, доцент кафедры медицинского права Первого МГМУ

им. И.М. Сеченова и Каменская Наталья, к.ю.н., старший преподаватель кафедры медицинского права Первого МГМУ им. И.М. Сеченова отвечали на многие вопросы по регулированию прав пациента на информацию о медицинском вмешательстве. Они подчеркнули, что необходимо письменное оформление добровольного информированного согласия на оказание медицинской помощи или на его отказ (ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Эта тема является краеугольным камнем всей системы юридического обеспечения медицинской деятельности. Процедура документирования и критерии составления типовых форм согласия закреплена для целого ряда случаев. С другой стороны, презумпция согласия на некоторые простые медицинские процедуры, характеризующиеся малой вероятностью развития осложнений, представляется вполне обоснованной. На современном этапе развития медицинских технологий во многих отраслях медицины имеются альтернативные методы диагностики и лечения. Нередко врач не предоставляет данной информации, не оставляя пациенту права выбора, поэтому следует обращать внимание и на такой момент, как информация о возможных методах лечения.

Ряд важных вопросов, затронутых на конференции, таких как порядок оказания платных и бесплатных медицинских услуг гражданам РФ и гражданам иностранных государств, взаимодействие медицинских работников и фармацевтических компаний в рамках получения научной информации по применению лекарственных средств и БАД, остался не до конца разрешенным.

Участники дискуссии пришли к общему заключению, что многие проблемы требуют дальнейшего обсуждения юристами-практиками, специализирующимися в области медицинского права. Подводя итоги работы конференции, участники сошлись во мнении, что подобные дискуссии будут продолжены.

Татьяна Болотова





В ПРИАНГАРЬЕ БУДЕТ СОЗДАНА РЕГИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА

→ В Приангарье будет создана общественная организация Региональная медицинская палата. Об этом сегодня сообщил Губернатор — председатель Правительства Иркутской области Дмитрий Мезенцев в ходе встречи с активом медработников региона. Во встрече приняли участие президент Национальной медицинской палаты, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль, заместитель председателя Правительства Иркутской области Валентина Вобликова, министр здравоохранения Приангарья Дмитрий Пивень.

Глава региона отметил, что создание Региональной медицинской палаты поможет формировать мнение профессионального медицинского сообщества, объединять интересы и идеи докторов, медицинских сестер, фельдшеров. Для формирования состава палаты создана инициативная группа, в которую вошли практикующие врачи Приангарья. Губернатор также сообщил о том, что в ближайшее время в регионе будут учреждены новые областные награды — «Почетный врач Иркутской области» и «Почетный медицинский работник Иркутской области».

Дмитрий Мезенцев подчеркнул, что в Иркутской области в 2011 и 2012 годах на реализацию программы модернизации здравоохранения будет направлено 12,7 млрд. рублей. Кроме того, расходная часть бюджета на 2012 год увеличена более чем на 3 млрд. рублей. Так, расходы Министерства здравоохранения Иркутской области увеличены почти на 770 млн. рублей.

В ходе встречи обсуждались вопросы кадровой политики, финансирования сферы здравоохранения, формирования законодательной базы РФ. Леонид Рошаль подчеркнул, в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» внесены принципиальные поправки, предложенные медицинским сообществом страны. Также была разработана и принята федеральная программа «Здоровая нация».

«Наша общая задача, прописанная в программе: сделай так, чтобы за пять лет число людей, довольных здравоохранением в России, увеличилось в два раза», — цитирует Леонид Рошаль.

Президент Национальной медицинской палаты также отметил достижения в сфере здравоохранения Иркутской области: расширение сети ФАПов, делегирование полномочий по управлению городскими медучреждениями на уровень муниципалитетов.

Источник: Независимое информационное агентство

НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА ПРЕДЛОЖИЛА ВЕРНУТЬ СИСТЕМУ ОПЛАТЫ ВРАЧАМ ДЕЖУРСТВ НА ДОМУ

Президент НМП Леонид Рошаль обратился с такой просьбой к Председателю Правительства В.В. Путину во время Всероссийского форума сельской интеллигенции в Белгородской области. По мнению Л. Рошалья, это решение создаст дополнительные источники стимулирования врачей. Оно поможет частично сохранить медицинские кадры, а пациентам даст возможность получить своевременную медицинскую помощь. В ближайшее время соответствующая норма, надеемся, будет возвращена Правительством в Трудовой кодекс. Препятствий к этому, по мнению Аппарата Правительства, никаких нет, — сообщил президент НМП.

Напомним, что оплата врачам дежурств на дому (когда врач находится дома и может выехать по вызову в любой момент) была отменена в 2007 году, когда вступило в силу Постановление министра Миндздравсоцразвития России (Постановление № 262 от 12 апреля 2007 года). В целях приведения ведомственных нормативных правовых актов в соответствие с трудовым законодательством Российской Федерации утрачивает силу пункт 7.1 Приказа Минздрава от 15.10.1999.



В МОСКВЕ ОТКРЫТ ЦЕНТР ОБУЧЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫМ МЕДИЦИНСКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ

После присвоения Российскому государственному медицинскому университету им. Н.И. Пирогова звания Национального исследовательского университета руководством было принято решение о создании структуры, занимающейся обучением высокотехнологичным методам диагностики и лечения.

Так, осенью 2011 года появился Учебный центр, в котором проходят подготовку врачи, повышающие свою квалификацию, аспиранты, ординаторы, интерны, а также студенты Университета. Обучение проходит по трем направлениям: эндоскопическая хирургия, рентген-эндovasкулярная хирургия, мануальные навыки по уходу за больными и сестринский уход.

В уникальном по своему оснащению центре обучают проведению внутривидео-операций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, мануальным навыкам высокотехнологичных методов внутрисосудистых вмешательств, таких как стентирование коронарных, почечных и других артерий.

Уже сейчас в центре реализуются 11 учебных программ, включающих базовые и специализированные программы по общей и детской хирургии, а также гинекологии. Учебный центр располагает учебными залами, оборудованными симуляционными лапароскопическими установками, виртуальными симуляторами внутрисосудистых вмешательств, высокотехнологичными муляжами и тренажерами. Также в распоряжении студентов имеется учебная операционная с 5 эндоскопическими комплексами и возможностью видеотрансляции операций в классы.

Стратегическими партнерами со дня открытия центра стали несколько медицинских компаний, в их числе немецкая медицинская компания «Пауль Хартманн», которая обеспечивает своей продукцией проведение практических занятий в учебной операционной. Продукция этой компании, применяемая в операционных для защиты пациентов и персонала, благодаря своей инновационности позволяет предотвратить риск развития микробной инфекции в операционной, что обеспечивает безопасность пациента во время операций. Компания неоднократно поддерживала кафедру оперативной хирургии при проведении международных студенческих олимпиад по технике хирургических операций и наложению различных хирургических швов, поэтому с большим удовольствием откликнулась на просьбу об участии в поддержке Учебного центра инновационных медицинских технологий.

Алексей Иванов, директор Учебного центра, к.м.н., доцент кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии: «Ближайшей перспективой Университета в обучении высокотехнологичным методам диагностики и лечения является создание учебной экспериментальной операционной для работы на лабораторных животных, что позволит приблизить учебный процесс в Университете к мировым стандартам. Также мы планируем проведение олимпиад по лапароскопической хирургии среди студентов. Это позволит участникам в полной мере проявить свои знания и закрепить профессиональные навыки. Победители таких олимпиад получают поощрения от ведущих хирургов нашей страны».

Тамара Антюшко, руководитель научно-методологических центров «Пауль Хартманн»: «Сотрудничество с Учебным центром — долгосрочный проект для компании. В планах — проведение совместных школ-семинаров, совместных конференций, участие в разработках профессиональных требований к специалистам».





От редакции:

Штрафные и иные санкции в системе обязательного медицинского страхования могут серьезно осложнить жизнь учреждений здравоохранения. Практика показывает, что далеко не всегда эти санкции бывают обоснованными. Этому и посвящен предлагаемый материал. Надеемся, данный материал окажется полезным для учреждений здравоохранения и, возможно, послужит основой для совершенствования нормативной базы обязательного медицинского страхования.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



ШТРАФНЫЕ И ИНЫЕ САНКЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС И МЕТОДЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ИМ

**КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ**

В соответствии с частью 8 статьи 39 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон об ОМС) за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию медицинская организация уплачивает штраф в порядке и размере, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Штрафам посвящен ряд пунктов Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее — Приказ № 230).



По поводу реализации Приказа № 230 имеется Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 15 марта 2011 г. № 1257/30-4/и «О реализации Приказа ФОМС от 01.12.2010 № 230» (далее — Письмо ФОМС).

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 39 Федерального закона об ОМС осуществляется контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Результаты проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи оформляются актами, включающими информацию о выявленных нарушениях и соответствующих санкциях. Формы актов медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, а также Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) утверждены Приказом ФОМС № 230.

В соответствии со статьей 41 Федерального закона об ОМС сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты оказанной медицинской организацией медицинской помощи, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи. Взаимные обязательства медицинских организаций и страховых медицинских организаций, следствием неисполнения которых является применение к сторонам

соответствующих мер, предусматриваются заключенным между ними договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Типовой формой договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (утверждена Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 декабря 2010 года № 1184н (пункт 7) предусматривается ответственность медицинской организации в соответствии со статьями 39 и 41 Федерального закона об ОМС.

Возможный перечень обязательств медицинской организации и последствия их неисполнения, влекущие возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа (далее — штрафные и иные санкции) за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, прилагается к рассматриваемому Письму ФОМС.

Анализ этих обязательств показывает, что не любое неисполнение обязательств может служить основанием для применения соответствующих штрафных и иных санкций.

Рассмотрим это подробнее.

Пункт 1.1.1 Приказа № 230 и Письма ФОМС определяет такое обязательство медицинской организации, как обеспечение выбора медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в соответствии с заявлением застрахованного лица.

Означает ли это, что в любом случае, когда медицинская организация не обеспечила застрахованным это право, немедленно следуют штрафные санкции? Конечно, нет.

Во-первых, застрахованный может ошибочно обратиться в учреждение, которое вообще не занимается оказанием соответствующего вида медицинской помощи.

Во-вторых, следует различать такие понятия, как обоснованный и необоснованный





отказ. Отказ в обеспечении выбора медицинской организации может быть и обоснованным.

В-третьих, может сложиться ситуация, когда нет оснований для применения штрафных и иных санкций в силу того, что отсутствует необходимая для их реализации нормативная база.

Так, в соответствии с п. 4) части 1 статьи 16 Федерального закона об ОМС застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования **в соответствии с законодательством Российской Федерации.**

Что это за законодательство? Это Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Статья 21 данного Федерального закона как раз и посвящена выбору врача и медицинской организации. Граждане имеют право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В настоящий момент соответствующего приказа Минздравсоцразвития России нет. Следовательно, до выхода соответствующего порядка нет возможности оценить, нарушено ли право застрахованного в этой части или нет. Поэтому нет и оснований для применения штрафных и иных санкций.

Но и тогда, когда соответствующий порядок появится, не любое действие или бездействие медицинской организации, не обеспечившей возможность выбора, может рассматриваться как виновное. Например, если застрахованное лицо для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме попытается самостоятельно выбрать медицинскую организацию, а не по направлению лечащего врача, как это предусмотрено частью 4 статьи 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказ

соответствующей медицинской организации не может рассматриваться как нарушение.

Аналогичная ситуация складывается и в отношении права граждан на выбор врача. Пункт 1.1.2 Приказа № 230 и Письма ФОМС предусматривает такое обязательство, как обеспечение выбора врача в соответствии с заявлением застрахованного лица, поданным лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

В соответствии с п. 5 части 1 статьи 16 Федерального закона об ОМС застрахованные лица имеют право на выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации **в соответствии с законодательством Российской Федерации.** Но опять-таки в соответствии со статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предусматривающей, в частности, **что выбор осуществляется с учетом согласия врача.**

Пункт 1.1.3. Приказа № 230 и Письма ФОМС предусматривает такое обязательство медицинской организации, как соблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке.

Часть 4 статьи 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что в случае, если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Поэтому, если гражданин был проинформирован, но проигнорировал эту информацию и



настаивает на получении медицинской помощи в организации, очередь в которую превышает сроки, установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, вины данного учреждения в нарушении сроков ожидания медицинской помощи данным гражданином нет. Поэтому штрафные и иные санкции к данной медицинской организации не должны применяться.

Пункт 1.2 Приказа № 230 и Письма ФОМС касается такого обязательства медицинской организации, как оказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС. За необоснованный отказ в оказании медицинской помощи застрахованному лицу применяются штрафные и иные санкции.

А может ли быть отказ обоснованным? Может! Например, это может касаться оказания плановой медицинской помощи. В соответствии с п.3) части 4 статьи 32 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» плановая медицинская помощь — это медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью. Поэтому в ряде случаев плановая помощь застрахованному лицу может быть отложена. Например, может быть отказано в плановой госпитализации в ранее оговоренные сроки в связи с невыполнением застрахованным гражданином возлагаемых на них обязанностей. Так, пункт 1 части 2 статьи 16 Федерального закона об ОМС устанавливает, что застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстрен-

ной медицинской помощи. Поэтому медицинская организация может обоснованно отложить сроки плановой госпитализации до момента предъявления застрахованным лицом страхового полиса. Особо следует отметить, что это — не лишение застрахованного права на бесплатную медицинскую помощь, а лишь перенесение сроков оказания плановой медицинской помощи.

Пункт 1.2 Приказа № 230 и Письма ФОМС посвящен недопущению взимания платы с застрахованных лиц (в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платных услуг) за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой.

Означает ли это, что вообще нельзя брать деньги за медицинские услуги, предусмотренные территориальной программой ОМС? Нет, не означает. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрены ситуации, в которых медицинские организации вправе оказывать платные услуги и по видам помощи, включенным в программы ОМС. В соответствии с частью 5 статьи 84 данного Федерального закона медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами; при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации, и т.д.

Кроме того, в соответствии с частью 2 статьи 19 Федерального закона «Об осно-





вах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» каждый имеет право на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. В соответствии с частью 1 статьи 84 данного Федерального закона граждане имеют право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи. Поэтому граждане могут воспользоваться правом на получение не бесплатной, а платной медицинской помощи. И лишать их этого права медицинская организация не имеет права. Данный федеральный закон (как и любой другой) имеет большую силу по сравнению с приказами (а тем более письмами) ФОМС. Поэтому штрафные и иные санкции могут применяться только при нарушении требований Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и/или постановления Правительства Российской Федерации, которое должно быть принято в целях реализации данного федерального закона.

Пункт 5.3.2 Приказа № 230 и Письма ФОМС касается ситуации предъявления медицинской организацией к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объема, установленного решением Комиссии (речь идет о Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования).

Действительно, в соответствии с подпунктом 5) пункта 9 Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденного Приказом № 230, предусматривается проверка отсутствия превышения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке

территориальной программы обязательного медицинского страхования, подлежащих оплате за счет средств обязательного медицинского страхования.

Однако, во-первых, требуется уточнение: какой объем превышен — действительно ли установленный Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования? И заключен ли новый договор в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 24 декабря 2010 г. № 1184н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»?

Дело в том, что в соответствии с частью 1 статьи 39 Федерального закона об ОМС договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования **и которым решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования**, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном настоящим федеральным законом порядке.

Если Комиссией указанный объем не установлен (или Комиссия еще не создана, или плановый объем помощи установлен другим органом), а также, если действует прежний договор, то страховая медицинская организация не может ссылаться на Приказ № 230 и применять соответствующие штрафные и иные санкции.

Во-вторых, даже если имеются все основания для применения Приказа № 230, необходимо обратиться в страховую органи-



зацию и при необходимости — в территориальный фонд обязательного медицинского страхования с аргументированной просьбой об оплате объемов медицинской помощи, превышающей объемы, установленные Комиссией.

Согласно п. 2.9 Типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год, утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 24.12.2010 № 1185н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования на 2011 год», «Страховая медицинская организация обязуется осуществлять формирование и пополнение запасного резерва для возмещения превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами, предназначенными на эти цели, из средств, полученных из территориального фонда по подушевым дифференцированным нормативам в соответствии с настоящим договором». То есть у страховой медицинской организации должны быть средства на эти цели. Либо она должна обратиться за получением необходимых средств в территориальный фонд.

А территориальный фонд вправе в соответствии с п. 5.1. указанного договора принимать решение о предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса территориального фонда в случае превышения установленных для страховой медицинской организации объемов средств на оплату медицинской помощи в связи с повышенной заболеваемостью, увеличением тарифов, увеличением числа застрахованных лиц и (или) изменением их половозрастной структуры после проведения проверки в течение десяти рабочих дней со дня обращения страховой медицинской организации.

Тем более, что пункт 2) части 7 статьи 34 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что территориальный фонд аккумулирует

средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации, **формирует и использует резервы для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования** в порядке, установленном Федеральным фондом.

Перечень подобных ситуаций, когда применение штрафных и иных санкций является далеко не очевидным, можно продолжить.

В соответствии со статьей 42 Федерального закона об ОМС медицинская организация имеет право обжаловать заключение страховой медицинской организации по результатам контроля в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой медицинской организации путем направления претензии в территориальный фонд обязательного медицинского страхования по рекомендуемому образцу.

Претензия оформляется в письменной форме и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд.

Территориальный фонд в течение 30 рабочих дней со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

В соответствии с п. 75 Приказа № 230 решение территориального фонда обязательного медицинского страхования, признающее правоту медицинской организации, является основанием для отмены (изменения) решения о неоплате, неполной оплате медицинской помощи и/или об уплате медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам первичной медико-экономической экспертизы и/или экспертизы качества медицинской помощи.



При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.

Как видим, у учреждений здравоохранения есть возможности отстаивания своих прав в случае неправомерного применения штрафных и иных санкций. И нужно уметь грамотно ими пользоваться.

В заключение отметим, что законодатели поняли, что «перегнули палку» со штрафными и иными санкциями. Часть 9 статьи 39 Федерального закона об ОМС предусматривала, что за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает **штраф в размере суммы нецелевого использования средств** и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

В соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2011 года № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обяза-

тельном медицинском страховании в Российской Федерации» данная часть сформулирована несколько по-другому: за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда **штраф в размере 10% от суммы нецелевого использования средств** и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки. Средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

То есть штраф стал в 10 раз меньше.

Следует иметь в виду и следующее. Такие последствия неисполнения обязательств медицинскими организациями, как сумма, не подлежащая оплате, уменьшение оплаты, возмещения не означают автоматических потерь для учреждения. Если это опечатки, ошибки и т.д., то нужно исправить соответствующие документы и выставить реестры счетов вновь. К сожалению, учреждения здравоохранения очень много средств теряют на счетах, которые нужно было бы исправить и выставить вновь.

Здравоохранение в цифрах

123

По прогнозам ВОЗ:

- к 2050 году число диагностируемых переломов шейки бедра вырастет до 6,5 миллионов в год;
- к 2025 году количество больных диабетом составит 300 миллионов против 177 миллионов в 2011 г.;
- к 2020 году число ежегодно регистрируемых онкологических заболеваний вырастет на 5 миллионов;
- к 2020 году дефицит медсестер в странах ЕС составит 2 млн. человек.



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



Какими нормативными документами нужно руководствоваться в вопросах выбора формы штатного расписания? По какой форме его необходимо составлять учреждениям здравоохранения: по форме Т-3, утвержденной Постановлением Госкомстата России от 05.01.2004 № 1, или по форме, утвержденной Приказом Минздравмедпрома России от 18.01.1996 № 16?

Подобный вопрос долгое время вызывал споры. Имеется Приказ Минздравмедпрома России от 18.01.1996 № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения». Постановлением Госкомстата России от 05.01.2004 № 1 «Об утверждении унифицированных форм первичной учетной документации по учету труда и его оплаты» утверждены унифицированные формы первичной учетной документации по учету труда и его оплаты (включая форму № Т-3 «Штатное расписание»), которые являются обязательными для всех российских организаций. Формы, которые содержатся в п. 1.1 Постановления № 1, ведут все организации вне зависимости от формы собственности.

Действительно, ситуация неоднозначная. С одной стороны, форма Т-3 носит унифицированный характер (к тому же этот документ является более поздним по сроку принятия), в отличие от примерных форм, предусмотренных Приказом Минздравмедпрома России от 18.01.1996 № 16. С другой стороны, Приказ № 16 отражает специальные нормы права, которые имеют преимущества над общими нормами права.

Новое законодательство, наконец-то, дает ответ на этот вопрос. В соответствии с п. 7) части 2 статьи 14 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы) к полномочиям федерального органа исполнительной власти, осуществляющего выработку государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения (далее — уполномоченный федеральный орган исполнительной власти), относится *установление общих требований к структуре и штатному расписанию медицинских организаций, входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения.*





В настоящее время таким органом является Минздравсоцразвития России. Ранее такими (аналогичными) полномочиями обладали Минздрав Российской Федерации, Минздравмедпром Российской Федерации. Исходя из этого, можно сделать вывод о том, что в соответствии с указанным федеральным законом Российской Федерации в вопросах установления форм штатных расписаний медицинских организаций (в том числе и учреждений), входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения, нужно руководствоваться нормативными документами соответствующих вышеуказанных министерств. Медицинские же организации частной системы здравоохранения должны руководствоваться формой Т-3.



Как правильно говорить: государственно-частное партнерство или частно-государственное партнерство?

Необходимо руководствоваться формулировками, используемыми в нормативных актах и прежде всего в законах. Так, пунктом 10 части 1 статьи 14 Основ установлено, что к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья относится установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах *государственно-частного партнерства* в сфере охраны здоровья. Этот же термин используется в статье 179.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации, а также и в ряде других федеральных законов.

Правда, термин частно-государственное партнерство встречается в некоторых подзаконных актах, но не встречается ни в одном из федеральных законов.

Следовательно, более корректной является фраза «государственно-частное партнерство».



Не лишатся ли работники муниципальных учреждений здравоохранения своих социальных льгот в связи с осуществляемой передачей полномочий в сфере здравоохранения с муниципального уровня на уровень субъектов Российской Федерации?

На этот вопрос нельзя дать однозначный ответ — многое зависит от политики субъектов Российской Федерации, от того, закреплены ли соответствующие льготы, выплаты и т.п. в федеральном законодательстве и т.д.

По поводу сохранения ряда льгот имеются четкие законодательные гарантии. Например, часть 14 статьи 100 Основ устанавливает, что медицинские работники и фармацевтические работники на период работы в медицинских организациях государственной системы здравоохранения субъектов Российской Федерации сохраняют право пользования служебными жилыми помещениями, предоставленными им в период работы в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения.



Нужно ли будет получать (переоформлять) лицензии в связи с переводом муниципального учреждения здравоохранения на уровень субъекта Российской Федерации?

Часть 15 статьи 100 Основ устанавливает, что лицензии на осуществление отдельных видов деятельности, выданные до 1 января 2012 года медицинским организациям муниципальной системы здравоохранения, не подлежат переоформлению в связи с передачей указанных медицинских организаций в состав государственной системы здравоохранения и действуют до истечения указанного в них срока. Лицензии на осу-

ществование медицинской деятельности, выданные до 1 января 2012 года медицинским организациям, не подлежат переоформлению в связи с изменением классификации видов медицинской помощи и Перечня оказываемых услуг, установленного Положением о лицензировании медицинской деятельности, и действуют до истечения указанного в них срока.



В нашем уставе прописаны основные виды деятельности: стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь. Также есть пометка о том, что на платной основе мы можем осуществлять основные виды деятельности, если иное не установлено законом. Означает ли это, что все виды помощи, которые не входят в Программу госгарантий, но являются амбулаторной помощью (проведение профосмотров и т.д.), мы можем оказывать на платной основе?

Да, безусловно, виды помощи, которые не входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, могут оказываться на платной основе.

Более того, в ряде случаев за плату могут оказываться и виды помощи, входящие в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В соответствии с частью 5 статьи 84 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

- 1)** на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
- 2)** при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- 3)** гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- 4)** при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 настоящего федерального закона.

Ряд дополнительных оснований для оказания в этом случае медицинских услуг за плату содержится в других статьях указанного федерального закона.

Более детально это отражено в 12-м номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2011 год.



ОЛЕГУ АНАТОЛЬЕВИЧУ КАПЛУНОВУ – **50 ЛЕТ...**

В 1991 г. Олег Анатольевич защитил кандидатскую диссертацию, в 2007 г. получил степень доктора медицинских наук и сегодня щедро делится своими уникальными профессиональными знаниями со студентами в качестве профессора кафедры травматологии и ортопедии Волгоградского государственного медицинского университета.

Показателями плодотворности его научной деятельности стали 10 изобретений, более 70 научных работ, 9 монографий по специальности, две из которых изданы за рубежом. За монографию по лечению дефектов костей в 2011 г. юбиляр стал лауреатом премии Национального фонда им. Г.А. Илизарова. В 2008 и 2011 годах Олег Анатольевич являлся дипломантом журнала «Менеджер здравоохранения» как автор цикла оригинальных публикаций по вопросам организации здравоохранения.

Заслуженно счастлив Олег Анатольевич и в семейной жизни. Супруга Елена — опытный и высокопрофессиональный врач. Их сын, заканчивающий клиническую ординатуру, стал продолжателем медицинской династии, и старшая внучка также мечтает стать врачом...

Олег Анатольевич разносторонне одарен. Он блестяще пишет не только научные статьи, но и тонкие и остроумные стихи. Широта интересов и взглядов, подчеркнутая мужская элегантность делают его ярким, приятным собеседником, любимым пациентами и коллегами.

20 декабря 2011 года Олегу Анатольевичу Каплунову исполнилось 50 лет...

Глядя на его живое умное лицо, слушая его неизменно по-юношески эмоционально интонированную речь, в это невозможно поверить! А убедившись в корректности летоисчисления, хочется всем порекомендовать его рецепт противовозрастной практики: напряженный умственный и физический труд, творческая активность, креативность, благожелательность и благополучие профессиональной и личной жизни...

Олегу Анатольевичу посчастливилось родиться в семье заслуженного врача, профессора, одного из первых учеников и сподвижников академика Г.А. Илизарова — Анатолия Григорьевича Каплунова. По окончании с отличием средней школы он поступил в Волгоградский медицинский институт, в 1985 г. получил красный диплом. После прохождения интернатуры с 1986 года работал врачом-ординатором Ортопедического центра МУЗ ГКБ № 3 г. Волгограда, а с 2006 года — заведующим Первого отделения центра.

**Желаем юбиляру благосклонности судьбы
и неугасаемого интереса к жизни!**

Редакция журнала «Менеджер здравоохранения»



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

МОЛОДЫМ СЕЛЬСКИМ ВРАЧАМ ДАДУТ ПО 1 МЛН. РУБ. ПОДЪЕМНЫХ

Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Поправки касаются вопросов обязательного медицинского страхования. Так, в перечень страхователей включены арбитражные управляющие. Уточнены размеры штрафов за использование медорганизациями средств ОМС не по назначению. Регламентирован порядок ведения территориальных реестров экспертов качества медпомощи. Претерпел изменения и порядок реализации программ и мероприятий модернизации здравоохранения в 2011–2012 гг. В качестве одной из целей внедрения современных информационных систем в здравоохранение закрепляется создание единой государственной информационной системы в этой сфере. Устанавливается порядок организации работ и финансового обеспечения мероприятий по ее формированию. Так, Минздравсоцразвития России поручается создать федеральный центр обработки данных. Для этого ФОМС перечисляет в федеральный бюджет межбюджетные трансферты, которые идут на увеличение ассигнований Министерству.

Уточнен механизм взаиморасчетов при экстерриториальном оказании медпомощи застрахованным гражданам. Предоставленная в рамках базовой программы ОМС помощь оплачивается с учетом затрат на внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной помощи. Разрешено расходовать остатки средств, образовавшиеся в региональных бюджетах из-за неполного использования в 2011–2012 гг. ассигнований ФОМС и ТФОМС, в 2012–2013 гг. (при наличии потребности в них по решению ФОМС). Территориальные фонды ОМС наделены полномочиями по контролю за внедрением стандартов медпомощи и повышением доступности амбулаторной помощи. Они также следят за использованием средств, предоставленных на эти цели.

Предусмотрена выплата в 2012 г. единовременных компенсаций молодым (до 35 лет) сельским медработникам. Речь идет о выпускниках ВУЗов, приехавших работать в село (включая переехавших из одного в другое). В качестве подъемных каждому положено по 1 млн. руб. Условие выплат — обязательство отработать на селе не менее 5 лет. Средства для компенсаций выделяют из бюджета ФОМС. При этом региональные власти обязаны предоставить молодым медработникам жилье или участок для его строительства либо компенсировать проценты по ипотеке.

Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования, за исключением отдельных положений, для которых предусмотрен иной срок введения в действие.

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТ, КАК ИЗГОТОВЛИВАЮТСЯ БЛАНКИ РЕЦЕПТОВ ДЛЯ ВЫПИСКИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ИЛИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 341-ФЗ «О внесении изменения в статью 26 Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»

Рецепты, содержащие назначение наркотических средств или психотропных веществ, выписываются на специальных бланках.





Минздравсоцразвития России (по согласованию с ФСКН России) устанавливает их форму, порядок регистрации, учета, хранения и оформления. Правила изготовления и распределения указанных бланков не были определены. Их запас в регионах требует пополнения.

К полномочиям Министерства (по согласованию со Службой) отнесено установление порядка изготовления и распределения таких специальных бланков.

Федеральный закон вступает в силу по истечении 90 дней после его официального опубликования.

СКОЛЬКО СОСТАВЛЯЕТ ТАРИФ СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ?

Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения»

Принят Закон о тарифе страхового взноса на ОМС неработающего населения.

Он составляет 18 864,6 руб. Тариф учитывает финансовое обеспечение медпомощи в пределах базовой программы ОМС.

Тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в субъекте Федерации рассчитывается следующим образом.

Сумма в 18 864,6 руб. умножается на коэффициент дифференциации, который установлен законом для каждого региона, и коэффициент удорожания стоимости медуслуг. Последний ежегодно определяется в бюджете ФФОМС.

В 2012–2014 гг. размер страховых взносов в регионе определяется согласно Закону об ОМС. При этом в 2012 г. он не может быть менее установленного в программах модернизации здравоохранения субъектов Федерации на 2011–2012 гг. (без учета средств, направляемых на оказание медпомощи сверх базовой программы ОМС).

При определении размера страховых взносов к тарифу (18 864,6 руб.) применяются следующие коэффициенты: в 2012 г. — 0,7913; в 2013–2014 гг. — 0,9.

Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования и распространяется на бюджеты регионов, фондов и г. Байконура на 2012 и последующие годы.

О БЮДЖЕТЕ ФФОМС НА БЛИЖАЙШУЮ ТРЕХЛЕТКУ

Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов»

Утвержден бюджет ФФОМС на 2012–2014 гг.

Согласно ему в 2012 г. доходы и расходы Фонда составят по 891,7 млрд. руб., в 2013 г. — 1034,4, в 2014 г. — 1188,5.

Общий объем поступления страховых взносов на ОМС в 2012 г. должен достичь 537,1 млрд. руб., в 2013 г. — 607, в 2014 г. — 707,2.

В 2012–2014 гг. предусмотрены межбюджетные трансферты из федерального бюджета в сумме 51,81 млрд., 50,43 млрд. и 18,81 млрд. руб. соответственно. Средства будут направлены на дополнительную диспансеризацию 2,8 млн. работающих граждан и 316,4 тыс. детей-сирот и тех, которые находятся в трудной жизненной ситуации, а также на компенсацию выпадающих доходов Фонда в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов.

В 2012 г. 244,1 млрд. руб. планируется потратить на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения, а также программ модернизации ФГУ Минздравсоцразви-



тия России и ФМБА России, включая создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

Согласно прогнозу рождаемости родовой сертификат в 2012 г. получают 1,73 млн. женщин. Его стоимость составит 11 тыс. руб. (причем в 2013–2014 гг. она не изменится).

В составе бюджета Фонда на 2012 г. сформирован нормированный страховой запас в размере 19,4 млрд. руб.

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ЕДИНАЯ ФЕДЕРАЛЬНАЯ ГОСИНФОРМСИСТЕМА ИДЕНТИФИКАЦИИ И АУТЕНТИФИКАЦИИ?

Постановление Правительства РФ от 28 ноября 2011 г. № 977 «О федеральной государственной информационной системе «Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме»

Решено создать Единую федеральную госинформсистему идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающую информационно-технологическое взаимодействие информсистем, используемых для предоставления муниципальных и госуслуг в электронной форме. Утверждены требования к ней.

Госзаказчиком создания и эксплуатации системы определено Минкомсвязи России. Оно же является оператором системы и координирует деятельность органов исполнительной власти по ее использованию.

Министерство должно до 1 апреля 2012 г. утвердить положение о системе и до 15 апреля 2012 г. обеспечить ввод ее в эксплуатацию.

С этой даты федеральные органы исполнительной власти и органы ГВБФ должны осуществлять идентификацию, аутентификацию, авторизацию и регистрацию граждан и организаций с помощью системы. Цели — предоставление госуслуг, межведомственное электронное взаимодействие, исполнение госфункций и формирование базовых госинформресурсов, определяемых Правительством РФ. Указанное в том числе касается госуслуг, предоставляемых организациями, в которых размещается государственное (муниципальное) задание (заказ).

Региональным и местным органам власти рекомендовано с 15 апреля 2012 г. использовать аналогичный порядок.

КАКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАУКИ РОСПОТРЕБНАДЗОРА ПЕРЕХОДЯТ НА СУБСИДИРОВАНИЕ С 2012 Г.?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11 ноября 2011 г. № 830 «О переходе на финансирование в виде субсидий с 1 января 2012 года»

Определен перечень федеральных бюджетных учреждений здравоохранения и науки Роспотребнадзора, переходящих на финансирование в виде субсидий с 1 января 2012 г.

Среди них — Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены, Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии, Екатеринбургский научно-исследовательский институт вирусных инфекций.

Утвержден план такого перехода. В нем отражены мероприятия и то, как должны действовать Служба и учреждения.

Руководителям названных учреждений следует представить проекты госзаданий в Роспотребнадзор не позднее 5 декабря 2011 г.





ОПРЕДЕЛЕНЫ ТЕХНИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К СЕТЕВОМУ ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОМУ ОБОРУДОВАНИЮ, КОТОРЫМ ОСНАЩАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Методические рекомендации по составу и техническим требованиям к сетевому телекоммуникационному оборудованию учреждений системы здравоохранения для регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные требования к ним

В России должна быть создана единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. На первом этапе ее формирования (2011–2012 гг.) планируется обеспечить медицинские организации компьютерной техникой, сетевым оборудованием и средствами информационной безопасности.

Подготовлены методические рекомендации по оснащению учреждений здравоохранения сетевым телекоммуникационным оборудованием в рамках региональных программ модернизации.

Так, закреплены технические требования к указанному оборудованию. Они зависят от типа учреждения, который определяется по количеству автоматизированных рабочих мест.

Каждое учреждение должно быть обеспечено постоянным основным каналом связи с использованием виртуальной частной сети и резервным каналом связи, предназначенными для доступа и передачи информации в рамках отраслевой сети в сфере здравоохранения и медицины.

Все оборудование должно поставляться с годовым контрактом на обслуживание. Перечислены услуги, которые должны туда входить. На оборудование, в котором присутствует функциональность, требующая обновлять сигнатуры безопасности, необходимо указать годовую подписку.

ВЫЗВАТЬ ПОЖАРНЫХ, ПОЛИЦИЮ, СКОРУЮ ПОМОЩЬ, СПАСАТЕЛЕЙ ИЛИ АВАРИЙНУЮ ГАЗОВУЮ СЛУЖБУ МОЖНО БУДЕТ ПО ЕДИНОМУ НОМЕРУ 112

Постановление Правительства РФ от 21 ноября 2011 г. № 958 «О системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112»

В России создается система обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112». Определены ее цели, структура и порядок функционирования.

Она предназначена для информационного обеспечения единых дежурно-диспетчерских служб муниципальных образований. Вызвать пожарных, полицию, скорую медицинскую помощь, аварийную газовую службу, спасателей и сотрудников службы «Антитеррор» можно будет по единому номеру «112». Регионы могут расширить этот список. Поступивший звонок передается в соответствующую дежурно-диспетчерскую службу для экстренного реагирования. При этом обратившемуся может быть оказана дистанционная психологическая поддержка.

Система-112 позволит определять местонахождение звонившего, анализировать поступившую информацию, автоматически восстанавливать прерванное соединение, регистрировать все входящие и исходящие вызовы. Возможен прием СМС-сообщений, а также вызовов на иных языках, помимо русского. Предусмотрено ведение базы данных об основных характеристиках происшествий, начале, завершении и результатах экстренного реагирования на полученные вызовы. По номеру «112» будут оказывать и информационно-справочную помощь по вопросам обеспечения безопасности жизнедеятельности. Система-112 будет функционировать круглосуточно. Вызвать конкретную экстренную службу можно будет и по соответствующему отдельному номеру.

В создании системы-112 участвуют МЧС России, МВД России, ФСБ России, Минкомсвязь России, Минздравсоцразвития России, Минрегион России и иные органы власти. Определе-



но, кто из них за что отвечает. Так, МЧС России координирует работы по созданию, развитию и организации эксплуатации системы. Финансирование осуществляется из бюджетов всех уровней, а также за счет средств организаций. Региональным и местным властям рекомендовано к 2017 г. завершить создание системы-112.

КАКИЕ ЕЩЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БУДУТ ВЫПОЛНЯТЬ ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 сентября 2011 г. № 1074н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. № 597н»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 330.

Скорректирован порядок деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан России, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Уточнено, что некоторые центры здоровья предназначаются для взрослого населения.

Утвержден стандарт оснащения оборудованием такого центра. Так, должны иметься аппарат для комплексной детальной оценки функций дыхательной системы, смокелайзер, кардиотренажер, пульсоксиметр и минимум три компьютера. Теперь эти центры также занимаются профилактикой потребления наркотиков и психотропных веществ без назначения врача.

Определено, что в рамках комплексного обследования при наличии показаний выполняются биоимпедансметрия, исследование на наличие наркотиков, психотропных веществ и их метаболитов в биологических средах организма, анализ котинина и других биологических маркеров в моче и крови. Уточнено, что ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчетом плечелодыжечного индекса осуществляется у пациентов старше 30 лет.

ВОДОЛАЗНАЯ МЕДИЦИНА: ВОПРОСЫ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОФПЕРЕПОДГОТОВКИ

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 октября 2011 г. № 16-1/10/2-10354 «О должности «Врач по водолазной медицине»

Началась подготовка врачей по специальности «Водолазная медицина». Претенденты на должность такого врача должны иметь высшее профобразование по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия» и пройти ординатуру по специальности «Водолазная медицина».

Если есть сертификат по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или «Терапия», нужно пройти профпереподготовку в объеме свыше 500 ч.

Вместе с тем диагностику и профилактику острых и хронических заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью водолазов, осуществляли офицеры медслужбы и гражданский персонал ВС РФ. На них также возлагалось медобеспечение водолазных спусков.

В связи с этим Минздравсоцразвития России предлагает следующее. При направлении и приеме врачей на циклы повышения квалификации и профпереподготовки учитывается порядок совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 09.12.2008 № 705н).

Приведен перечень должностей в воинских частях и учреждениях Минобороны России, исполнение должностных обязанностей по которым предусматривает работу по специальности «Водолазная медицина».

Если стаж на указанных должностях — от 5 до 10 лет, продолжительность профпереподготовки по специальности «Водолазная медицина» составляет свыше 500 ч, от 10 лет — от 100 до 500 ч.





ЭПИДНАДЗОР, ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА НОРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: МЕТОДУКАЗАНИЯ

Методические указания МУ 3.1.1.2969-11 «Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика норовирусной инфекции» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ)

Приведены Методуказания «Эпидемиологический надзор, лабораторная диагностика и профилактика норовирусной инфекции» (МУ 3.1.1.2969-11). Они вводятся с 15 ноября 2011 г.

Указания определяют организацию и порядок проведения эпиднадзора и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении названной инфекции.

Они предназначены для специалистов органов и учреждений Роспотребнадзора. Также указания могут использовать лечебно-профилактические и другие учреждения.

РАЗВИТИЕ ЖИЛИЩНОГО СТРОИТЕЛЬСТВА: УЧИТЕЛЯ, МЕДИКИ И РАБОТНИКИ КУЛЬТУРЫ, СКОРЕЕ ВСЕГО, ПОЛУЧАТ ПРЕФЕРЕНЦИИ

Досье на проект федерального закона № 621156-5 «О внесении изменений в Федеральный закон «О содействии развитию жилищного строительства» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (в части создания условий для обеспечения земельными участками жилищных кооперативов, созданных отдельными категориями граждан) (внесен депутатами ГД А.Б. Коганом, А.Е. Хинштейном, Р.В. Антоновым)

23.11.2011 Госдумой рассмотрены в третьем чтении и приняты поправки к Закону о содействии развитию жилищного строительства, ЗК РФ, ЖК РФ и др.

Напомним, что закон предусматривает создание Федерального фонда содействия развитию жилищного строительства. Основная задача Фонда — распределять под жилищное строительство федеральные земельные участки (безвозмездно или через аукционы). Так, участки Фонда могут быть безвозмездно переданы в срочное пользование ЖСК, состоящим из определенных категорий граждан, либо в собственность таких кооперативов и (или) их членов.

Перечень последних предлагается расширить. Возможно, к ним дополнительно отнесут работников региональных и муниципальных школ, вузов, учреждений здравоохранения и культуры.

Согласно поправкам ходатайство о передаче участка кооперативу, включающему указанных работников, направляется в Фонд региональным органом власти.

Последний также утверждает списки названных работников, которые могут быть приняты в члены кооператива. Порядок их формирования, предположительно, можно будет найти в Интернете. Отметим, что в настоящее время указанным преимуществом пользуются только кооперативы, состоящие из федеральных чиновников и военнослужащих, а также лиц, работающих в федеральных учреждениях и ФГУПах. При этом такая преференция, вероятно, будет распространяться только на ЖСК (сегодня также на жилищные накопительные и иные специализированные потребкооперативы). Еще одно возможное требование — ЖСК ранее не получал от государства участок без проведения торгов или от Фонда для жилищного строительства.

Правительство РФ хотят наделять полномочием по утверждению примерного устава ЖСК.

В Законе о введении в действие ЗК РФ предлагается закрепить возможность безвозмездной передачи государственных и муниципальных участков в срочное пользование указанным ЖСК. Цель — строительство на них многоквартирных домов экономкласса.

Поправки к ЖК РФ предусматривают следующее. Любые жилищные кооперативы и ЖСК при проведении реконструкции многоквартирного дома выступают застройщиками и обеспечивают ее в соответствии с выданным разрешением на строительство.



НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК: УТОЧНЕНЫ ПОЛНОМОЧИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПО ПЕРЕДАЧЕ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2011 г. № 943 «О внесении изменений в Правила передачи медицинских иммунобиологических препаратов в рамках национального календаря профилактических прививок федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и Федеральному медико-биологическому агентству, а также в собственность субъектов Российской Федерации с последующей их передачей при необходимости в собственность муниципальных образований»

Уточнены правила передачи медицинских иммунобиологических препаратов, полученных в рамках национального календаря профилактических прививок, учреждениям государственной и муниципальной систем здравоохранения.

В частности, в Минздравсоцразвития России не подписывается акт приема-передачи препаратов. О передаче таковых ФМБА, а также в собственность регионов Министерство издает распорядительный акт.

РЕГИОНАМ ВЫДЕЛЯТ БОЛЬШЕ СРЕДСТВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНВАЛИДОВ И ВЕТЕРАНОВ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОТЕЗАМИ

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2011 г. № 942 «О внесении изменений в распределение в 2011 году субвенций из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление переданных полномочий Российской Федерации по предоставлению мер социальной защиты инвалидам и отдельным категориям граждан из числа ветеранов»

В 2011 г. регионам из федерального бюджета выделяются субвенции на обеспечение инвалидов и ветеранов техсредствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями. Скорректировано распределение средств между субъектами Федерации.

Общий объем субвенций вырос на 3,8 млрд. руб. Соответственно, увеличился размер средств, перечисляемых каждому из 21 региона-получателя.

В 2012 Г. НОРМАТИВ ЗАТРАТ НА БЕСПЛАТНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВАМИ, МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ ПОВЫСИТСЯ НА 25,7 РУБ.

Федеральный закон от 30 ноября 2011 г. № 357-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2012 год»

Некоторые категории граждан имеют право на дополнительную бесплатную медицинскую помощь. В частности, речь идет об обеспечении лекарствами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Установлен норматив затрат на 1 гражданина в месяц на оплату указанной помощи на 2012 г. Он составляет 604 руб. Это на 25,7 руб. больше норматива на 2011 г.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2012 г.





ВЫЧЕТ ПО НДС В СУММЕ РАСХОДОВ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ, ЕСЛИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА БЫЛИ ДОХОДЫ, ОБЛАГАЕМЫЕ ПО СТАВКЕ 13%

Письмо Федеральной налоговой службы от 11 ноября 2011 г. № ЕД-2-3/859@ «О порядке предоставления социального налогового вычета»

Физлицо вправе получить социальный вычет по НДС в сумме, уплаченной им в налоговом периоде за услуги российских медицинских учреждений. Речь идет о лечении самого налогоплательщика, а также его супруга (супруги), родителей и (или) детей в возрасте до 18 лет.

По дорогостоящим видам лечения, перечень которых определен Правительством РФ, сумма вычета принимается в размере фактических затрат.

Вычет предоставляется при лечении в медучреждениях, имеющих лицензии. При этом нужны документы, подтверждающие фактически понесенные расходы.

Воспользоваться вычетом могут физлица, получившие в календарном году доходы, облагаемые НДС по ставке 13%. От НДС освобождаются доходы индивидуальных предпринимателей от тех видов деятельности, в отношении которых применяются ЕНВД, УСН и ЕСХН.

Таким образом, оснований для вычета нет, если физлицо не имело в течение года доходов, с которых уплачивался бы НДС, и получало поступления от деятельности, облагаемой в рамках УСН.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ПРОФОБРАЗОВАНИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОС-СЛУЖАЩИХ: НОВОЕ ПОЛНОМОЧИЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Постановление Правительства РФ от 18 ноября 2011 г. № 949 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2008 г. № 284» (не вступило в силу)

Расширены полномочия Минздравсоцразвития России в сфере дополнительного профобразования федеральных госслужащих. Оно назначено госзаказчиком повышения квалификации и стажировки федеральных госслужащих по приоритетным направлениям дополнительного профобразования. Речь идет о тех, которые проводятся в соответствии с отдельными решениями Президента РФ и Правительства РФ.

Урегулирован вопрос финансирования с 2012 г. госконтрактов на дополнительное профобучение федеральных госслужащих.

НА РЕАЛИЗАЦИЮ МУСКОКСКОЙ ИНИЦИАТИВЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРЕЙ, НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ РОССИЯ ПОТРАТИТ ДО 4,62 МЛН. ДОЛЛ. США

Распоряжение Правительства РФ от 26 октября 2011 г. № 1871-р «О выделении бюджетных ассигнований федерального бюджета, для уплаты взносов во Всемирную организацию здравоохранения для подготовки специалистов по борьбе с малярией»

Реализуется Мускокская инициатива по охране здоровья матерей, новорожденных и детей в возрасте до 5 лет. Она одобрена на саммите «Группы восьми» в Канаде 25–26 июня 2010 г.

Для обеспечения участия России в осуществлении названной инициативы в 2011–2013 гг. из федерального бюджета выделяется до 4,62 млн. долл. США для уплаты взносов в ВОЗ. Средства направят на подготовку специалистов по борьбе с малярией. Из них в текущем году — не более 1,31 млн. долл. США, в 2012 г. — до 1,71 млн. долл. США и в 2013 г. — до 1,6 млн. долл. США.



РОСЗДРАВНАДЗОР КОНТРОЛИРУЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕДЕРАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 августа 2011 г. № 986н «Об утверждении Административного регламента исполнения Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития государственной функции по осуществлению контроля за порядком установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 294.

Росздравнадзор осуществляет контроль за порядком установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Утвержден новый административный регламент, закрепляющий, как выполняется эта функция.

В ходе контроля устанавливается, соответствует ли деятельность федеральных учреждений медико-социальной экспертизы требованиям законодательства. Проверяются процедура освидетельствования граждан, оформление программ реабилитации пострадавших и акта освидетельствования. Перечислены права и обязанности должностных лиц Службы (ее региональных управлений) при проверках. В частности, они не могут требовать сведения и документы, представление которых не предусмотрено законодательством. Должны соблюдаться сроки проверок и т.д.

Проверка продолжается не более 20 рабочих дней. В исключительных случаях срок выездной плановой проверки могут продлить, но не более чем на столько же.

Закреплены права и обязанности должностных лиц проверяемых учреждений.

Определено, как предоставляется информация об исполнении функции, проводятся плановые и внеплановые проверки. По результатам проверки составляется акт. Закреплено, как он оформляется. При выявлении нарушений выдается предписание об их устранении.

Определены порядок и формы контроля за исполнением функции. Решения и действия (бездействие) проверяющего органа (его должностных лиц) можно обжаловать.

РАСШИРЕН СПИСОК ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВ, ЦЕНЫ НА КОТОРЫЕ РЕГУЛИРУЮТСЯ ГОСУДАРСТВОМ

Распоряжение Правительства РФ от 3 ноября 2011 г. № 1933-р «Об утверждении изменений в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2011 г.»

Дополнен перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2011 г. В него включены следующие лекарства из группы фторхинолонов. Это гатифлоксацин (таблетки в пленочной оболочке), ломефлоксацин (таблетки в оболочке, в том числе пленочной), моксифлоксацин (раствор для инфузий и таблетки в оболочке, в том числе пленочной), спарфлоксацин (таблетки в оболочке). Они относятся к противомикробным бактерицидным препаратам широкого спектра действия.

Также в список внесен еще 1 противотуберкулезный препарат — теризидон (капсулы).

Следует отметить, что в перечень жизненно необходимых и важнейших включаются лекарства, обеспечивающие профилактику и лечение наиболее распространенных заболеваний. Цены на эти препараты подлежат госрегулированию. Отпускные цены производителей на них регистрируются и вносятся в специальный реестр. Региональные власти устанавливают предельные размеры оптовых и розничных надбавок к указанным ценам.





НА СОЗДАНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА «ОНКОЛОГИЯ» ВЫДЕЛЯЕТСЯ 10 МЛН. РУБ.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 ноября 2011 г. № 1337 «О распределении в 2011 году лимитов бюджетных ассигнований на оснащение медицинской техникой, предусмотренных в федеральном бюджете федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации», в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)»

Реализуется ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)».

В ее рамках из федерального бюджета предоставляются ассигнования учреждениям Минздравсоцразвития России, оказывающим медпомощь, на оснащение медтехникой.

Утверждено распределение лимитов указанных средств в 2011 г.

Так, на развитие технологической базы для оказания специализированной медпомощи при сахарном диабете Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова получит 22 515 тыс. руб., Северо-Кавказский многопрофильный медицинский центр — 13 969,8 тыс. руб., Башкирский государственный медицинский университет — 7328,7 тыс. руб.

На создание и обеспечение функционирования федерального телекоммуникационного консультативно-диагностического центра «Онкология» Московскому научно-исследовательскому онкологическому институту имени П.А. Герцена выделяют 10 млн руб.

В РОССИИ СОЗДАДУТ ИНТЕРНЕТ-СЛУЖБУ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ, МЧС РФ, Министерства образования и науки РФ и Министерства связи и массовых коммуникаций РФ от 29 сентября 2011 г. № 1086/550/2415/241 «Об утверждении Концепции создания Интернет-службы психологической помощи населению и комплексного плана мероприятий по ее реализации»

Разработана Концепция создания Интернет-службы психологической помощи населению.

Так, на сайтах центров психиатрии имени Сербского и экстренной психологической помощи МЧС России, а также Федерального института развития образования Минобрнауки России планируется создать специальные разделы. На них будет размещаться информация о бесплатных психологических услугах, оказываемых учреждениями здравоохранения, соцзащиты населения, гражданской обороны, чрезвычайных ситуаций и ликвидации последствий стихийных бедствий, образования. Будут предоставлены сведения о самих учреждениях (адрес, телефон, факс, электронная почта, сайт) и даны рекомендации по преодолению стресса. Могут публиковаться статьи, обзоры, справочные материалы по вопросам оказания психологической помощи. Доступ к указанным сведениям должен быть круглосуточным и бесплатным.

Информация о создании вышеуказанных разделов будет размещаться на Едином портале государственных (муниципальных) услуг (функций).

Разработаны требования к технологическим, программным, лингвистическим, правовым и организационным средствам обеспечения функционирования указанных разделов сайтов.

Утвержден комплексный план мероприятий по реализации Концепции. Они осуществляются в 2 этапа. Завершение планируется в 2012 г.



ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ ОПРЕДЕЛИТ ПОРЯДОК ПЕРЕДАЧИ ЗАКУП- ЛЕННОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖ- ДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Распоряжение Президента РФ от 10 ноября 2011 г. № 737-рп «О порядке передачи купленного Минздравсоцразвития России специализированного медицинского оборудования, предназначенного для реабилитации новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела»

В 2011 г. Минздравсоцразвития России из резервного фонда Президента РФ выделяются до 350 млн. руб.

За счет них приобретается специализированное медицинское оборудование для реабилитации новорожденных с низкой (в том числе экстремально) массой тела.

Правительство РФ должно определить порядок передачи купленного оборудования в региональную собственность с последующим переходом (при необходимости) в муниципальную.

Распоряжение вступает в силу со дня его подписания.

МЕДОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНИКОВ: РЕКОМЕНДАЦИЯ ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 октября 2011 г. № 1231н «О внесении изменения в Порядок предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 декабря 2004 г. № 328» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 9 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 244.

Отдельным категориям граждан оказывается государственная социальная помощь. В частности, они имеют право на бесплатные лекарственные препараты и медизделия.

Цель вносимых поправок — повысить доступность обеспечения ими.

Региональным органам рекомендовано определять условия доставки указанных лекарств и изделий.

КАК И ЗАЧЕМ ОРГАН, ЛИЦЕНЗИРУЮЩИЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВЗАИМОДЕЙСТВУЕТ С ФМБА РОССИИ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки и Федерального медико-биологического агентства от 24 октября 2011 г. № 2260/420 «Об утверждении Порядка взаимодействия между лицензирующим органом и Федеральным медико-биологическим агентством»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 422.

При предоставлении (переоформлении) лицензии на ведение образовательной деятельности проверяется соответствие зданий, строений, сооружений, помещений и территорий заявителя санитарно-эпидемиологическим требованиям.

Лицензирующий орган получает от ФМБА России заключение о таком соответствии. Установлен порядок их взаимодействия.

Для этого используется единая система межведомственного электронного взаимодействия.

Если системой невозможно воспользоваться, применяются электронная почта или факс.

ФМБА России представляет заключение в течение 3 рабочих дней с момента получения запроса лицензирующего органа.





НОВЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ, ГДЕ ИНОСТРАННЫЙ СПЕЦИАЛИСТ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ СВОЮ КВАЛИФИКАЦИЮ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 22 сентября 2011 г. № 6102-Пр/11 «О внесении изменений в Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 26 февраля 2007 г. № 411-Пр/07»

Лица, получившие медицинскую и фармацевтическую подготовку за рубежом, могут работать в нашей стране по специальности только после успешной сдачи экзаменов в соответствующих учебных заведениях России. Пересмотрен их перечень.

Экзамен можно сдать в 1 из 43 ВУЗов и ССУЗов. В них создаются постоянно действующие экзаменационные комиссии.

Отметим, что направление на экзамен выдает Росздравнадзор. Обязательное условие допуска к нему — установление эквивалентности (признание) иностранного документа об образовании.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ МИНЗДРАВОМ РОССИИ, БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 октября 2011 г. № 1214 «О признании утратившими силу методических указаний «Медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков (кроме больных туберкулезом)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации 22 декабря 1999 г. № 99/227»

Утрачивают силу утвержденные Минздравом России медицинские показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения взрослых и подростков (кроме больных туберкулезом).

ПРИНЯТЫ НОВЫЕ САНЭПИДЕМПРАВИЛА О ПРОФИЛАКТИКЕ КОРИ, КРАСНУХИ И ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 июля 2011 г. № 108 «Об утверждении СП 3.1.2952-11 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 379.

Утверждены санитарно-эпидемиологические правила, касающиеся профилактики кори, краснухи и эпидемического паротита.

Корь, краснуха, эпидемический паротит относятся к острым инфекционным вирусным заболеваниям преимущественно с воздушно-капельным путем передачи. В частности, для кори характерны кашель и/или насморк, конъюнктивит, общая интоксикация, температура 38°C и выше, поэтапное высыпание пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4–5 дня болезни и пигментация.

Названные инфекции диагностируются вирусологическим, серологическим и молекулярно-биологическим методами исследований. В организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления 1-го больного до 21 дня после того, как обнаружен последний, в коллектив не принимаются лица, которые ранее не заражались и не были привиты. Это касается и случаев, когда в дошкольных или общеобразовательных учреждениях обнаружен очаг инфекции.

Обязательно госпитализируются пациенты с тяжелым клиническим течением заболевания, а также лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей (взрослых), проживающие



в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях; при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения.

Очаг считается ликвидированным после того, как получены отрицательные результаты исследования 2 клинических образцов, собранных с интервалом в 2–4 недели.

Указанные правила вводятся в действие со дня вступления в силу постановления. С этого момента утрачивают силу СП 3.1.2.1176-02 «Профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита».

БЮДЖЕТНОЕ ИНВЕСТИРОВАНИЕ ОБЪЕКТОВ КАПСТРОИТЕЛЬСТВА ГОСУЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2011 г. № 1009 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 564»

Перераспределены бюджетные инвестиции, направляемые в 2011–2014 гг. на проектирование, строительство и реконструкцию объектов капстроительства федеральных госучреждений Минздравсоцразвития России.

Сокращен объем средств, выделяемых ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени профессора А.Л. Поленова».

В связи с реформой государственных учреждений уточнен статус организаций. Они относятся к бюджетным учреждениям.

НДФЛ: РАСХОДЫ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ВОЛОС ПРИНИМАЮТСЯ К ВЫЧЕТУ В ПОЛНОМ ИЛИ ОГРАНИЧЕННОМ РАЗМЕРЕ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 18 ноября 2011 г. № 03-04-05/7-913 «О предоставлении социального налогового вычета по НДФЛ в сумме расходов на операцию по трансплантации волос»

Физлица вправе получить соцвычет по НДФЛ, в частности, в размере оплаты услуг по лечению, предоставленных медучреждениями России.

Сумма всех соцвычетов в целом не должна превышать 120 тыс. руб. Однако сюда не включаются расходы на обучение детей и дорогостоящее лечение. Они принимаются в полном размере. Перечень дорогостоящих видов лечения утвержден Правительством РФ (Постановление от 19.03.2001 № 201).

По вопросу отнесения операции по трансплантации волос к какому-либо дорогостоящему виду лечения, предусмотренному перечнем, следует обращаться в Минздравсоцразвития России.

СКОЛЬКО ПОТРАТЯТ НА СТРОИТЕЛЬСТВО И РЕКОНСТРУКЦИЮ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ ЮГА СТРАНЫ В 2011–2012 ГГ.?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 октября 2011 г. № 1206 «Об утверждении адресного (пообъектного) распределения субсидий из федерального бюджета по объектам капитального строительства, включенным в федеральную целевую программу «Юг России (2008–2013 годы)»

Приведено распределение субсидий из федерального бюджета по объектам капстроительства, включенным в федеральную целевую программу «Юг России (2008–2013 годы)».

Средства направляются на строительство и реконструкцию ряда медучреждений (больниц, родильных домов, поликлиник, диспансеров и пр.). Всего на указанные цели выделяется в 2011 г. 648 млн. руб., в 2012 г. — 504,5 млн. руб. Определены мощность и сроки ввода объектов.





СКОРРЕКТИРОВАН ПОРЯДОК ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ НА СОЗДАНИЕ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Постановление Правительства РФ от 5 декабря 2011 г. № 1004 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 6 апреля 2011 г. № 247»

Скорректирован порядок использования в 2011 г. бюджетных ассигнований на создание информационной системы в здравоохранении. Теперь он применяется и в 2012–2013 гг.

Установлено, что, если бюджетные средства, выделенные на указанные цели в текущем году, не использованы и первоочередные мероприятия по созданию системы не реализованы в 2011 г., такие мероприятия должны осуществляться в 2012 г. Это будет исполняться за счет федеральных денег, предоставляемых для этих целей в 2012 г. Следует учитывать, что реализация мероприятий должна быть завершена до 1 июля 2012 г.

Перечень мероприятий, осуществляемых в 2012 г., разрабатывается при наличии экономии бюджетных средств по итогам реализации в этом же году тех, которые упомянуты выше.

Определено, что Минздравсоцразвития России ежегодно направляет отчет о результатах информатизации здравоохранения на рассмотрение Правительственной комиссией по внедрению информационных технологий в деятельность государственных органов, а также местного самоуправления. Срок — не позднее февраля.

НА ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНИКОВ РЕГИОНЫ ПОЛУЧАТ БОЛЬШЕ СРЕДСТВ

Постановление Правительства РФ от 29 ноября 2011 г. № 991 «О внесении изменений в распределение в 2011 году из федерального бюджета межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения»

Регионам и г. Байконуру из федерального бюджета выделяются трансферты на бесплатное обеспечение граждан лекарствами, медизделиями и лечебным питанием для детей-инвалидов.

Приведено новое распределение указанных средств в 2011 г. Их общий размер увеличен с 13,6 млрд. руб. до 15,8 млрд. руб.

С 1 ИЮЛЯ 2012 Г. НА САЙТАХ УЧРЕЖДЕНИЙ РОСПОТРЕБНАДЗОРА МОЖНО БУДЕТ НАЙТИ ОТЧЕТЫ О ВЫПОЛНЕНИИ ГОСЗАДАНИЙ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 3 ноября 2011 г. № 814 «О внесении изменений в приказ Роспотребнадзора от 13.12.2010 № 461 «Об утверждении методических рекомендаций «О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных бюджетных и казенных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания»

Скорректированы методические рекомендации о порядке формирования госзадания в отношении ФГУ Роспотребнадзора.

В госзадании не учитываются показатели, характеризующие качество, объем и порядок работ. В него включаются финансовые затраты на них.

Установлено, как рассчитываются некоторые показатели объема (содержания) госуслуги. Речь идет о количестве заполненных форм статотчетности и показателей, включенных в Федеральный информационный фонд социально-гигиенического мониторинга.



Определены случаи, когда Роспотребнадзором утверждается новое госзадание. Это необходимо, если изменились нормативные акты, на основе которых было сформировано прежнее, или объем бюджетных ассигнований на его реализацию.

По решению Роспотребнадзора при определении показателей бюджетной сметы либо размера субсидий используются нормативные затраты на выполнение работ в рамках госзадания.

Соглашение о предоставлении субсидии на выполнение госзадания должно учитывать возможные отклонения от установленных показателей без изменения размера средств.

С 1 июля 2012 г. на сайте федерального бюджетного учреждения размещается отчет о выполнении госзадания и финансовых затратах на его реализацию. Приведена его форма.

КТО В РОСПОТРЕБНАДЗОРЕ ПРИСВАИВАЕТ МЕДРАБОТНИКАМ КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ КАТЕГОРИИ?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11 октября 2011 г. № 775 «Об организации работы ведомственных аттестационных комиссий Роспотребнадзора по присвоению медицинским работникам квалификационных категорий»

Создана аттестационная комиссия центрального аппарата Роспотребнадзора по присвоению медработникам квалификационных категорий. Аналогичные комиссии сформированы при территориальных органах Службы в регионах (далее — территориальные комиссии).

Установлено, что специалисты последних, по ж/д транспорту (кроме руководителей и их заместителей), подведомственных организаций (за исключением их руководителей, специалистов Федерального центра гигиены и эпидемиологии, а также Противочумного) представляют квалификационную документацию в территориальную комиссию субъекта Федерации, где расположено и оборудовано стационарное рабочее место сотрудника.

Руководителям названных территориальных органов, при которых образуются упомянутые комиссии, необходимо утвердить персональный состав последних, порядок их работы.

ПРОФИЛАКТИКА ПОЛИОМИЕЛИТА: НОВЫЕ САНЭПИДЕМПРАВИЛА

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 июля 2011 г. № 107 «Об утверждении СП 3.1.2.12951-11 «Профилактика полиомиелита»
Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 378.

Разработаны новые санитарно-эпидемиологические правила, касающиеся профилактики полиомиелита.

Острый полиомиелит относится к инфекциям вирусной этиологии. Он характеризуется разнообразием клинических форм — от abortивных до паралитических.

Источник инфекции — человек, больной или носитель. Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки через 36 часов, а в испражнениях — через 72 часа после заражения.

Инкубационный период при остром полиомиелите колеблется от 4 до 30 дней. Чаще всего он длится от 6 до 21 дня.

Возбудитель передается водным, пищевым и бытовым путями, а также воздушно-капельным и воздушно-пылевым.

Заболевание регистрируется в основном у детей, которые не привиты против полиомиелита или вакцинированы с нарушением календаря профилактических прививок.

Оно выявляется при обращении и оказании медицинской помощи, проведении осмотров, обследований, при активном эпидемиологическом надзоре.





Больной с подозрением на заболевание должен госпитализироваться в бокс инфекционного стационара. При выявлении такого пациента берутся 2 пробы фекалий для лабораторного вирусологического исследования с интервалом 24–48 часов. Их необходимо взять в самые короткие сроки, но не позднее 14 дня от начала пареза/паралича.

Не менее 95% детей от общего количества подлежащих вакцинации в возрасте 12 месяцев должны быть привиты и столько же при второй ревакцинации в возрасте 24 месяцев.

Санэпидемправила вводятся в действие со дня вступления в силу постановления. С указанного момента утрачивают силу СП 3.1.1.2343-08 «Профилактика полиомиелита в пост-сертификационный период».

КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРОВОДЯТСЯ В ОЧАГАХ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ (НЕПОЛНО) ИНФЕКЦИИ?

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 27 июля 2011 г. № 106 «Об утверждении СП 3.1.2950-11 «Профилактика энтеровирусной (неполно) инфекции» (не вступило в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 ноября 2011 г. Регистрационный № 22 389.

Утверждены санитарно-эпидемиологические правила, касающиеся профилактики энтеровирусной (неполно) инфекции (ЭВИ).

Основные возбудители — вирусы Коксаки А (24 серотипа) и В (6 серотипов), ЕСНО (34 серотипа) и неклассифицированные энтеровирусы человека 68–71 типов.

Источником инфекции является человек (больной или носитель). Инкубационный период составляет в среднем от 1 до 10 дней. Среди заболевших преобладают дети.

ЭВИ передается водным, пищевым и контактно-бытовым, воздушно-капельным и пылевым путями. Заболевание встречается в виде спорадических случаев, локальных вспышек (чаще в детских коллективах), эпидемий. Причиной может быть занос инфекции в учреждение, на территорию и возможность ее распространения при несоблюдении санитарных требований.

Больные ЭВИ и лица с подозрением на это госпитализируются по клиническим и эпидемиологическим показаниям. Обязательно должны изолироваться заразившиеся всеми клиническими формами ЭВИ и лица с подозрением на это.

В зависимости от эпидемиологической ситуации в очаге могут ограничиваться (вплоть до запрещения) массовые мероприятия, купания в открытых водоемах, бассейнах. Также возможно приостановление занятий в начальных классах, гиперхлорирование питьевой воды, подаваемой населению, и др. Организуется медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения.

В очагах ЭВИ проводят дезинфекцию. Там разрешено применять иммуномодуляторы и противовирусные средства в соответствии с инструкциями по их использованию.

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



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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



Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2012 год (периодичность — 6 выпусков в год)



Адрес редакции:

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

**В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Врач и информационные технологии" на 2012 г.»,
Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.**

Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажного журнала) или заказать конкретный номер. **Стоимость годовой подписки — 1000 рублей.** Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.

Список альтернативных агентств, принимающих подписку на журнал «Врач и информационные технологии»:

ООО «Урал-Пресс XXI»	http://www.ural-press.ru/ , Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89
ООО «Интер-Почта»	http://www.interpochta.ru/ , Т./ф. (495) 500-00-60
ООО «Артос-ГАЛ»	E-mail: snezhana--86@mail.ru, Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88
ООО «ПрессГид»	E-mail: podpiska@pressmart.cbх.ru , Т./ф. (812) 703-47-09

В почтовом отделении:

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

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

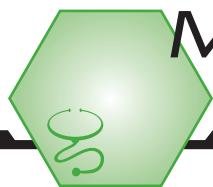
- на один номер — **350 руб.**
- на полугодие — **1050 руб.**
- **1890 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 315 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом
«Менеджер Здравоохранения»
Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва
ИНН 7715376090 КПП 771501001
Банк получателя: ОАО «Сбербанк России»,
г. Москва
р/с: 40702810638050105256,
к/с: 30101810400000000225
БИК 044525225
Код по ОКП 95200. Код по ОКПО 14188349



Менеджер
здравоохранения

