

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№4. 2012



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



Читайте в новом номере журнала «Врач и информационные технологии»



В рубрике «**Медицинские информационные системы**»

- **Повышение доступности медицинской помощи жителям сельской местности с использованием современных информационных технологий**

Представлены результаты проекта, нацеленного на разработку механизмов информатизации первого этапа оказания медицинской помощи жителям сельской местности для повышения ее доступности на примере одного из районов Иркутской области

- **Методика расчета экономических показателей работы государственных лечебно-профилактических учреждений**

Методика позволяет учитывать доходы и расходы учреждения, связанные с процессом лечения. Результатом расчетов является формирование фонда стимулирования медицинского персонала, управление распределением которым позволяет повысить эффективность работы лечебно-профилактических учреждений.

В рубрике «**Геоинформационные системы**»

- **Применение геоинформационных методов в решении**

задач оптимизации медицинского обслуживания населения г. Москвы

Рассматриваются возможности применения геоинформационных технологий для поиска мест оптимального размещения новых родильных домов в Москве с учетом демографических особенностей населения города, существующей сети родильных домов и улично-дорожной сети.

В рубрике «**Системы поддержки принятия решений**»

- **Система поддержки принятия решений в прогнозировании и диагностике инфицированного панкреонекроза**

Авторы разработали и оценили эффективность экспертной системы раннего прогнозирования и диагностики инфекционных осложнений тяжелого острого панкреатита. Данная система поддержки принятия решений является оптимальной для определения риска развития инфицированного панкреонекроза, обладает лучшим качеством диагностической модели.

В рубрике «**Системы поддержки принятия решений**»

- **Оценка интернационализированного сегмента российских публикаций по медицинской информатике**

Показано, что за 30 лет (1981-2010 гг.) число отечественных публикаций по медицинской информатике, проиндексированных в Web of Sci, выросло крайне незначительно: с 2-4 в год в восьмидесятых годах до 8-12 в год за последние 10 лет. Приведен список международных журналов по медицинской информатике с максимально высокими импакт-факторами, публикации в которых помогут российским исследователям изменить эту ситуацию.

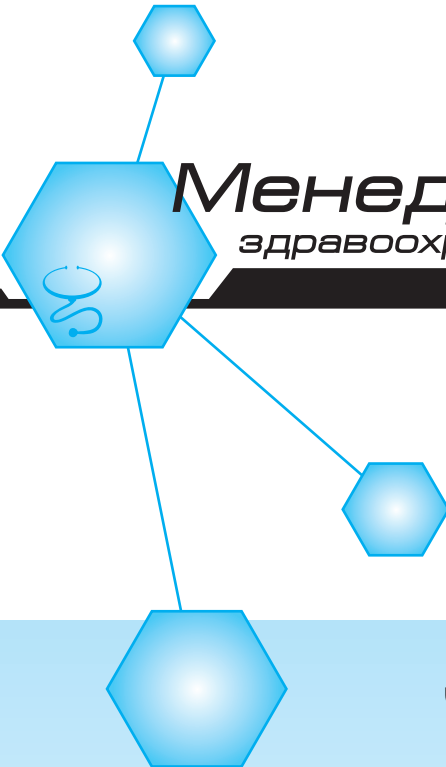
В рубрике «**Портрет профессионала**»

- **Интервью с управляющим партнером компании «СофТраст» Владимиром Варфоломеевым**

В рубрике «**Полезная ссылка**»

- **Общая стоимость опубликованных он-лайн учебных материалов MIT оценивается в 107 840\$. Вы можете ознакомиться с ними бесплатно!**

Архив номеров журнала смотри на сайте www.idmz.ru



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Методика расчета экономических показателей работы государственных лечебно-профилактических учреждений
- ✓ Методика оценки деятельности медицинских организаций Минздравсоцразвития России
- ✓ Современное состояние медицинской статистики в Российской Федерации
- ✓ Франчайзинг медицинских центров в России: обзор рынка, проблемы и перспективы развития
- ✓ Международный опыт подготовки приемлемых решений в здравоохранении
- ✓ Рейтинг медицинских университетов России и мира

Менеджер здравоохранения

№ 4
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:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

К вопросу об экономической мотивации деятельности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования

И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева

6-11

Определение значимости инноваций в области медицины

И.А. Егорова, В.П. Коровкин, П.С. Турзин

12-19

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Необходимость контроля за изменениями институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в новых экономических условиях в Республике Казахстан

Л.Г. Сатаева

20-26

С МЕСТА СОБЫТИЙ

Исследовательские платформы, созданные в Минздравсоцразвития: задачи и цели

27-30

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Мировой уровень конкурентоспособности национальных исследований в области клинической медицины

В.И. Стародубов, Н.Г. Куракова, Л.А. Цветкова, П.Г. Арефьев, Ф.А. Кураков

31-41

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 Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ

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

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

**Опасная ситуация — осуждение невиновного.
Введение рентгеноконтрастного вещества пациенту —
криминальная медицинская услуга?!**

А.А. Старченко

42–60

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

**Казенные, бюджетные и автономные
учреждения должны обеспечить открытость и доступность
учредительных документов**

61

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

**Меры, направленные на привлечение молодых врачей
в сельские учреждения здравоохранения**

Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров

62–65

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

66–68

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ 2012

69–72

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

**Системы открытых знаний. Бесплатный on-line курс
обучения в Массачусетском технологическом институте**

73–76

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

77–80

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

81–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

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...

№ 4
2012

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

**Regarding the question of economic motivation of medical personnel
in the system of compulsory medical insurance**

I.A. Geht, G.B. Artemieva

6-11

Definition of value of innovations in medicine

I.A. Egorova, V.P. Korovkin, P.C. Turzin

12-19

INTERNATIONAL EXPERIENCE

**Necessity of control over changes in institutional sphere
of the drugs provision process of patients suffering
from socially important diseases in new economic conditions
in Republic of Kazakhstan**

L.G. Sataeva

20-26

FROM THE SCENE OF EVENT

**Research platforms, created in Ministry of health care
a Social Development: targets and purposes**

27-30

MEDICAL SCIENCE

**World level of competitiveness of national researches
in the sphere of clinic medicine**

*V.I. Starodubov, N.G. Kurakova, L.A. Tsvetkova,
P.G. Arefiev, F.A. Kurakov*

31-41

Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus

Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...

LEGAL RIGHT

Dangerous situation — conviction of an innocent. Introduction of X-ray contrast substance to the patient — is it a criminal medical service?!

A.A. Starchenko

42-60

INTERESTING DOCUMENT

Treasury, budgetary and autonomous institutions should provide openness and availability of constituent documents

61

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Measures, directed on attraction of young practitioners in countryside agencies of health care

Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov

62-65

QUESTIONS AND ANSWERS

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

66-68

HEALTH CARE-2012

69-72

USEFUL URL

System of open knowledge. Free of charge on-line contest of tuition in MIT (Massachusetts Institute of Technology)

73-76

INNOVATIONS IN MEDICINE

77-80

REVIEW OF ACTUAL DOCUMENTS

81-96



И.А. Гехт,

д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, начальник Аналитического управления Территориального фонда ОМС Самарской области, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, Geht@samtfoms.ru

Г.Б. Артемьева,

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО Рязанского государственного медицинского университета, директор Территориального фонда ОМС Рязанской области, г. Рязань, Россия, agb@rofoms.ryazan.ru

К ВОПРОСУ ОБ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ МОТИВАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2

Гехт И.А., Артемьева Г.Б. *К вопросу об экономической мотивации деятельности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования (Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия; ТФОМС Рязанской области, г. Рязань, Россия)*

Аннотация: Различные формы оплаты медицинской помощи, применяемые в сфере обязательного медицинского страхования, по-разному вызывают экономический интерес у сотрудников поликлиник и стационаров. Особенно это проявляется при внедрении подушевого финансирования с элементами фондодержания.

Ключевые слова: экономическая мотивация, подушевое финансирования, фондодержание.

Реформирование здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования (ОМС) подразумевает внедрение новых прогрессивных форм оплаты медицинской помощи, которые способствовали бы эффективному использованию ресурсов системы, связывали бы оплату труда медицинских работников с конечной целью их деятельности — улучшением состояния здоровья населения и повышали бы их экономическую заинтересованность в результатах своего труда.

В реальности не всегда интересы медицинского персонала и пациентов, а нередко и медицинских работников различных по условиям оказания медицинской помощи структур совпадают. Рассмотрим несколько ситуаций, связанных с организацией медицинской помощи в системе ОМС.

При оплате за фактически проведенные койко-дни в стационаре медицинскому персоналу становится выгодным удлинение сроков пребывания пациентов в отделении. При этом увеличение длительности лечения может быть связано с социальными причинами, с долечиванием пациентов, реабилитационными мероприятиями, длительным периодом диагностики и т.д. Каждый такой случай обходится страховой медицин-



ской организации дороже, приводит к уменьшению оборота койки, что сопровождается ростом очередности на плановую госпитализацию, а в итоге снижается доступность медицинской помощи и растет недовольство населения. В этом случае негативные последствия могут предотвратить введение нормативов длительности лечения при различных нозологиях, соблюдение медицинских стандартов и постоянный контроль страховых медицинских организаций.

При оплате за законченные случаи госпитализации персонал медицинской организации заинтересован в большом количестве случаев госпитализации, что влечет за собой опасность досрочной выписки пациентов, не прошедших полностью курс лечения, с риском возникновения у них осложнений, рецидивов, обострений. Сдерживающим механизмом негативных последствий служат внедрение клинических стандартов и контроль страховых медицинских организаций, по итогам которого определяется степень полноты возмещения понесенных медицинской организацией затрат.

Более целесообразным, позволяющим увеличить оборот койки, пролечить большее число пациентов и сократить очередь на плановую госпитализацию представляется способ оплаты за пролеченного пациента с дифференцированной стоимостью периодов лечения и представлением не одного, а трех счетов: за период интенсивного лечения; за долечивание; за реабилитацию. При этом самым дорогим будет являться период интенсивного лечения, а более дешевым — реабилитация. В этом случае медицинским работникам выгоднее работать с пациентами, которые требуют интенсивного лечения, а на долечивание и реабилитацию переводить в дневные стационары или в поликлинику, причем при необходимости продолжать наблюдать выписанных больных и консультировать их.

При таком подходе увеличиваются финансовые поступления в медицинскую организа-

цию и, как следствие, растут доходы медицинских работников в связи с интенсификацией труда, развивается стационарозамещающая и реабилитационная помощь.

Как правило, роды оплачиваются за законченный случай, еще один счет выставляется при лечении новорожденного по поводу патологии. В соответствии с прейскурантом цен патологические роды стоят дороже, чем нормальные. Таким образом складывается парадоксальная ситуация, когда работники родильных отделений экономически могут быть больше заинтересованы в патологических родах. При анализе счетов, выставленных к оплате в страховые медицинские организации Самарской области, 85–90% всех родов являются патологическими. Повышение мотивации медицинских работников можно обеспечить экономическим стимулированием достижения результата: нормальные роды, здоровые новорожденные, то есть нормальные роды должны стоить больше, чем патологические. Женские консультации в составе родильных домов позволят повысить ответственность медицинских работников за родоразрешение и ведение женщины в период беременности. При этом дать возможность работникам родильных подразделений и роддомов активно участвовать в ведении беременных.

Внедрение новых технологий, как правило, влечет за собой увеличение стоимости лечения. Например, переход на оперативные вмешательства лапароскопическим методом в Самарской области почти удвоил стоимость лечения по поводу грыж, желчно-каменной болезни и т.д. Применение эндоскопических операций по показаниям значительно уменьшает сроки пребывания пациентов в стационарах, облегчает и удешевляет послеоперационный период, хотя и нуждается в дорогостоящей аппаратуре, одноразовых инструментах, расходных материалах. Ресурсообеспечение стационаров должно расти за счет сокращения длительности лечения и значительного увеличения оборота





койки при совершенствовании медицинских технологий. А это возможно в подготовленных медицинских организациях, оснащенных медицинской техникой, обеспеченных квалифицированными кадрами, имеющими возможность приобретать все больший опыт, и способных оказывать медицинскую помощь такого рода достаточному количеству пациентов, а не в «карликовых клиниках», где подобные операции производятся от случая к случаю.

До настоящего времени распространена практика дублирования целого ряда исследований при направлении пациентов на плановую госпитализацию: диагностические исследования проводятся в поликлинике и те же исследования назначаются в стационаре. Это приводит не только к неэффективным затратам в здравоохранении вследствие избыточных и неоптимальных назначений, но и к увеличению стоимости законченного случая из-за значительного удлинения сроков госпитализации. В условиях оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу с фондодержанием амбулаторно-поликлиническому учреждению, являющемуся держателем всех финансовых средств на медицинскую помощь прикрепленного населения, выгодно уменьшать количество внешних услуг, оплачиваемых за счет средств поликлиники, и оказывать эти услуги самостоятельно. Стационару, получающему оплату за законченный случай лечения, не выгодно дублирование исследований в силу увеличения сроков лечения пациентов и снижения оборота койки, а также в силу расходов на уже имеющиеся диагностические исследования. В этом случае сокращается возможность дополнительных доходов, обусловленных более эффективным использованием коечного фонда.

Отказ от дублирования исследований и разделение их на те, что будут сделаны в поликлинике и в стационаре на догоспитальном этапе, позволит сократить расходы поликлиники на оплату внешних госпитальных услуг, а стационарам сократить сроки пребы-

вания пациентов и увеличить оборот койки. В этом случае целесообразно проводить в поликлинике только те исследования, которые наверняка не будут повторяться в стационаре, остальные исследования следует проводить в стационаре, куда будет госпитализирован пациент, но до госпитализации. В этом случае стоимость госпитализации будет дешевле, что будет выгодно поликлинике, оплачивающей ее, и перекроет финансовые потери от оплаты за внешние лабораторные анализы и другие виды обследования. При этом сократятся сроки пребывания пациентов в стационаре и проявится экономический эффект от увеличения оборота койки с ростом числа пролеченных больных, а это будет уже выгодно сотрудникам стационаров.

По данным Самарской области, до 75% пациентов госпитализируются в круглосуточные стационары по экстренным показаниям, причем эти госпитализации связаны не только с травмами или внезапно возникшими заболеваниями. Значительная часть их связана с обострением хронических заболеваний, возникновением рецидивов, осложнений и т.д. Нередко эти состояния являются результатом дефектов в работе поликлиник: необоснованная задержка пациентов на амбулаторном этапе, так как при фондодержании экономически не выгодны госпитализации, которые оплачиваются из средств фондодержателя. В то же время экстренные госпитализации являются более ресурсозатратными.

Оптимизации организации медицинской помощи, эффективному распределению ресурсов ОМС может послужить более активное участие специалистов стационара (именно там сконцентрированы наиболее квалифицированные врачебные кадры) в лечении пациентов на амбулаторном этапе. Более действенная консультативная помощь без существенных убытков для медицинских работников поликлиник должна дать положительные результаты. Экономия от того, что пациенты избежат стационарного лечения или будут госпитализированы своевременно и в



более легком состоянии, должна будет превысить затраты на оплату консультаций.

Особенно сложная ситуация складывается с пациентами пожилого и старческого возраста: они экономически не выгодны как поликлиникам, так как чаще, чем лица трудоспособного возраста, требуют длительного лечения в стационаре, так и стационарам, так как пожилым больным требуются не только более длительное лечение, но и нередко индивидуальные посты, длительное долечивание и реабилитация до восстановления способности к самообслуживанию. Оптимальной формой оказания медицинской помощи пожилым пациентам с учетом интересов поликлиники и стационара представляется стационар на дому при условии организации ухода за больным, обеспечения регулярного наблюдения врачом, консультациями специалистов, доступности диагностических и реабилитационных мероприятий, бесплатного медикаментозного обеспечения.

На наш взгляд, распространение фондодержания на отдельные виды и профили медицинской помощи не является эффективным. Неоптимальным является включение в фондодержание женских консультаций. В этом случае возникает конфликт интересов: с одной стороны, поликлиника-фондодержатель не заинтересована в увеличении объема внешних услуг, с другой стороны, например, беременность требует длительного наблюдения, своевременного обследования, на что должны быть затрачены немалые ресурсы. Оплата же родов за счет женских консультаций создает парадоксальную ситуацию, когда аборт выгоднее, чем роды.

О системе подушевого финансирования с фондодержанием уже не раз упоминалось. Дело осложняется тем, что до внедрения одноканального финансирования в тарифе амбулаторно-поликлинической помощи до 90% всей суммы составляют затраты на оплату труда. Это означает то, что при экономии в поликлинике львиная доля сэкономленных ресурсов может расходоваться на

выплату стимулирующих надбавок. То есть существует выраженная экономическая мотивация работников поликлиники в экономии финансовых ресурсов своего учреждения. И вот здесь теоретически желанной ситуацией может быть та, о которой поется в известной песне о Гражданской войне: «А еще тебе желаю, дорогой товарищ мой, если смерти, то мгновенной, если раны — небольшой». Действительно, как не кошунственно это звучит, смерть хронического больного вне лечебного учреждения поликлинике часто экономически выгоднее, чем его лечение.

Например, при смерти на дому больного с инфарктом миокарда поликлиника теряет в год до 3-х тысяч рублей. Если больного госпитализировать, и он умирает в стационаре, убытки поликлиники составят около 10 тысяч рублей. Но если больной выписывается выздоровевшим, оплатить придется не менее 22 тысяч рублей, а если учесть необходимость наблюдения, консультаций, повторных госпитализаций, то затраты поликлиники составят в год не менее 40 тысяч рублей. Та же ситуация и при других нозологических хронических формах. Конечно, это теоретические, пока, к счастью, далекие от жизни рассуждения, но все же очень опасно, когда врачам, получающим мизерную зарплату, говорят, что он будет получать больше, если у него с участка будет меньше госпитализаций. Ситуацию может исправить система весомых штрафных санкций, накладываемых страховыми медицинскими организациями при задержке с госпитализацией, смертности на дому, обусловленной отказом от госпитализации, и т.д.

В то же время подушевой метод финансирования с фондодержанием может успешно применяться при амбулаторной стоматологической помощи. Интерес врача-стоматолога качественно санировать своих пациентов, проводить профилактическую работу, эффективно лечить при обращениях за помощью заключается в том, что при снижении нагрузки у него за счет хорошей работы он сможет





дополнительно зарабатывать деньги, принимая пациентов с других участков, не закрепленных у него, на платной основе и получать дополнительный доход.

Врачам поликлиники, связанных договорами на обслуживание с другими медицинскими организациями, и при фондодержании становится невыгодным выявлять на ранних стадиях больных с туберкулезом и онкологическими заболеваниями, так как поликлиники вынуждены оплачивать из своих средств консультации в диспансерах, диагностические исследования и т.д. Выявление больных во время профилактических осмотров и диспансеризации диктует необходимость их дополнительного обследования и направления на лечение, что обуславливает рост внешних услуг. Эта ситуация требует выведения из фондодержания дорогостоящих профилей медицинской помощи, особенно тех, на которые не может повлиять поликлиническое звено, а также стимулирования экономической заинтересованности медицинских работников в раннем выявлении заболеваний путем увеличения стимулирующих выплат за достигнутые результаты.

Следует приветствовать организацию при поликлиниках пунктов неотложной помощи, но при этом следует избежать организацию оплаты этих подразделений по числу обслуженных вызовов. Это создаст ситуацию, когда чем больше таких вызовов, тем будет выгоднее поликлинике. Но ведь известно, что большая часть неотложной помощи обусловлена не внезапно возникшими болезнями, а осложнениями и обострениями хронических заболеваний, и очень часто это вызвано дефектами в организации медицинской помощи и непосредственного обследования и лечения. В таких случаях будет поощряться невысокий уровень качества амбулаторно-поликлинической помощи. Думается, что пункты неотложной помощи должны стать структурой поликлиники и финансироваться по смете из подушевого норматива на прикрепленное население.

По нашему мнению, большую роль могла бы сыграть система взаимоконтроля за работой поликлиники и стационара. Один из вариантов — визирование счетов стационара заказчиками услуг и фондодержателями (поликлиниками) до того, как счета попадают в страховую медицинскую организацию. Может себя оправдать и внедрение системы обратной связи, которая должна осуществляться с помощью специальных талонов, заполняемых по поводу дефектов поликлиники в стационарах, и наоборот, дефектов стационаров в поликлиниках.

Внедрение одноканального финансирования с полным наполнением тарифа в системе ОМС дает возможность оплачивать различные направления затрат, относящиеся к содержанию медицинских учреждений, в зависимости от выполненных объемов с учетом длительности пребывания пациентов в стационаре. Планируется, что при фиксированной сумме, переданной на эти цели из бюджета субъекта РФ, и формировании определенного резерва медицинским работникам будет экономически выгодно выполнять планы объемов медицинской помощи и экономить тепло, электроэнергию, воду и т.д. при условии, что эти сэкономленные средства будут направлены в том числе и на стимулирующие выплаты. Если же оплачивать содержание медицинских учреждений ежемесячно в размере 1/12 от годовой суммы, не разрешая использовать сэкономленные средства на другие направления, в том числе и стимулирующие выплаты сотрудникам, то заинтересованности в экономии мы не добьемся.

Вопрос о платных медицинских услугах очень не простой. Не ставя целью проведения глубокого анализа проблемы, коснемся лишь одной ее стороны. Большинство государственных и муниципальных медицинских организаций оказывает платные медицинские услуги, но очень часто эти услуги связаны не с внедрением новых современных технологий, а с созданием более комфортных условий пребывания пациентов. Выражена эконо-



мическая мотивация не внедрять новые технологии, современные методы диагностики и лечения, а улучшать условия пребывания. На наш взгляд, медицинские работники должны получать доплату за платные услуги пациентам, только за дополнительный объем работы, применение новых медицинских технологий, совершенствование процесса оказания медицинской помощи.

Мы рассмотрели несколько ситуаций, связанных с организацией оплаты медицинской помощи в системе ОМС. Вопросы экономической мотивации медицинских работников ими не исчерпываются. Проблема стоит шире: как материально заинтересовать

медицинских работников в том, чтобы снижалась смертность населения, его инвалидизация, заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Именно в улучшении показателей, характеризующих состояние здоровья населения, медики должны видеть свое основное предназначение и возможность получения достойного вознаграждения, несмотря на то, что роль здравоохранения в охране здоровья населения не главная, а возможности весьма ограничены. И все же экономическая мотивация медицинских работников в достижении результата может заметно изменить ситуацию в сохранении и укреплении здоровья населения России.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. О применении различных способов оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования//Экономика здравоохранения. — 2010. — № 11–12. — С. 34–39.
2. Исакова Л.Е., Шейман И.М. Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования. Зарубежный опыт и практические рекомендации//Реформы здравоохранения. — 1993. — № 2. — 105 с.
3. Медицинское страхование: проблемы и перспективы. — Самара, 2008. — 300 с.
4. Семенов В.Ю. Способы оплаты медицинских услуг//Главный врач. — 2007. — № 4. — С. 65–87.

UDC 614.2

Geht I.A., Artemieva G.B. Regarding the question of economic motivation of medical personnel's operation in the system of compulsory medical insurance (Samara State Medical University, Samara, Russia; TFOMS of Ryazan region, Ryazan, Russia)

Annotation: Various forms of payment for health care, used in the field of compulsory medical insurance, revoked differently economic interest among employees of clinics and hospitals. Especially it is manifested while implementing per capita funding with the elements of fund holding.

Keywords: economic motivation, per capita funding, fundholding.



И.А. Егорова,

к.м.н., и.о. начальника Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия

В.П. Коровкин,

к.т.н., начальник отдела инноваций и современных медицинских технологий Главного медицинского управления Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия

П.С. Турзин,

д.м.н., профессор, заслуженный врач Российской Федерации, заместитель директора по учебной и научной работе ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ ИННОВАЦИЙ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

Егорова И.А., Коровкин В.П., Турзин П.С. *Определение значимости инноваций в области медицины* (Главное медицинское управление Управления делами Президента Российской Федерации, г. Москва, Россия)

Аннотация: Предлагается принципиально иной методологический подход к оценке значимости инновации в здравоохранении. Алгоритм расчета значимости ориентируется не на получаемый в денежном выражении экономический эффект, а на совокупность признаков, отражающих полезность нововведения, объем использования, степень сложности решенной медико-технической задачи, наличие существенных отличий от имеющихся аналогов.

Ключевые слова: инновации, значимость, алгоритм оценки, здравоохранение.

В последние годы значительно повышаются приоритетность и значимость инновационного вектора развития всех направлений деятельности государства, в том числе и здравоохранения.

Учитывая, что медицина является одной из самых наукоемких сфер деятельности, не только прогресс в этой области, но и поддержание достигнутых стандартов медицинской помощи в связи с новыми условиями жизнедеятельности требуют как создания новых, так и постоянного совершенствования применяемых медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и восстановления.

В связи с этим инновационная стратегия как составная часть общей стратегии медицинского учреждения должна носить плановый, целенаправленный характер и базироваться на современной методологии

© И.А. Егорова, В.П. Коровкин, П.С. Турзин, 2012 г.



управления, охватывающей все аспекты многопрофильной деятельности поликлиники, больницы, реабилитационного центра и санатория.

Очевидно, что управление инновационной деятельностью со стороны субъекта управления (центральный аппарат ведомства, высший менеджмент учреждения) требует оценки как отдельной инновации, так и уровня постановки данной работы в целом (прежде всего уровней инновационного потенциала и инновационной активности) в каждом медицинском учреждении.

Если в сфере материального производства эта задача решается в общем случае достаточно просто и сводится к расчету экономического эффекта от внедрения инновации как разнице между затратами на создание и внедрение разработки и полученным материальным результатом в денежном выражении, то в социальной сфере эта задача представляется существенно более сложной.

Многочисленные работы, посвященные решению данной проблемы, базируются на попытках создания различных математических моделей [1, 3, 6], позволяющих рассчитать экономический эффект от лучшего качества процессов диагностики, лечения, реабилитации и восстановления через уменьшения потерь рабочего времени и людских ресурсов в результате преждевременной смерти, инвалидизации, возвращения больных к труду после лечения, снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, то есть на расчете величины предотвращенного экономического ущерба.

Не отрицая теоретическую обоснованность и практическую важность такого подхода, представляется, что получение достоверных результатов возможно на достаточно больших объектах (область, регион, страна) и значительных интервалах времени (годы, десятилетия).

Применение его к оценке текущей инновационной деятельности медицинских учреждений, видимо, малопродуктивно.

При оценке качества медицинской помощи в классическом варианте (по А. Донабедиану [7]) определяются три самоценные составляющие: ресурсы, технологии (процессы использования ресурсов) и результат, поскольку строго отделить медицинскую составляющую в «результате» от других социальных факторов в большинстве случаев не представляется возможным.

Вместе с тем количественная оценка инновационного потенциала и усилий менеджмента по его наращиванию является крайне актуальной задачей, поскольку определяет перспективы устойчивого развития медицинского учреждения в условиях все возрастающей конкуренции в сфере оказания медицинских услуг как со стороны отечественного, так и зарубежного производителя.

В связи с этим предлагается принципиально иной подход к оценке значимости инновации, который ориентируется не на получаемый в денежном выражении экономический эффект, а рассматривает данный объект как совокупность признаков, отражающих его полезность, объем использования, степень сложности решенной медико-технической задачи, наличие существенных отличий от имеющихся аналогов.

При разработке оригинальной методики «Оценки значимости разработанных и внедренных инноваций в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях» был использован как вариант решения аналогичной задачи в промышленном производстве при оценке изобретений и рационализаторских предложений, не создающих экономии [2], **так и собственный** опыт авторов, полученный при разработке и апробации ряда методов оценки, в частности, эффективности деятельности поликлинических учреждений, а также платных образовательных услуг, предоставляемых государственным медицинским образовательным учреждением дополнительного профессионального образования [4, 5].





МЕТОДИКА

«Оценки значимости разработанных и внедренных инноваций в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях»*

I. Общие положения

1. Настоящая Методика устанавливает единый принцип определения значимости инноваций в области медицины, не создающих экономии, экономический эффект от внедрения которых не подлежит достоверному расчету или если экономия не отражает всей значимости инновации.

При этом создается иной позитивный эффект: повышается качество диагностики, эффективность лечения, реабилитации и восстановления, улучшаются качество жизни пациента и его функциональное состояние, достигаются другие положительные медицинские и субъективные результаты, улучшаются условия труда медицинского и обеспечивающего персонала, техники безопасности и т.п.

2. Методика применяется в случае:

а) разработки и использования инновации в медицинском (лечебно-профилактическом или санаторно-курортном) учреждении, оформленном документально;

б) переданной данным медицинским учреждением или принятой им от другого медицинского учреждения (или физического лица) и внедренной с документальным оформлением в клиническую практику работы медицинского учреждения;

в) полученной из литературных и иных источников и внедренной с документальным оформлением в клиническую практику работы медицинского учреждения.

3. Количественное определение значимости внедренной инновации осуществляется путем использования коэффициентов, учитывающих достигнутый положительный эффект, объем использования, сложность решенной медико-технической задачи и существенные отличия.

4. Расчет значимости инновации подписывается главным врачом медицинского учреждения и утверждается вышестоящим руководителем.

II. Определение значимости инноваций

1. Количественное выражение значимости инновации рассчитывается по формуле:

$$Зн = K_1 \times K_2 \times K_3 \times K_4,$$

где:

K_1 — коэффициент достигнутого положительного эффекта;

K_2 — коэффициент объема использования;

K_3 — коэффициент сложности решенной медико-технической задачи;

K_4 — коэффициент существенных отличий.

Значения коэффициентов приведены в таблицах 1, 2, 3 и 4.

Максимально достижимый числовой показатель значимости составляет:

$$\begin{aligned} Зн_{\max} &= K_{1\max} \times K_{2\max} \times K_{3\max} \times K_{4\max} = \\ &= 5,0 \times 5,0 \times 7,0 \times 5,0 = 875,0. \end{aligned}$$

Соответственно:

$$\begin{aligned} Зн_{\min} &= K_{1\min} \times K_{2\min} \times K_{3\min} \times K_{4\min} = \\ &= 1,0 \times 1,0 \times 1,0 \times 1,0 = 1,0. \end{aligned}$$

Таким образом, предлагаемая методика позволяет оценивать как мелкие усовершенствования, так и крупные новейшие разработки с адекватным численным отражением их значимости.

* В подготовке Методики принимал участие А.Н. Евтухов.



Таблица 1

Коэффициент достигнутого положительного эффекта K_1

№ п/п	Достигнутый положительный эффект	Значение K_1
1	Улучшение второстепенных технических и технологических характеристик оказания медицинской помощи и производства медицинской услуги (повышение комфортности оказания медицинской услуги, условий труда медперсонала, провизоров, внедрение малой механизации и т.п.).	1,0
2	Улучшение технических и технологических характеристик оказания медицинской помощи и производства медицинской услуги, зафиксированное документом (техническими условиями, инструкциями, паспортами, программами для ЭВМ и т.п.).	2,0
3	Улучшение основных технических и технологических характеристик оказания медицинской помощи и производства медицинской услуги, зафиксированное документом (сокращение времени обследования, повышение точности, достоверности и надежности обследования, сокращение сроков лечения и реабилитации за счет оптимального применения известных терапевтических и высокоинвазивных хирургических методов).	3,0
4	Достижение качественно новых технических и технологических характеристик процесса оказания медицинской помощи, зафиксированное документом (уменьшение травматичности при диагностическом обследовании, лечебных манипуляциях, снижение числа послеоперационных осложнений, сокращение сроков диагностики и лечения, достигнутое за счет применения малоинвазивных технологий: лапароскопических аппаратов, инструментальных комплексов, средств визуализации оперативного поля, лазерных офтальмологических устройств, современных, базирующихся на использовании КТ, МРТ, УЗИ-комплексов и т.п.). Освоение новых медицинских технологий, обладающих более высокими основными техническими и технологическими характеристиками среди аналогичных известных видов (снижение тяжести протекания заболеваний за счет применения новых рецептурных составов и рецептур особой сложности; использования трансфузионных, радиоизотопных и других современных методов; внедрения уникальных технологий диагностики, лечения и профилактики, в том числе на базе ядерных магнитно-резонансных и позитронно-эмиссионных медико-технических компьютеризированных комплексов, информационных технологий).	4,0
5	Внедрение новых медицинских технологий, впервые освоенных в отечественной медицинской практике и обладающих качественно новыми техническими характеристиками (внедрение новых высокоэффективных методов, диагностики, терапии, хирургии, реабилитации на базе не применяющихся ранее медицинских препаратов, материалов, инструментов и способов, в том числе клеточных и нанотехнологий, информационных технологий).	5,0

Таблица 2

Коэффициент объема использования K_2

№ п/п	Объем использования	Значение K_2
1	Использование в одном ведомственном медицинском учреждении в разовом порядке	1,0
2	Использование в одном ведомственном медицинском учреждении на регулярной основе	2,0
3	Использование в нескольких ведомственных медицинских учреждениях в разовом порядке	3,0
4	Использование в нескольких ведомственных медицинских учреждениях на регулярной основе	4,0
5	Использование в медицинских учреждениях других ведомств и за рубежом	5,0





Таблица 3

Коэффициент сложности решенной медико-технологической задачи K_3

№ п/п	Сложность решенной медико-технологической задачи	Значение K_3
1	Моноспособ диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и восстановления; изменение одного параметра простого процесса, материала, одного ингредиента рецептуры, одной детали конструкции и т.п.	1,0
2	Комплексный способ диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и восстановления; изменение более одного параметра простого процесса, ингредиента рецептуры, узла конструкции и т.п.	2,0
3	Сложное, многоплановое вмешательство ; изменение нескольких основных параметров сложного процесса медицинского воздействия, основной части сложной рецептуры, конструкции узла прибора, устройства и т.п.	3,0
4	Медицинские технологии, относящиеся к категории высокотехнологической медицинской помощи (аортокоронарное шунтирование, трансплантация, диализ и др.).	5,0
5	Медицинские технологии, рецептуры, приборы, оборудование особой сложности, относящиеся к новым разделам науки и техники (клеточные технологии, нанотехнологии, новейшие модели оборудования лучевой диагностики и терапии, новые классы материалов и т.п.).	7,0

Таблица 4

Коэффициент существенных отличий K_4

№ п/п	Существенные отличия	Значение K_4
1	Методики, способы, рецептуры, инструменты, приборы, конструкции, материалы и т.п., отраженные в рационализаторских предложениях , методических и учебных пособиях, отечественных и зарубежных публикациях и внедренные в практику работы учреждения в порядке заимствования	1,0
2	Методики, способы, рецептуры, инструменты, приборы, конструкции, материалы и т.п., отраженные в рационализаторских предложениях , методических и учебных пособиях, отечественных и зарубежных публикациях и внедренные в практику работы учреждения как собственные разработки	2,0
3	Методики, способы, рецептуры, инструменты, приборы, конструкции, материалы и т.п., основанные на использовании высокотехнологичных видов оборудования и средств и защищенные отечественными и зарубежными патентами на изобретения, полезные модели, свидетельствами, положительными решениями на выдачу патентов на изобретения, полезные модели, программы для ЭВМ и внедренные в практику работы учреждения в порядке заимствования	3,5
4	Методики, способы, рецептуры, инструменты, приборы, конструкции, материалы и т.п., защищенные отечественными и зарубежными патентами на изобретения и полезные модели, свидетельствами, положительными решениями на выдачу патентов на изобретения и полезные модели, свидетельств на программы для ЭВМ и внедренные в практику работы учреждения как собственные разработки	5,0



Примеры количественной оценки инновационного потенциала и уровня инновационной активности медицинских учреждений

Пример 1

Патент РФ на изобретение № 2231987.

Авторы: Миронов С.П., Николаев А.П., Городниченко А.И., Лазарев А.Ф., Минаев А.Н., Солод Э.И.

Формула изобретения. Способ выполнения напряженного закрытого остеосинтеза переломов хирургической шейки плечевой кости, отличающийся тем, что выполняют отверстие в диафизе, вводят через отверстие последовательно спицы касательно к противоположному кортикалу и через зону перелома в головку плечевой кости, выводят концы спиц за контур головки, скручивают концы спиц на расстоянии, равном трем диаметрам головки, выбирают точку изгиба на расстоянии, равном полтора диаметра головки, загибают в указанной точке спицы до полного схождения, располагают плоскости, образованные изогнутыми концами спиц, взаимно перпендикулярно друг другу, забивают ориентированные спицы загнутыми концами обратно в кость, скручивают на 2 см от диафиза плечевой кости введенные в отверстие в диафизе спицы, сгибают их в проксимальном направлении и располагают окончания спиц касательно к диафизу.

Коэффициент достигнутого положительного эффекта $K_1 = 4$.

Уменьшена травматичность оперативных вмешательств, снижено число послеоперационных осложнений, сокращены сроки лечения.

Коэффициент объема использования $K_2 = 5$.

Способ используется в медицинских учреждениях, подведомственных Управлению делами Президента РФ, и в медицинских учреждениях других ведомств.

Коэффициент сложности решенной медико-технической задачи $K_3 = 3$.

Изменен сложный процесс и медико-технические средства фиксации костных отломков.

Коэффициент существенных отличий $K_4 = 5$.

Способ разработан в ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ и защищен патентом РФ на изобретение.

Числовой показатель инновационной значимости способа:

$$3 = 4 \times 5 \times 3 \times 5 = 300.$$

Пример 2

Патент РФ на изобретение № 315591.

Автор: Романов А.И.

Формула изобретения. Способ лечения храпа, включающий подачу под маску больного избыточного давления воздуха, отличающийся тем, что на электромиограмме регистрируют эпизоды активации подбородочных мышц и после пятого эпизода активации подают удвоенное давление воздуха по сравнению с установленным перед сном.

Коэффициент достигнутого положительного эффекта $K_1 = 4$.

Повышается комфортность лечения храпа путем повышения избыточного давления автоматически с возможностью дистанционного наблюдения медперсоналом. Сокращаются сроки реабилитации.

Коэффициент объема использования $K_2 = 3$.

Способ используется в нескольких медицинских учреждениях, подведомственных Управлению делами Президента РФ в разовом порядке.

Коэффициент сложности решенной медико-технической задачи $K_3 = 3$.

Изменен сложный процесс и выполнена модернизация дополнительными электронными блоками медико-технических средств лечения храпа.

Коэффициент существенных отличий $K_4 = 5$.

Способ разработан в ФГУ «Центр реабилитации» Управления делами Президента РФ и защищен патентом РФ на изобретение.

Числовой показатель инновационной значимости способа:

$$3 = 4 \times 3 \times 3 \times 5 = 180.$$





Пример 3

Медико-техническое решение.

Авторы: Якушенкова А.П., Светлова Е.А., Мещеряков К.Л.

Название. Небоподъемник.

Сущность медико-технического решения: рабочая лопатка через промежуточный стержень и несущий стержень соединена с опорным коленом, причем опорное колено другим концом соединено с ручкой небоподъемника; узел крепления опорного колена и ручки небоподъемника снабжен фрикционным поворотным механизмом с ограничителем и фиксатором. Коэффициент достигнутого положительного эффекта $K_1 = 2$.

Открывается более полный доступ к операционному полю. Снижается число послеоперационных осложнений.

Коэффициент объема использования $K_2 = 2$.

Способ используется в одном медицинском учреждении, подведомственном Управлению делами Президента РФ на регулярной основе. Коэффициент сложности решенной медико-технической задачи $K_3 = 3$.

Изменены несколько параметров сложного медицинского процесса.

Коэффициент существенных отличий $K_4 = 2$.

Медико-техническое решение разработано в ФГУ «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ.

Числовой показатель инновационной значимости способа:

$$3 = 2 \times 2 \times 3 \times 2 = 24.$$

Изложенный подход дает возможность количественно оценивать не только значимость отдельных инноваций, но и в целом инновационный потенциал медицинского (лечебно-профилактического и санаторно-курортного) учреждения и даже целого ведомства, а также динамику его изменения с течением времени, то есть инновационную активность.

Если принять, руководствуясь многолетним предыдущим опытом [5], период, в течение которого сохраняется новизна разработки, за 4 года для инноваций на уровне изобре-

тений и 2 года на уровне рационализаторских предложений, то инновационный потенциал медицинского учреждения может быть рассчитан следующим образом:

$$ИП = \sum_{i=1}^n 3_i,$$

где $ИП$ — инновационный потенциал медицинского учреждения;

3_i — численное выражение значимости i -й инновации;

n — количество инноваций, внедренных за последний учетный период (4 и 2 года).

Инновационная активность медицинского учреждения за отчетный год (другой отчетный период) может быть оценена по следующей формуле:

$$ИА_{отч.} = (ИП_{отч.} - ИП_{пред.}) / ИП_{пред.} \times 100\%,$$

где $ИА_{отч.}$ — инновационная активность медицинского учреждения за отчетный период;

$ИП_{отч.}$ — инновационный потенциал медицинского учреждения в отчетном периоде;

$ИП_{пред.}$ — инновационный потенциал медицинского учреждения в предыдущем периоде.

Заключение

Предложенный подход к оценке значимости инноваций позволяет провести инвентаризацию интеллектуального потенциала медицинских (лечебно-профилактических и санаторно-курортных) учреждений и тем самым определить их инновационный научно-технический и технологический уровень. Абстрагируясь от денежного выражения экономического эффекта, достигаемого за счет внедрения медицинской инновации, который в большинстве случаев отсутствует или не может быть рассчитан с достаточной степенью достоверности, предложенная методика позволяет определить реальную практическую значимость как небольших усовершенствований, так и внедрение принципиально новых достижений медицинской науки и техники. Практическое применение изложено-



го метода дает возможность оценить эффективность работы менеджмента медицинского учреждения в инновационной сфере, поставить на качественно новый уровень постановку этой работы как в самом медицинском учреждении, так и в вышестоящем субъекте управления, придав ей плановый и целенаправленный характер, повысить эффективность расходования выделенных для этих целей финансовых и материальных средств.

В совокупности с количественной оценкой других сторон деятельности медицинского учреждения (качества оказываемой медицинской помощи, медико-экономической эффек-

тивности, деловой активности) разработанная методика позволяет комплексно оценить имеющееся в данный момент состояние медицинского учреждения, перспективы его развития и сформировать план мероприятий по модернизации этого учреждения на базе внедрения современных достижений научно-технического прогресса на ближайшую и дальнюю перспективы.

Представляется целесообразным включение показателя уровня эффективности инновационной деятельности медицинского учреждения в перечень его производственных показателей.



ЛИТЕРАТУРА

1. Азгальдов Г.Г., Костин А.В. Интеллектуальная собственность, инновации и квалиметрия//Экономические стратегии. — 2008. — № 2.
2. Инструкция по определению размера вознаграждения за изобретения и рационализаторские предложения, не создающие экономии. — М.: ВНИИПИ, 1986.
3. Лужанский Б.Е. Оценка стоимости научно-технической продукции и инновационного бизнес-процесса для целей управления инновациями//В кн. Становление, развитие и перспективы оценочной деятельности в России. Тезисы докладов 1-й Международной конференции 25–26 ноября 2008 г. — М., 2008.
4. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Егорова И.А., Коровкин В.П. Сравнительная количественная оценка эффективности деятельности поликлиник Управления делами Президента Российской Федерации//Кремлевская медицина. Клинический вестник — 2008. — № 2. — С. 69–79.
5. Миронов С.П., Арутюнов А.Т., Мкртумян А.М., Турзин П.С. Формирование методики расчета стоимости платных образовательных услуг, предоставляемых государственным медицинским образовательным учреждением дополнительного профессионального образования//Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2009. — № 3. — С. 87–93.
6. Семенов В.Ю., Андреева И.Л., Гуров А.Н., Абрамова И.Ю. Оценка экономической эффективности внедрения достижений медицинской науки в работу практического здравоохранения Московской области//Экономика здравоохранения. — 2010. — № 6 (149). — С. 5.
7. Donabedian A. The Definition of Quality and Approached to its Assessment/AnN. Arbor, 1980.

UDC 614.2

Egorova I.A., Korovkin P.C., Turzin P.S. *Defining the importance of innovations in medical field (The main Medical management of the Office of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia)*

Annotation: There is suggested a principally different methodology approach towards evaluation of importance of innovations in health care. Algorithm of importance calculation is oriented not on a received in money value economic effect, but on aggregate of evidences, reflecting the utility of innovation, volume of usage, degree of complexity of solved medical-technical problem, presence of significant differences from current analogues.

Keywords: innovations, importance, algorithm of evaluation, health care.



Л.Г. Сатаева,

к.ф.н., преподаватель кафедры менеджмента в здравоохранении и фармации с основами права КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан, lsataeva@mail.ru

НЕОБХОДИМОСТЬ КОНТРОЛЯ ЗА ИЗМЕНЕНИЯМИ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ СРЕДЫ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

УДК: 614.27:001.8:36

Сатаева Л.Г. Необходимость контроля за изменениями институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в новых экономических условиях в Республике Казахстан (кафедра менеджмента в здравоохранении и фармации с основами права КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан)

Аннотация. В статье приведена построенная автором организационно-институциональная модель совершенствования процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, организационно-институциональная модель, лекарственные средства, социально значимые заболевания, законодательные и нормативно-правовые акты, контрактные отношения, амбулаторный отпуск лекарств, управленческие решения.

За годы экономических преобразований произошли коренные институциональные изменения в фармацевтическом секторе здравоохранения Республики Казахстан. Вместо централизованной системы лекарственного обеспечения сформировалась новая система лекарственного обеспечения: появились новые дистрибьюторские компании, аптечные организации практически все стали частными. **Целью статьи** было охарактеризовать структуру институциональной среды процесса лекарственного обеспечения (ЛО) больных социально значимыми заболеваниями в новых экономических условиях в Республике Казахстан (РК).

Актуальность исследования

В настоящее время основным перспективным методом исследования в здравоохранении является институциональный анализ, который может быть широко применен к процессу оказания лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями (СЗЗ). Процесс изменения экономических отношений привел к смене всей институциональной среды в государстве, что не могло не сказаться на процессе лекарственного обеспечения. Анализ показал, что в настоящее время в РК в составе Министерства здравоохранения РК организован Комитет фармации, фармацевтической и медицинской промышленности с территори-

© Л.Г. Сатаева, 2012 г.



альными подразделениями на местах, которые выполняют государственные функции по организации лекарственного обеспечения населения. В структуре областных департаментов и управлений здравоохранения созданы отделы лекарственного обеспечения населения.

В процессе институциональных изменений фармацевтического сектора здравоохранения эксперты ВОЗ выделяют следующие приоритеты:

1. Улучшение экономической доступности лекарственных средств, особенно для стационарных больных.
2. Выработка политики управления лекарственным обеспечением, ее внедрение в практическую деятельность.
3. Улучшение информационного обеспечения больных и общения.
4. Управление качеством — от контроля качества к обеспечению качества по всему технологическому процессу.
5. Повышение профессионального уровня специалистов.
6. Рациональное использование лекарств.
7. Реформирование базового медицинского и фармацевтического образования, целенаправленные программы постдипломной подготовки специалистов.

В новых экономических условиях назрела необходимость определения стратегии дальнейшего развития системы лекарственного обеспечения на основе совершенствования имеющейся системы, изыскания новых подходов и моделей управления, перехода от затратных методов работы к рациональному использованию выделяемых государством средств, повышения ответственности, а также уровня оплаты труда работников отрасли по результатам их деятельности.

Методика исследования

Основным методом исследования был контент-анализ законодательной базы, регламентирующей процесс представления лекарственной помощи, логический анализ.

Материалы для проведенного моделирования были получены путем проведения анализа существующей нормативно-правовой базы в области лекарственного обеспечения.

Результаты исследования и обсуждение

При проведении анализа институциональной среды мы руководствовались основными законодательными документами Республики Казахстан — Стратегией развития страны «Казахстан-2030», Законом Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан», Государственной программой «Здоровье народа», Программой «Реформирование здравоохранения РК на 2005–2010 гг.» и иными принятыми в стране государственными целевыми и комплексными программами, а также действующими приказами и другими нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения. Законодательная база является основной, на которой строится весь процесс лекарственного обеспечения. Невнимание к процессу построения эффективных институтов сказалось на качестве проводимых реформ во всех сферах (социальной и экономической).

В настоящее время структура институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных СЗЗ может быть представлена следующим образом (см. рис. 1).

Государственное управление процессов лекарственного обеспечения осуществляется на формальном уровне. Нами были выделены основные формальные и неформальные институты процесса лекарственного обеспечения в РК.

Основу формальных институтов составили Конституция, общие законы РК, постановления Правительства, указы Президента РК, законы РК в области системы здравоохранения, постановления Правительства, указы Президента РК в области системы здравоохранения, программы, прикладные отраслевые стандарты (приказы, методические указания).





Рис. 1. Структура институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных СЗЗ

Основу неформальных институтов составили культура и традиции, модели поведения экономических агентов фармацевтического рынка и анализ оказания лекарственной помощи.

В ходе исследования нами была выдвинута гипотеза: обширная законодательная база в области лекарственного обеспечения способствует повышению качества оказываемой лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями.

Важно, что неформальные нормы более устойчивы, в отличие от формальных. Поэтому изменения в процессе лекарственного обеспечения в РК при невнимательном отношении к неформальным нормам привели к конфликту с новыми формальными институтами, например, рассмотрение лекарственного обеспечения не с социальной точки зрения, а с коммерческой привело к ухудшению ситуации для больных. Институт конкуренции лишь в последние годы заставил отечественных

производителей фармацевтической продукции обратить внимание на развитие структуры медицинских представителей и т.п. В настоящее время законодательство РК о здравоохранении основывается на Конституции Казахстана и состоит из Закона РК «О системе здравоохранения» и иных нормативных правовых актов Республики Казахстан.

Анализ системы законодательства РК показал, что высший представительный орган страны с законодательными функциями — Парламент — состоит из двух палат: Сената (высшая палата власти) и Мажилиса (нижняя палата власти). Данные органы власти под руководством Правительства принимают все законодательные акты, в том числе и связанные с вопросами лекарственного обеспечения населения. Главой исполнительной власти в Республике является Премьер-министр, возглавляющий Правительство Республики, которое в своей деятельности ответственно перед Президентом и подотчетно Парламенту.

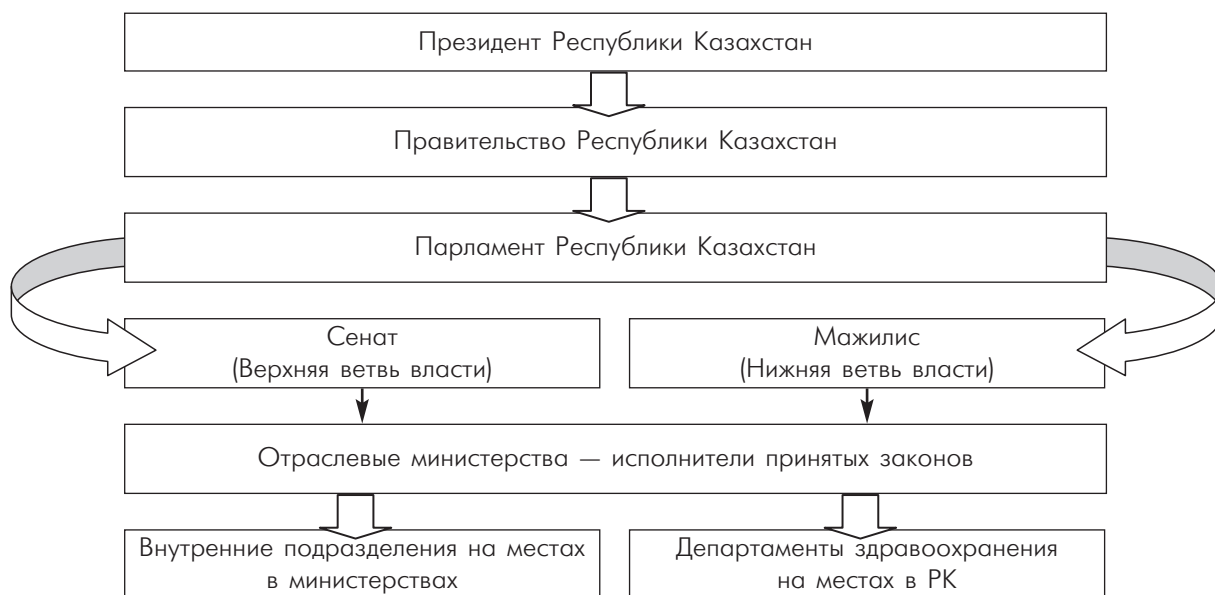


Рис. 2. Структура органов законодательной власти, ответственных за внедрение и исполнение новых нормативно-правовых и законодательных актов в РК

ту в части заслушивания, одобрения или отклонения Программы Правительства (рис. 2).

Государственная власть в Республике едина, осуществляется на основе Конституции и законов в соответствии с принципом ее разделения на законодательную, исполнительную и судебную ветви и взаимодействия их между собой. Президент РК является Главой государства, его высшим должностным лицом, определяющим основные направления внутренней и внешней политики государства. Обеспечение конституционных прав и гарантий граждан является определяющим фактором функционирования и развития системы здравоохранения, социальной защиты и лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями. Законы и Конституция определяют правовую основу системы лекарственного обеспечения, в соответствии с ними осуществляется регулирование отношений в обществе, в том числе представление равных возможностей получения лекарственной помощи. Согласно Закону РК «О системе здравоохранения», государственное регулирование фармацевтической деятельности осуществляют

Правительство РК, местные органы государственного управления здравоохранением, государственный орган, осуществляющий руководство в области фармацевтической деятельности. Проведенный нами контент-анализ и логический анализ нормативно-правовых актов, регулирующих процесс лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями, показал, что в настоящее время в стране разработаны стратегические программы «Казахстан-2030» и «Здоровье, образование и благополучие граждан», в которых провозглашено, что государственные органы должны всемерно способствовать совершенствованию доступа к лекарственной помощи, быть заинтересованы в становлении развитой фармацевтической промышленности.

В настоящее время систему действующих законодательных актов можно классифицировать по ряду признаков:

1. По видам государственных органов, уполномоченных на издание правовых актов (Президента, Правительства, Министерства здравоохранения РК).





2. По юридической силе (законодательные нормативно-правовые акты, Гражданский кодекс РК, правовые акты Главы государства, указы и распоряжения, приказы, инструкции органов системы исполнительной власти и др.).

3. По характеру правового регулирования (административно-правовые акты, гражданско-правовые акты).

В настоящее время в РК осуществляется бесплатный отпуск ЛС больным социально значимыми заболеваниями, находящимся как на стационарном, так и на амбулаторном лечении.

Обслуживание по выписанным в поликлиниках льготным рецептам осуществляется через аптеки. Аптеки ведут учет рецептов на выдачу ЛС больным социально значимыми заболеваниями в специальном журнале регистрации. Расходы на ЛС и специализированное питание возмещаются аптекам и аптечным пунктам Департаментами здравоохранения по стоимости, установленной договорами о государственных закупках. При отсутствии ЛС, указанных в выписанных рецептах, поставщик обязан предложить заменитель (аналог, не превышающий стоимость ЛС, предусмотренных договором). Перечень препаратов по большинству социально значимых заболеваний включает несколько препаратов, например, для сахарного диабета — только инсулин и некоторые таблетированные сахароснижающие препараты.

И хотя многие проанализированные законы, приказы, программы по замыслу Правительства РК были утверждены для повышения качества лекарственного обеспечения, повышения выпуска отечественной фармацевтической продукции, однако в настоящее время большинство законодательных актов носит декларативный характер.

С целью государственной поддержки в стране принимался ряд нормативных правовых актов по отмене НДС на производство и импорт лекарственных средств, был снят акцизный налог на спирт, используемый для производства лекарственных препаратов.

Существуют законодательно закрепленные льготы для вновь создаваемых проектов, отменен налог на имущество и на землю, если создаются новые предприятия или производства.

Однако, несмотря на существующую нормативно-правовую базу, поддерживающую отечественную фармацевтическую промышленность, сегодня основную долю выпускаемого ими ассортимента ЛС составляют препараты, которые по фармакологической эффективности, а также по используемым технологиям недостаточно конкурентоспособны с зарубежными производителями. А, следовательно, большое количество бюджетных средств при оказании лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями затрачивается на закупку лекарств импортного производства.

Согласно созданным в новых экономических условиях нормативно-правовым актам, государственное регулирование и государственный контроль за деятельностью системы здравоохранения осуществляют уполномоченный орган в области здравоохранения — МЗ РК, а также департаменты здравоохранения на местах. Они должны обеспечивать проведение государственной политики в области здравоохранения, реализовать государственные программы в этой области, определять порядок оказания лекарственной помощи гражданам, разрабатывать и утверждать нормативно-правовые акты в области здравоохранения и т.д. Как показал анализ, в настоящее время в Казахстане система здравоохранения использует два основных источника финансирования: государственный бюджет и собственные средства населения.

Согласно закону РК «О системе здравоохранения», финансовое обеспечение государственных организаций здравоохранения осуществляется за счет средств государственного бюджета. Финансирование затрат на оказание гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан.



В новых экономических условиях назрела необходимость определения стратегии дальнейшего развития системы лекарственного обеспечения на основе совершенствования имеющейся системы, изыскания новых подходов и моделей управления, перехода от затратных методов работы к рациональному использованию выделяемых государством средств, повышения ответственности, а также уровня оплаты труда работников отрасли по результатам их деятельности.

При этом необходимо руководствоваться основными законодательными документами нашей страны: Стратегией развития страны «Казахстан-2030», Законом Республики Казахстан «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан», Государственной программой «Здоровье народа», Программой «Реформирование здравоохранения РК на 2005–2010 гг.» и иными принятыми в стране государственными целевыми и комплексными программами, а также действующими приказами и другими нормативно-правовыми актами в сфере здравоохранения.

Выводы:

1. Анализ структуры институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в новых экономических условиях Республики Казахстан показал, что агенты участвующие в настоящее время в процессе ЛО, должны быть больше сориентированы на потребности больных СЗЗ.

2. В целях обеспечения экономической доступности лекарственных средств в РК необходимо предпринять следующие меры: осуществляется закупка лекарственных средств только на конкурсной основе по таким социально значимым заболеваниям, как сахарный диабет, туберкулез, онкологические заболевания и др.

3. С целью обеспечения сельского населения качественными, экономически доступными лекарственными средствами Постановлением Правительства РК от № 621 от 10 июня 2002 года «О внесении изменений и дополнений в Постановление Правительства РК № 1624 от 28 октября 2000 года» разрешить реализацию лекарственных средств через ФАПы.



ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Менабде Н., Стобелар Ф., Дуйсекеев А. и др. Стратегия реформы фармацевтического сектора в новых независимых государствах. Фокус на пациента. — ВОЗ, Женева, 1998. — 39 с.
- 2.** Максимкина Е.А. Институциональные основы формирования и функционирования системы саморегулирования фармацевтического рынка России//Автореферат дисс.....доктора фармацевтических наук. ММА. им. И.М. Сеченова — М., 2004.
- 3.** Максимкина Е.А., Сатаева Л.Г. Программно-целевой подход к процессу лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в РК// Фармация. — 2008. — № 5. — С. 32–36.
- 4.** Максимкина Е.А., Лоскутова Е.Е. Реализация институционального подхода в фармацевтической экономике//Конференция «Человек и лекарство». Тезисы докладов. — М., 2000. — 581 с.
- 5.** Максимкина Е.А. Институциональная среда фармацевтического рынка//В сб. докл. Международной конференции «Фарм. дело — прошлое, настоящее, будущее». — М., 2002. — С. 185–186.
- 6.** Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Исследование вопросов справедливости и этики при оказании лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями по регионам РК//В кн. Материалы Международной конференции «Фармацевтическая биоэтика». — Москва, 2007. — С. 37–39.





7. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Развитие инновационного потенциала фармацевтической отрасли РК как возможность повышения справедливости в оказании лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями//В кн. Материалы Международной конференции «Фармацевтическая биоэтика». — Москва, 2007. — С. 41–43.

8. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Экспертные оценки лекарственных средств, используемых для лечения туберкулеза и вопросы справедливости при оказании лекарственной помощи в Республике Казахстан//В кн. Материалы Международной конференции «Фармацевтическая биоэтика». — Москва, 2007. — С. 43–45.

UDC: 614.27:001.8:36

Sataeva L.G. *Necessity of control after changes in institutional field of the drugs provision process among patients suffering socially important diseases in new economic conditions in Republic of Kazakhstan* (Department of management in health care and formation with the basics of right after S.D. Asfendiayrova, Almata, Kazakhstan)

Annotation: In the article there is presented built by the author an organizational-institutional model of enhancing the process of provision patients suffering from socially important diseases with drugs.

Keywords: Supply of drugs, organizational-institutional model, drugs, socially important diseases, law and regulations, contract relations, outpatient dispensing, managing solutions.

С места событий



С 2014–2015 г. в России будет введено лекарственное страхование — в первую очередь для льготников, детей, больных некоторыми хроническими заболеваниями

Об этом сообщила глава Минздравсоцразвития России Татьяна Голикова в интервью «РГ». По словам министра, ключевым здесь является вопрос установления референтной цены. «В России разброс по ценам в каждой группе препаратов одного спектра действия очень большой. Очевидно, сразу «бросаться» в такие дебри нельзя. Правильнее всего, просчитав разные варианты теоретически, на примере конкретного региона провести пилотный проект в рамках имеющихся финансовых ресурсов — определить, дешевле это окажется или дороже, возрастает удовлетворенность населения или нет, а затем принять решение для всей страны», — заявила Т. Голикова.

Начинать введение лекарственного страхования нужно с тех, кто сегодня имеет право на льготные лекарства, считает министр. Это федеральные льготники и те, кто сегодня является льготниками в субъектах РФ.

В общей сложности, по предварительным оценкам, речь идет о 26–27 миллионах человек. «В 2014–2015 годах уже могут быть введены элементы возмещения или страхования на примере льготных категорий граждан», — считает глава Минздравсоцразвития.

Это — первый этап. «Если же говорить обо всем населении, для начала я бы взяла самых социально незащищенных: пожилых и детей, а также людей, страдающих некоторыми хроническими заболеваниями, в том числе онкологическими. Хотя я далека от мысли, что мы сможем полностью за счет государства обеспечить их лекарствами, но можно было бы ориентироваться на частичное возмещение стоимости наиболее дорогих препаратов», — отметила Т. Голикова.

Источник: Российская газета



ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПЛАТФОРМЫ, СОЗДАННЫЕ В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ: ЗАДАЧИ И ЦЕЛИ



В Международном мультимедийном пресс-центре «РИА Новости» состоялась пресс-конференция на тему: «Перспективы развития медицинской науки», в которой приняли участие директор Департамента инновационной политики и науки Минздравсоцразвития РФ Николай Семенов, директор ФГБУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Александр Гинцбург и директор Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Евгений Шляхто.



Директор Департамента инновационной политики и науки **Николай Семенов**

рассказал, что в 2011 году была проведена масштабная программа по паспортизации научных учреждений для выявления потенциалов в инновационных областях науки, включая биомедицину. В этой работе приняли участие 150 учреждений, включая подведомственные Минздравсоцразвития России, РАМН, ФМБА России и Минздраву Московской области.

В результате инвентаризации были определены 12 медицинских платформ. Четыре из них уже разработаны — это «Онкология», «Инфекционные заболевания», «Сердечно-сосудистые заболевания» и «Экология человека». Среди оставшихся восьми — иммунология, репродуктивное здоровье, педиатрия, регенеративная медицина (куда отнесена и трансплантология). Их подготовка за-

вершится в течение полугода. На реализацию четырех готовых платформ Минздравсоцразвития планирует потратить три года, ежегодно выделяя на это по миллиарду рублей (то есть по 250 миллионов на каждое направление). Основная цель платформ — получить новые лекарства, вакцины, модели распространения заболеваний, программы управления факторами риска и организации медицинской помощи. При этом под новыми лекарствами и вакцинами подразумеваются научные разработки, а не зарегистрированные лекарства, прошедшие все необходимые испытания.

«Решение поставленных задач позволит обеспечить снижение показателей смертности и увеличение показателей выживаемости за счет повышения эффективности ранней диагностики, персонализации лечения, что в свою очередь приведет к ощутимому социально-эконо-

мическому эффекту за счет снижения затрат на лечение, сохранения качества жизни и трудоспособности пациентов после лечения», — подчеркнул Николай Семенов.

На разработку лекарств Минздрав выдал платформам техзадание, в соответствии с которым у каждого входящего в платформу института есть план проведения научных исследований и закупки оборудования, а также возможность привлечения сторонних организаций для выполнения междисциплинарных исследований — на это и пойдут деньги 2012 года. Работа по платформам «Инфекционные заболевания» и «Сердечно-сосудистые заболевания» уже начата в ФГБУ НИИ эпидемиологии и микробиологии и в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии.

При финансировании платформ Минздравсоцразвития также планирует сотрудничать с коллегами из





Минобрнауки и Минпромторга. По убеждению Николая Семенова, главная проблема медицинской науки — не отсутствие денег, а разобщенность разных ведомств, целевых программ, институтов развития. Своей задачей он видит концентрацию финансовых возможностей на конкретных продуктовых стратегиях, чтобы на выходе у исследовательских коллективов, как уже говорилось выше, были лекарства, вакцины и другие полезные продукты.

Создание платформ имеет своей целью быструю трансляцию научных достижений в реальную практику, персонализацию медицины, использование информационных технологий в управлении лечебным процессом и стратегию подготовки медицинских кадров на месте, параллельно с научной работой и клинической практикой. В платформе «Экология человека» огромное внимание уделено нормотворчеству. Минздравсоцразвития планирует в течение 2012 года провести анализ СанПиНов и разрешительной документации, регламентирующей экологические нормы.

Александр Гинцбург в своем выступлении отметил, что «медицинский рынок, особенно инновационный рынок, — одна из самых конкурентных сфер по той простой причине, что приносит очень большие доходы, и каждое государство свой рынок, не-

смотря на все международные обязательства, очень жестко и серьезно охраняет».

Он определил основные задачи, которые необходимо обсуждать и решать для того, чтобы процесс развития научного потенциала российской медицины происходил «не в виде ручной настройки каждой отдельной проблемы, а в виде некоторой определенной системы, которая бы регулировалась исключительно законодательно и исходя из чисто экономических интересов участвующих в этом процессе сторон».

тора учреждения до руководства Министерства. Такая ситуация не способствует сильному продвижению в наших конкурентных способностях и амбициях по сравнению с другими странами.

Не дает возможности сформироваться нормальному рынку отсутствие в нашей стране системы оценки и учета интеллектуальной собственности. «В России необходимо создавать институты по оценке интеллектуальной собственности. Такие институты давно созданы и функционируют во многих странах

Нужно преодолеть ситуацию, когда внедрение каждого патента требует ручного доведения на различных уровнях, от директора учреждения до руководства Министерства

По его мнению, создание такой системы тормозит, в частности, несформированный и несовременный рынок интеллектуальной собственности в нашей стране. «У нас 99% создаваемой ИС до сих пор находится в государственном секторе. Чтобы ИС заработала, чтобы в данном случае в результате этих разработок возникали новые лекарственные препараты, необходимо привлекать бизнес».

Законодательство должно преодолеть ситуацию, когда внедрение каждого патента требует ручного доведения на различных уровнях, от дирек-

(США, Евросоюз). Каждый раз прибегать к услугам этих институтов для такой большой страны, как наша, неправильно и невозможно».

Нужно позаботиться о предоставлении социального пакета перспективным молодым ученым до 35 лет

Для развития существующего научного потенциала, по мнению А. Гинцбурга, необходимо привлечение



молодежи. «Исходя из истории развития науки нашего государства, фундаментальная наука развивается не в маленьких городах и поселковых образованиях, а в больших городах, таких как Москва, Санкт-Петербург, Новосибирск и т.д. Нужно позаботиться о предоставлении социального пакета перспективным молодым ученым, поскольку какую бы зарплату не платило Министерство, молодой человек до 35 лет не сможет обзавестись жильем. Конечно, этот процесс нужно жестко контролировать, но чтобы было что контролировать, нужно начать этот процесс».

Александр Гинцбург заметил, что не видит большой трагедии, что многие сотрудники уехали за рубеж. «Мы продолжаем активно с ними взаимодействовать, особенно в последнее время, когда у нас в стране стали появляться институты развития. Те финансовые возможности, которые они открывают, очень привлекают наших соотечественников, чтобы начать активное сотрудничество со своей родиной».

Чтобы успешно развивался научный потенциал здравоохранения, необходимо усилить роль экспертных сообществ в отборе проектов и целевого финансирования, которое государство будет поддерживать.

По словам директора НИИ эпидемиологии и микро-

биологии имени Н.Ф. Гамалеи, одна из серьезных проблем, особенно в нашей стране, — распространение туберкулеза. Причем все чаще встречаются тяжелые формы этого заболевания, не поддающиеся лечению традиционными противотуберкулезными препаратами. Поэтому это направление включает и разработку новых противотуберкулезных лекарств, новых вакцин. «Детские вакцины БЦЖ эффективны, они надежно защищают от заражения младенцев в начале жизни, — пояснил академик РАМН А. Гинцбург. В институте вместе с Институтом туберкулеза разрабатывают вакцину от туберкулеза для взрослых. «Сейчас, благодаря ФЦП «Фарма 2020», появилась возможность профинансировать чисто фундаментальные лабораторные разработки и довести их до стадии доклинических исследований. В конце этого года — начале следующего они должны закончиться, и тогда начнутся клинические испытания. У НИИ эпидемиологии и микробиологии, в отличие от многих фундаментальных институтов иммунобиологического профиля, после наступления рыночной экономики сохранилось собственное производство, которое на сегодняшний день на 50–60% обеспечивает страну вакциной БЦЖ для детей. В конце 2015 года на этом предприятии должны быть выпущены

первые партии генно-инженерной вакцины, которая будет использоваться для иммунизации взрослого населения. На бюджетные средства, которые выделило Минздравсоцразвития, идет реконструкция производственных помещений», — рассказал А. Гинцбург.

Директор Федерального центра сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова **Евгений Шляхто** рассказал еще об одном приоритете — это так называемая «персонализированная медицина».

«Определение генетического типа пациента, анализ его хромосом дадут возможность выйти на строго индивидуальное лечение, — пояснил Евгений Шляхто. — В шутку говорят, что к 2020 году в аптеке будет предъявляться не рецепт на конкретный препарат, а генетический код для изготовления персонального лекарства. И это действительно будет. В США потери из-за осложнений при неправильном применении лекарств без учета генетических особенностей пациента оцениваются в 250 миллионов долларов в год. Поэтому исследования в области персонализированной медицины — это основной тренд не только для кардиологии, но и других направлений службы здоровья. Во всем мире в это направление закладываются огромные деньги».





Поставлена задача, сообщил ученый, уже через два-три года получить типовую диагностику, которая давала бы основную информацию о геноме человека для персонализированного лечения.

Еще одно направление — биомаркеры, они тесно связаны с тем, как работает система кровообращения и указывают на риск развития заболевания. «Научимся их выявлять — сможем заранее прогнозировать: будет у конкретного человека патология клапанного аппарата или нет? Будет патология аорты? Каков риск ее возникновения? Все это возможно. Тогда сможем организовать профилактику и начинать лечение на самой ранней стадии, что и эффективнее, и дешевле», — пояснил кардиолог.

Этого факторы риска, можно будет эффективно выстраивать программы по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний». Более 60% смертей в России случаются из-за проблем сердечно-сосудистой системы организма. Надо проводить новые исследования — к примеру, молекулярно-генетические, выявляю-

Шляхто, «через два—три года получить новую чиповую диагностику, которая позволит быстро и дешево получать основную информацию о генетическом паспорте человека. Это не полный геномный скрининг, но основная информация, которая нам нужна для того, что мы называем персонализированной медициной».

Наука, лечебный процесс и подготовка кадров должны проходить в одном учреждении

щие биомаркеры заболеваний. «В будущем, придя в аптеку, человек станет показывать не рецепт, а свой генетический код. И на основе этого ему выпишут лекарства», — считает Евгений Шляхто.

В будущем, придя в аптеку, человек станет показывать не рецепт, а свой генетический код

Кроме того, в Центре имени В.А. Алмазова работают над эпидемиологической моделью распространения сердечно-сосудистых заболеваний. «Факторы риска, их распространенность в России отличаются от того, что есть, например, в США, — пояснил Евгений Шляхто. — Мы предполагаем, что для нас важнейшие факторы — ожирение, артериальная гипертензия, гиподинамия, алкоголь. Проведем своеобразную «перепись населения», имею-

Нужно стимулировать развитие трансляционной медицины. Это приведет к быстрым результатам и снижению стоимости исследований. Оптимальной стратегией Евгений Шляхто считает такую, при которой лечебный процесс, научные исследования и подготовка кадров будут проходить в одном учреждении и управляться одной администрацией. В планах Федерального центра сердца, крови и эндокринологии, по словам Евгения

«Мы сегодня говорим о том, что мы должны построить систему этапного оказания медицинской помощи, где каждый из этапов будет связан между собой, что нам позволит уменьшить расходы здравоохранения, повысить качество лечения и уменьшить число пациентов, которые выходят на инвалидность. Но это можно сделать только на основе современных технологий. И последнее — подготовка кадров. Мы сегодня развиваем стратегию, по которой наука, лечебный процесс и подготовка кадров должны проходить в одном учреждении. В мире активно обсуждается вопрос управления наукой, управления лечебным процессом и те успешные страны, где сегодня на высоком уровне наука и клиника, опыт этих стран говорит о том, что это должно управляться одной администрацией».

Лилия Цветкова

**В.И. Стародубов,**

академик РАМН, д.м.н., директор ФГУ ЦНИИ организации и информатизации Минздравсоцразвития РФ, г. Москва, Россия

Н.Г. Куракова,

д.б.н., начальник отдела по организации инновационной деятельности и охране интеллектуальной собственности Президиума РАМН, г. Москва, Россия

Л.А. Цветкова,

к.б.н., зав. сектором ВИНТИ РАН, г. Москва, Россия

П.Г. Арефьев,

директор отдела маркетинга Научной электронной библиотеки, г. Москва, Россия

Ф.А. Кураков,

аспирант Высшей школы бизнеса МИРБИС, г. Москва, Россия

МИРОВОЙ УРОВЕНЬ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 001.89.(61)

Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г., Кураков Ф.А. *Мировой уровень конкурентоспособности национальных исследований в области клинической медицины* (ФГУ ЦНИИ организации и информатизации Минздравсоцразвития РФ, г. Москва, Россия; Президиум РАМН, г. Москва, Россия, ВИНТИ РАН, г. Москва, Россия; Научная электронная библиотека, г. Москва, Россия; Высшая школа бизнеса МИРБИС, г. Москва, Россия)

Аннотация: Предложена формализация используемых в программных документах, определяющих направления реформирования российской науки, понятий «мировой уровень исследований» и «ведущие научно-технологические векторы» глобальной науки. На примере использования библиографического показателя «нормированное цитирование в предметной области» для анализа различных предметных областей российской клинической медицины показана степень различия соответствия мировому уровню отдельных направлений одной и той же национальной предметной области. Отмечена необходимость разработки национальной методологии аудита российской науки, учитывающей ее русскоязычный сегмент, к которому не применимы используемые для этих целей и признанные в мире методики.

Ключевые слова: российская наука, реформирование, глобальная наука, мировой уровень исследования, методики оценки, клиническая медицина, исследовательские фронты

Во всех программных документах, определяющих модели развития науки, образования, инновационного предпринимательства в России до 2020 г., отмечена необходимость достижения мирового уровня исследований, проводимых в национальных научных центрах и университетах.

Так, 11 января 2012 г Президентом Дмитрием Медведевым утверждены «Основы политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2020 года и дальнейшую перспективу». В этом документе стратегическая цель государственной политики в области науки определена как «выход Российской Федерации к 2020 году на **мировой уровень исследований** и разработок на направлениях, определенных национальными научно-технологическими приоритетами, и **освоение в Российской Федерации шестого технологического уклада** [1].





В «Стратегии инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года» (утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р) среди прочих приоритетов выделены:

- достижение лидерства *в ведущих научно-технических секторах и фундаментальных исследованиях*;
- выведение на *мировой уровень конкурентоспособности* части ведущих университетов, государственных научных центров и ведущих научных организаций;
- возвращение России в число *ведущих мировых научных держав*.

Основными критериями оценки качества и результативности фундаментальных исследований названы *«международное признание и публикационная активность сотрудников и коллективов»* [2].

Концепция развития научно-исследовательской и инновационной деятельности в учреждениях высшего профессионального образования Российской Федерации на период до 2015 года, одобренная на заседании рабочей группой по развитию частно-государственного партнерства в инновационной сфере (Протокол от 17 декабря 2010 г. № ИР-14/пр) нацеливает на формирование системы показателей в рамках аккредитации деятельности ВУЗов, предусматривающих наличие *определенного уровня исследовательских компетенций* и организации научно-исследовательских работ [3].

Совершенно очевидно, что для того, чтобы формализовать и начать реализовывать государственную политику в области науки, образования, инновационного предпринимательства в России до 2020 г., необходимо прежде всего определить следующие базовые понятия и индикаторы этой политики:

- что такое *«мировой уровень исследований»*?
- что такое *«ведущие сектора фундаментальных исследований»*?

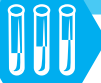
- как оценить *«международное признание»* российских ученых и исследовательских коллективов?

- по каким показателям выбирать научные коллективы в России, способные на *«выполнение научных исследований на мировом уровне»*?

- как оценить реальность *«достижения лидерства»* в ведущих научно-технических секторах и фундаментальных исследованиях?

К сегодняшнему дню мир накопил 50 млн. патентов и 10 млн. цитируемых публикаций, написанных только за последние 10 лет. Самой продуктивной и цитируемой областью глобальной науки является клиническая медицина. За последние 5 лет в этой области было опубликовано 1 182 349 статей, а из выделяемых Essential Science Indicators 7527 исследовательских фронтов на клиническую медицину приходится 1724 (23%). Только в онкологии формируются 345 фронтов, что больше, чем в математике (265). Как определить, где пролегают фронты передовых исследований глобальной науки, кто их формирует и какова степень участия российских исследователей в их развитии.

В феврале 2012 г. Минздравсоцразвития России объявило о создании 12 исследовательских платформ, из которых приоритетное финансирование уже открыто для 4 из них: «Онкология», «Кардиология», «Инфекционные болезни» и «Экология человека» [4]. Поэтому в качестве объекта анализа нами были выбраны 3 предметные области российской клинической медицины: онкология, кардиология и инфекционные болезни. Чтобы сопоставить уровень научной продуктивности России в этих областях с мировым уровнем, анализировали динамику двух библиографических показателей: количество национальных статей в международном индексе Web of Science и нормированного их цитирования за 30-летний период (с 1981 по 2010 гг.). Для сравнения прослежена динамика аналогичных показателей для национальных публикаций четырех стран (Израиля, Китая, Германии и США) (табл. 2–4).



Что понимается под «мировым уровнем исследований»

На сегодняшний день одним из самых авторитетных источников аналитической информации о ключевых научных исследованиях в мире, об основных тенденциях развития научных областей, исследовательских фронтов является система Essential Science Indicators (ESI). Количественные показатели ESI используются для определения актуального уровня и перспектив развития международной и национальной науки во многих странах мира, в частности, в США Национальный научный фонд (National Science Foundation, NSF) использует выборки из ESI для издания одного из наиболее авторитетных аналитико-статистических изданий в области наукометрии — отчета «Science and Engineering Indicators», выходящего раз в 2 года. При подготовке своих аналитических публикаций по оценке текущего и перспективного состояния мировой и национальной науки Организация экономического сотрудничества и развития (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) также заимствует данные из этой базы. Показатели ESI используются при составлении международных рейтингов, в которых оцениваются научные и образовательные организации, например, Academic Ranking of World Universities, ARWU (более известный как «Шанхайский рейтинг»), Times Higher Education World University Rankings и Performance Ranking of Scientific Papers for World Universities (известен как «Тайваньский рейтинг»). [5].

Информационный массив базы агрегируется из 11 450 рецензируемых научных журналов, индексируемых в системе Web of Science (WOS), и охватывает архивы изданий за последние 10 лет и информацию за период текущего года. Поэтому в ESI попадают журналы, которые обрабатывались в течение указанного срока и обрабатываются в настоящее время. Периодичность обновления данных в системе ESI составляет интервал раз в 2 месяца, то есть 6 раз в год.

Под *мировым уровнем исследований* понимаются фронты исследований, образуемые совокупностью публикаций с высоким уровнем цитируемости, относящихся к категориям Highly Cited Papers и Hot Papers. В категорию Highly Cited Papers попадает 1% статей, опубликованных за последние 10 лет и текущий период актуального года и получивших цитирование в этом же временном интервале. Если статья, опубликованная в течение последних двух лет, получает аномально высокое цитирование, такая работа относится к категории Hot Papers.

По состоянию на 1 февраля 2012 года система ESI выделяется 7527 фронтами исследований (видимо, это то, что понимается под «ведущими научно-технологическими секторами» в тексте «Стратегии инновационного развития Российской Федерации»), из которых большая часть — 1724 фронта (!) — приходится на клиническую медицину, 1263 — на химию, 694 — на физику, 612 — на биологию и биохимию, 401 — на молекулярную биологию и генетику, 289 — на фармакологию и токсикологию, 269 — на математику, 238 — на психиатрию и психологию, 208 — на микробиологию. Иными словами, клиническая медицина является самой обширной и динамично развивающейся областью знания глобальной науки.

В *табл. 1* приведен скриншот Essential Science Indicators, иллюстрирующий, как идентифицируются фронты мирового уровня исследований в области клинической медицины.

Возвращаясь к ключевому положению «Основ политики РФ в области развития науки...» о необходимости «выхода России к 2020 году на мировой уровень исследований», мы попытались оценить долю фронтов мирового уровня исследований (из 7527), которые сегодня развиваются с участием российских ученых.

На основе анализа совокупности публикаций, образующих выделяемые Essential Science Indicators фронты исследований, мы обнаружили 84 фронта с участием россий-





Таблица 1

Фронты мирового уровня исследований в области клинической медицины в ESI (данные актуальны на 01.02.2012)

View	Fronts	Pages	Citations	Citation Per Paper	Mean Year
1	REGULATORY T CELL, CD4+CD25+FOXP3+ T CELL, TH17 CELL, SELF-INDUCTION, FOLLICULAR B HELPER T CELLS, T FOLLICULAR HELPER (TFH) CELLS, T FOLLICULAR HELPER CELLS, DIFFERENTIATE, FOLLICULAR HELPER T CELLS	38	11,318	350.42	2007.8
2	HUMAN INDUCED PLURIPOTENT STEM CELLS, GERMLINE-COMPETENT INDUCED PLURIPOTENT STEM CELLS, INDUCED PLURIPOTENT STEM CELL LINES DERIVED, HUMAN SOMATIC CELLS, ADULT HUMAN FIBROBLASTS	10	11,703	1191.30	2007.4
3	NOVEL TYPE 2 DIABETES RISK LOCUS MTNR1B DETERMINE BETA-CELL FUNCTION, TWELVE TYPE 2 DIABETES SUSCEPTIBILITY LOCUS TYPE 2 DIABETES GENES CDKAL1, TYPE 2 DIABETES MELLITUS, TRANSCRIPTION FACTOR TCF7L2 GENE CONFERS RISK	66	10,750	253.89	2007.9
4	COLOR CANCER STEM CELLS DOCTATE TUMOR GROWTH, DRUG-SELECTED HUMAN LUNG CANCER STEM CELLS, CANCER STEM CELLS DETERMINE TUMOR GROWTH, HUMAN COLORECTAL CANCER STEM CELLS	38	8,952	281.89	2007.9
5	METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA EVEROLIMUS FINAL RESULTS-PROGNOSTIC FACTOR ANALYSIS, BEVACIZUMAB-REFRACTORY METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA, METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA (XVOREN), SORAFENIB-REFRACTORY METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA	30	8,892	296.73	2008.2
6	CHEMOTHERAPY-REFRACTORY METASTATIC COLORECTAL CANCER TREATED, EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR EXPRESSING METASTATIC COLORECTAL CANCER PATIENTS TREATED, 13 WILD-TYPE METASTATIC COLORECTAL CANCER, CHEMOTHERAPY REFRACTORY COLORECTAL CANCER PATIENTS	38	8,184	220.10	2008.2
7	CROHN'S DISEASE RISK LOCUS, CROHN'S DISEASE IDENTIFIES PREVIOUSLY UNKNOWN DISEASE LOCUS, CROHN'S DISEASE ASSOCIATED ATG16L1 VARIANT, QUEBEC FOUNDER POPULATION IDENTIFIES MULTIPLE VALIDATED DISEASE LOCUS, CROHN'S DISEASE SUSCEPTIBILITY	38	8,407	234.36	2007.4
8	LOW HUMAN BETA-2-MICROGLOBULIN 2 GENE COPY NUMBER, HIGH-RESOLUTION COPY NUMBER VARIATION DETECTION, ACCURATELY MAP COPY NUMBER VARIATION, SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IDENTIFIES SUSCEPTIBILITY VARIANTS, COMMON COPY NUMBER POLYMORPHISM	61	8,428	273.87	2007.2
9	DRUG-ELUTING CORONARY STENTS, DRUG-ELUTING STENTS, LATE DRUG-ELUTING STENT THROMBOSIS, 14 TRIALS COMPARING STIMULUS-ELUTING STENTS, FACILITATES-ELUTING CORONARY STENTS	28	8,314	298.83	2008.8
10	NODE-NEGATIVE BREAST CANCER PATIENT T4-GENE PROGNOSTIC SIGNATURE STRONG TIME DEPENDENCE TRAINING MULTICENTER INDEPENDENT VALIDATION SERIES, CONSERVATIVELY MANAGED TRIPLE NEGATIVE EARLY-STAGE BREAST CANCER, TRIPLE NEGATIVE BREAST CANCER	42	8,280	196.67	2007.9
11	HUMAN EMBRYONIC STEM CELLS, PLURIPOTENT EMBRYONIC STEM CELLS, MURINE EMBRYONIC STEM CELLS, CHROMATIN PROTEINS STEM CELLS, POLYCOMB SILENCERS CONTROL CELL FATE	17	7,802	481.29	2008.8
12	CHRONIC HEPATITIS B VIRUS INFECTION FOLLOWING RETUVIMAS ADMINISTRATION, HEPATITIS B E ANTIGEN-POSITIVE CHRONIC HEPATITIS B, LAMIVUDINE-REFRACTORY HEPATITIS B VIRUS	49	6,922	141.27	2008.1

ских ученых в области физики, 41 фронт в области клинической медицины, 18 фронтов в области химии, 12 — наук о земле, 10 — биологии и биохимии, по 5 фронтов в астрономии и астрофизике и молекулярной биологии и генетики (рис. 1).

Как видно, из приведенных данных, выбор объекта сравнения коренным образом меняет представление о том, какие области отечественной науки максимально соответствуют высокому мировому уровню. Так, из анализа общего числа российских публикаций, доступных глобальному научному сообществу, следует, что сильными областями российской науки являются физика, химия, науки о земле и математика, тогда как клиническая медицина вносит весьма скромную лепту в национальный публикационный поток. Когда же объектом сравнения становится число исследовательских фронтов с

российскими статьями, то клиническая медицина становится второй после физики по уровню исследований, соответствующих переднему краю науки, заметно опережая химию, традиционно считавшуюся «лицом российской науки» (рис. 1). По показателю «доля исследовательских фронтов с российскими статьями от общего числа фронтов в предметной области» клиническая медицина также занимает достойное четвертое место, уступая лишь физике, наукам о земле и астрономии (рис. 2). Из представленных данных следует, что национальная клиническая медицина является одной из самых сильных предметных областей российской науки и соответствует высокому глобальному уровню исследований.

Следует подчеркнуть, что речь идет лишь об оценке интернационализированного (англоязычного) фрагмента российской

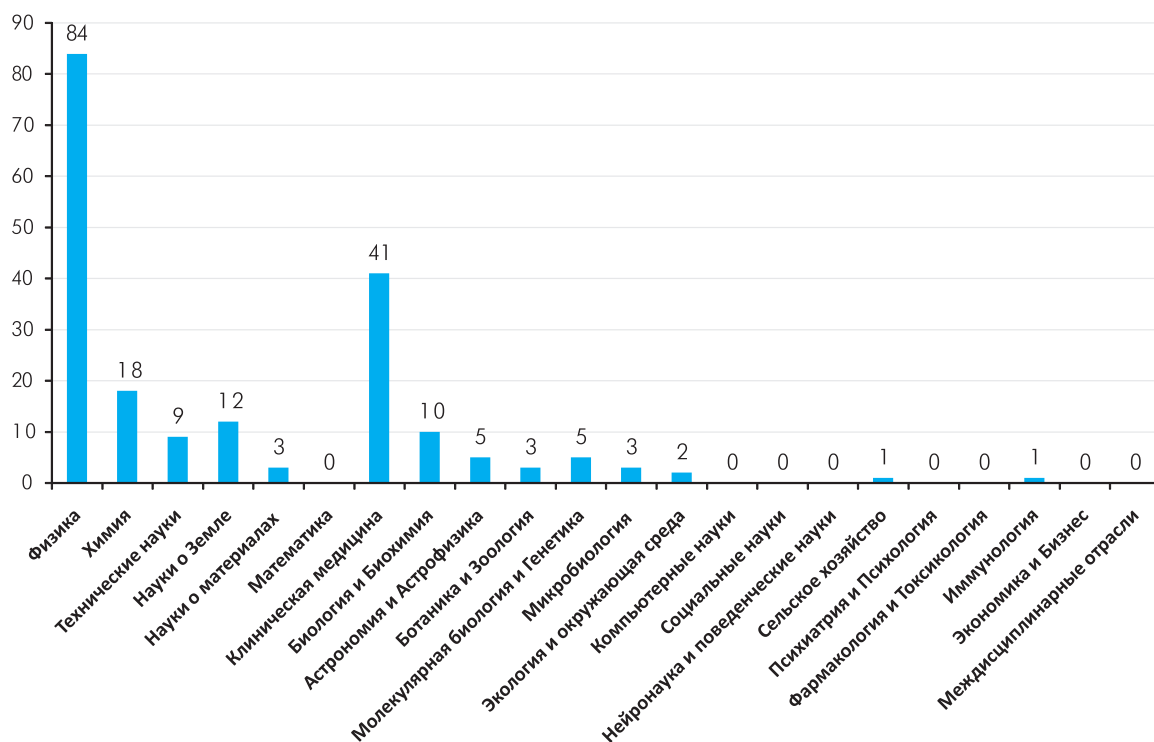
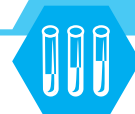


Рис. 1. Число исследовательских фронтов с российскими статьями

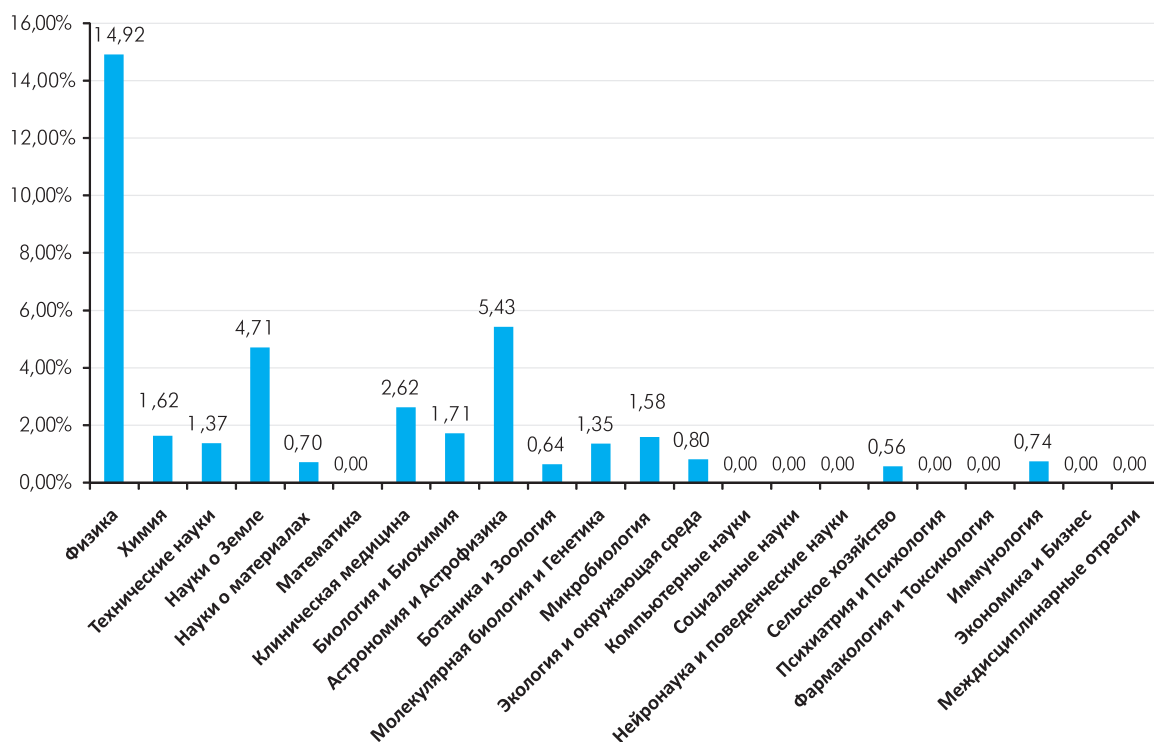


Рис. 2. Доля исследовательских фронтов с российскими статьями от общего числа фронтов в предметной области





науки, который, по разным оценкам, составляет не более 10% от национального публикационного потока. Так, из 350 тыс. опубликованных в 2010 году российских научных статей в международных индексах были учтены лишь 34 тыс. в Scopus и 32 тыс. — в WOS.

Вместе с тем не следует забывать, что в интернационализированном сегменте российской науки представлены, как правило, работы самых сильных научных коллективов России и в большинстве своем естественнонаучные и медицинские исследования, имеющие наиболее высокие показатели цитируемости. Кроме того, «Стратегия инновационного развития России» в качестве ключевых индикаторов называет достижение «международного признания» российских научных коллективов.

О выведении на «мировой уровень конкурентоспособности части ведущих университетов, государственных научных центров и ведущих научных организаций»

Одной из признанных в мире методик оценки уровня научных исследований является система Центра науки и технологических исследований Лейденского университета (Centre for Science and Technology Studies, CWTS), которая ранжирует университеты мира по пяти индикаторам: общее количество публикаций в WOS, число цитирований в расчете на одну публикацию, общее количество публикаций, умноженное на относительное влияние в данной области, число ссылок на статью, нормированное (деленное) на число ссылок на статью в данной области для данного года публикации. Примечательно, что лишь в 2010 г. был добавлен новый, более интегральный индикатор — средняя нормированная оценка цитирования [6].

Именно этот индикатор как наиболее информативный и удобный для определения степени соответствия той или иной области национальной науки мировому уровню был выбран нами для настоящего исследования.

Индикатор рассчитывается следующим образом: для предметной области ежегодно определяется среднемировой уровень цитирования публикаций по данной тематике, который принимается за единицу. Отклонение от единицы в сторону увеличения толкуется как превосходства уровня исследований в данной национальной предметной области по сравнению с мировым уровнем, а отклонение в сторону уменьшения толкуется как потеря конкурентоспособности национальных исследований по сравнению с мировым уровнем.

Как следует из анализа данных, представленных в табл. 2, за 30-летний период произошло 3-кратное сокращение и без того небольшого числа российских публикаций в WOS по онкологии: с 203 в 1981 году до 75 в 2010 году на фоне 200-кратного (!) увеличения публикаций китайских онкологов (с 12 в 1981 до 2338 в 2010 г.), 7-кратного увеличения публикаций немецких онкологов и 3-кратного увеличения публикаций по онкологии в США.

Вместе с тем, начиная с 2005 года, наблюдается резкий рост показателей нормированного цитирования российских статей в этой предметной области: с 0,06 в 1981 году до 3,46 в 2005 и 3,34 в 2010 годах. Причиной этого стало участие российских онкологов в международных проектах и соответственно соавторство в международных публикациях (табл. 2).

Совершенно иные тенденции просматриваются в показателях публикационной активности и нормированного цитирования российских публикаций в WOS по кардиологии. Их число за 30-летний период не сократилось и даже несколько увеличилось с 223 (1981 г.) до 386 (2010 г.), хотя такой рост выглядит более чем скромным на фоне почти 300-кратного роста числа публикаций китайских кардиологов. Однако вызывает тревогу и требует специального исследования факт устойчивого низкого цитирования публикаций России по кардиологии: до 2005 года нормированное цитирование не превышало 0,07 и лишь к 2010 году поднялось до 0,11, существ-

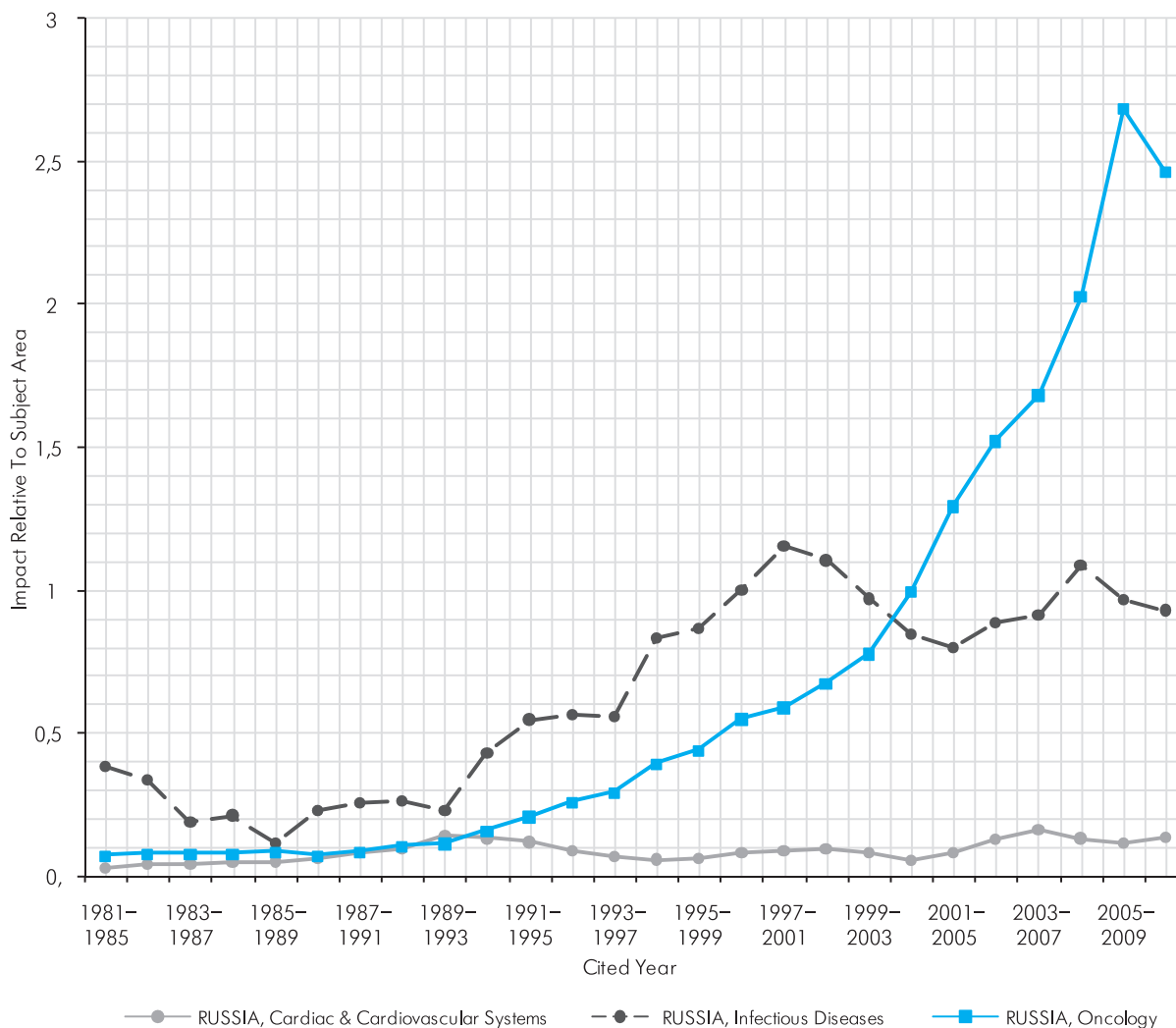


Рис. 3. Степень мирового признания, выраженная в показателях нормированного цитирования по WOS, различных областей национальной клинической медицины

венно уступая показателям стран, выбранных нами для сравнения (табл. 3).

Степень признания и соответствия мировому уровню цитирования российских статей по инфекционным болезням следует оценивать как высокую с заметной положительной динамикой, однако количество англоязычных статей в WOS по этой области клинической медицины (45 статей в 2005 и 49 статей в 2010 г.) нельзя признать достаточным (табл. 4).

Таким образом, три предметные области российской медицинской науки имеют абсолютно разную степень мирового признания,

выраженную в показателях нормированного цитирования по WOS. Российская онкология демонстрирует убедительный высокий мировой уровень, исследователи инфекционных болезней, несмотря на низкую публикационную активность, получают высокую мировую цитируемость в своей предметной области, а публикации российских кардиологов в течение 30-летнего (!) периода имеют стабильно низкую цитируемость (рис. 3).

Следующим этапом нашего исследования стало сравнение показателя нормированного цитирования российских публикаций в





Таблица 2

Динамика показателей публикационной активности и нормированного уровня цитирования различных стран, ведущих исследования в области онкологии (данные актуальны на 01.02.2012)

Страна	1981 г.		1995 г.		2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Количество национальных статей в WOS по онкологии	Нормированная оценка цитирования для онкологии	Количество национальных статей в WOS по онкологии	Нормированная оценка цитирования для онкологии	Количество национальных статей в WOS по онкологии	Нормированная оценка цитирования для онкологии	Количество национальных статей в WOS по онкологии	Нормированная оценка цитирования для онкологии	Количество национальных статей в WOS по онкологии	Нормированная оценка цитирования для онкологии
США	3679	1,24	6144	1,42	7040	1,38	9741	1,35	10 323	1,38
Германия	333	0,69	1131	0,94	1514	0,93	2240	1,08	2299	1,31
Израиль	94	0,80	190	0,86	215	0,94	246	1,38	284	1,34
Китай	12	0,31	80	0,78	123	1,31	552	0,94	2338	0,61
Россия	203	0,06	97	0,26	30	0,49	61	3,46	75	3,34

По данным InCite на февраль 2012 г.

Таблица 3

Динамика показателей публикационной активности и нормированного уровня цитирования различных стран, ведущих исследования в области кардиологии (данные актуальны на 01.02.2012)

Страна	1981 г.		1995 г.		2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Количество национальных статей в WOS по кардиологии	Нормированная оценка цитирования для кардиологии	Количество национальных статей в WOS по кардиологии	Нормированная оценка цитирования для кардиологии	Количество национальных статей в WOS по кардиологии	Нормированная оценка цитирования для кардиологии	Количество национальных статей в WOS по кардиологии	Нормированная оценка цитирования для кардиологии	Количество национальных статей в WOS по кардиологии	Нормированная оценка цитирования для кардиологии
США	2229	1,45	4747	1,35	4747	1,30	5602	1,29	6180	1,32
Германия	317	0,68	815	0,94	1310	1,04	2240	1,08	1511	1,52
Израиль	42	0,60	147	1,10	156	1,20	150	1,04	173	1,24
Китай	2	0,31	21	0,64	39	0,78	150	1,29	560	0,77
Россия	223	0,02	235	0,04	194	0,04	216	0,07	386	0,11

По данным InCite на февраль 2012 г.

WOS по 20 предметным областям клинической медицины в течение 30 лет (табл. 5).

Как следует из данных таблиц, уровень российских исследований в 6 из 20 предмет-

ных областей: онкологии, пульмонологии, инфекционных болезней, урологии, ядерной медицины и эндокринологии, следует охарактеризовать как соответствующий или даже

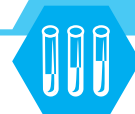


Таблица 4

Динамика показателей публикационной активности и нормированного уровня цитирования различных стран, ведущих исследования в области инфекционных болезней (данные актуальны на 01.02.2012)

Страна	1981 г.		1995 г.		2000 г.		2005 г.		2010 г.	
	Количество национальных статей в WOS по инфекционным болезням	Нормированная оценка цитирования для инфекционных болезней	Количество национальных статей в WOS по инфекционным болезням	Нормированная оценка цитирования для инфекционных болезней	Количество национальных статей в WOS по инфекционным болезням	Нормированная оценка цитирования для инфекционных болезней	Количество национальных статей в WOS по инфекционным болезням	Нормированная оценка цитирования для инфекционных болезней	Количество национальных статей в WOS по инфекционным болезням	Нормированная оценка цитирования для инфекционных болезней
США	937	1,57	2674	1,23	3089	1,22	3716	1,23	3474	1,38
Германия	189	0,33	283	0,76	384	1,03	479	0,95	480	1,02
Израиль	16	0,75	58	0,76	93	0,96	113	1,07	358	1,02
Китай	2	0,51	14	0,46	28	0,87	101	0,86	92	0,57
Россия	7	0,15	16	0,73	29	1,04	45	0,91	49	1,34

По данным InCyte на февраль 2012 г.

Таблица 5

Сравнение нормированных оценок цитирования российских публикаций по областям клинической медицины в Web of Science (данные актуальны на 01.02.2012)

Область российской клинической медицины	1981	1995	2000	2005	2010
Онкология	0,06	0,26	0,49	3,46	3,34
Пульмонология	1,04	2,07	0,58	0,72	2,10
Урология	0,19	0,13	0,64	1,53	1,42
Инфекционные болезни	0,15	0,73	1,04	0,91	1,34
Радиология и ядерная медицина	0,65	0,61	0,61	0,72	1,34
Эндокринология	0,31	0,69	0,58	0,70	1,32
Гастроэнтерология	0,01	0,12	0,90	0,57	0,74
Педиатрия	0,17	0,39	0,64	0,94	0,60
Иммунология	0,07	0,38	0,43	0,67	0,59
Хирургия	0,06	0,08	0,87	1,15	0,55
Лечебное питание	0	2,24	0,43	1,76	0,45
Гематология	0,21	0,12	0,13	0,26	0,40
Трансплантология	0	0,63	0,13	2,41	0,33
Неврология	0,04	0,08	0,17	0,19	0,18
Психиатрия	0,02	0,06	0,09	0,14	0,13
Кардиология	0,02	0,04	0,04	0,07	0,11
Скорая медицинская помощь	0,54	1,07	0,95	0	0
Стоматология	0	0,26	0,75	0,45	0
Дерматология	0,11	1,24	0,05	0,20	0
Медицинская информатика	0	0,22	0,63	0,56	0

По данным InCyte на февраль 2012 г.





(для пульмонологии и онкологии) превосходящий мировой уровень исследований.

Причины низкой конкурентоспособности национальной дерматологии, кардиологии, психиатрии, неврологии и пр. должны стать предметом специальных исследований.

При этом еще раз следует подчеркнуть, что речь идет лишь о показателях интернационализированных сегментов этих областей российской медицины. Однако на фоне глобализации науки такая ситуация требует тщательного анализа и администрирования.

Заключение

Сегодня о глобализации науки следует говорить уже не как о формирующемся тренде, а как о свершившемся факте появления «транснациональной науки» и «транснациональных ученых».

В 2011 г. создан Университет науки и технологий короля Абдаллы (KAUST) в Саудовской Аравии с объемом финансирования \$20 миллиардов и с задачей через 20 лет сравняться по влиятельности с Калифорнийским технологическим институтом. Для решения этой амбициозной задачи приглашаются ученые со всего мира. В Бельгии, где сосредоточены 20% мировых бюджетов на НИР в области фармакомедицины, в кластерах транснациональных фармкомпаний занимаются исследованиями транснациональные научные коллективы.

Средством международной научной коммуникации стал английский язык. Этот факт был осознан и принят как неизбежность в Нидерландах в начале 80-х годов, в Японии, Германии и Франции — в начале 90-х годов, в Китае — в начале 2000-х годов.

Наука России, игнорируя факт англоязычности глобальной науки, сохранила архаичную национальную модель науки, на радикальное преобразование которой и направлены программные документы, ориентирующие российских исследователей на интеграцию в глобальную науку и глобальное инновационное предпринимательство.

Поставленная в «Основах политики...» задача «обеспечения рациональной интеграции отечественной науки и технологий в мировую инновационную систему» может быть формализована и представлена следующей последовательностью действий:

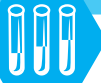
- определяем, что есть «мировой уровень исследований» в данной предметной области;
- определяем, где по отношению к нему находится национальная предметная область;
- если национальная предметная область соответствует или даже превосходит мировой уровень, научные коллективы, ее развивающие, получают приоритетное финансирование, если же уровень национальной предметной области демонстрирует неконкурентоспособность, разрабатывается специальная программа администрирования этого направления.

Представляется, что только такая последовательность действий приведет к обозначенному в Стратегии «Инновационная Россия-2020» приоритету развития страны — «возвращению России в число ведущих мировых держав».

Бесспорно, библиографические индикаторы соответствия мировому уровню не дают исчерпывающей оценки той или иной предметной области национальной науки. В России, где 90% научных публикаций не могут быть проанализированы по принятым в мире методикам в силу того, что мир их «не видит», использовать эти инструменты нужно еще с большей осторожностью.

У авторов статьи нет никакого основания утверждать на основе приведенных ими данных, что российская онкология или пульмонология в большей степени соответствуют (и даже превосходят) мировому уровню, чем российская гематология и кардиология.

Но также, надеемся, неоспорим и тот факт, что причина стабильно низкого цитирования российских англоязычных публикаций по кардиологии в течение 30 лет, в отличие от российских публикаций по эндокринологии, ядерной медицине, онкологии и пульмонологии в одном и том же ресурсе — Web of



Sci, должна стать предметом самого тщательного анализа.

Программные документы, определяющие векторы развития науки и инновационной системы России, содержат положение о коренном изменении стратегии финансирования науки в стране. Приоритет должны получать коллективы, формирующие фронты мирового уровня. При этом подчеркивается, что разделение научных коллективов на

«ведущих исследования на мировом уровне» и «утративших конкурентоспособность» должно быть осуществлено с использованием «принятых в мире методик». С учетом того, что для анализа русскоязычного сегмента российской науки не могут быть применены методы анализа науки, принятые в мире, очевидна необходимость разработки национальной методологии поиска российских исследований мирового уровня.



ЛИТЕРАТУРА

1. Основы политики Российской Федерации в области развития науки и технологий на период до 2020 года и дальнейшую перспективу (Утверждены Президентом РФ 11 января 2012 г.).
2. Стратегия инновационного развития Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена Распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2011 г. № 2227-р).
3. Концепция развития научно-исследовательской и инновационной деятельности в учреждениях высшего профессионального образования Российской Федерации на период до 2015 года, одобренная на заседании рабочей группы по развитию частно-государственного партнерства в инновационной сфере (Протокол от 17 декабря 2010 г. № ИР-14/пр).
4. Невинная И. Предъявите геном! Ученые назвали приоритетные направления в медицине//«Российская газета» — Федеральный выпуск № 5708 (35), 17.02.2012.
5. Куракова Н.Г., Арефьев П.Г., Цветкова Л.А. Оценка уровня национальных медицинских исследований с использованием новых инструментов прогнозирования научно-технического развития//Вестник РГМУ. — 2012. — № 2. — С.18–26.
6. Costas R., van Leeuwen T.N., Bordons M.A. Bibliometric Classificatory Approach for the Study and Assessment of Research Performance at the Individual Level: The Effects of Age on Productivity and Impact//Journal of the American society for information science and technology. — 2010. — № 61(8). — P. 1564–1581.

UDC 001.89.(61)

Starodubov V.I., Kurakova N.G., Tsvetkova L.A., Arefiev P.G., Kurakov F.A. *World level of competitiveness of national researches in the field of clinical medicine* (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, Moscow, Russia, Scientific Electronic Library, Moscow, Russia, All-Russian Institute of Scientific and Technical Information, Moscow, Russia; MIRBIS Business school, Moscow, Russia)

Annotation: There is proposed formalization of concepts «world level of researches» and «leading scientific-technological vectors» of global science, used in program documents, defining the directions of reforming Russian science. With the example of using bibliographic index of «normalized citation in related area» for analyzing various subject areas of Russian clinic medicine, there is shown the difference degree of correspondence to the world level of some areas of exactly the same national subject area.

There is noted necessity of developing national methodology of Russian science audit, considering its Russian language aspect, to which cannot be applied world used and recognized methods.

Keywords: Russian science, reforming, global science, world level of researches, methods of evaluation, clinical medicine, research fronts.



В обращении в Национальную медицинскую палату доктор П., обвиняемая в причинении смерти по неосторожности, высказывает озабоченность возможностью вынесения в ее отношении несправедливого приговора, просит помочь ей в сложившейся ситуации и привлечь внимание уполномоченных государственных органов власти.

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, Россия, alexstarchenko@mail.ru

ОПАСНАЯ СИТУАЦИЯ — ОСУЖДЕНИЕ НЕВИНОВНОГО. ВВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ПАЦИЕНТУ — КРИМИНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА?!

07.12.09 в отделение лучевой диагностики, в кабинет компьютерной томографии по направлению уролога (форма № 057/у-04) ФГЛПУ «Поликлиники Минэкономразвития России» и страховой компании ЗАО «Макс» с диагнозом «полип верхней чашечки правой почки» обратилась пациентка Ч. для выполнения мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) почек при необходимости с внутривенным введением контрастного вещества с диагнозом «образование правой почки». Согласно предварительному диагнозу и направительному письму из страховой компании, доктором П. было принято решение о выполнении МСКТ почек с болюсным внутривенным контрастированием. Пациентка была проинформирована доктором П. о том, что исследование предпочтительно выполнять с внутривенным введением контрастного вещества и что при этом возможно развитие побочных аллергических реакций, в том числе развития анафилактического шока (инструкции по применению контрастного препарата прилагаются). Во время изучения письменного информационного согласия пациентка сообщила, что ранее с использованием рентгеноконтрастных препаратов не обследовалась, непереносимости йода, бронхиальной астмы, сердечно-легочной недостаточности нет, заболеваний почек (кроме выявленных при УЗ-исследовании) нет, тиреотоксикоза, сахарного диабета, заболеваний крови нет, беременности нет. После чего в 16:40 пациентка в присутствии доктора П. подтвердила свое согласие на введение контрастного препарата и подписала лист с информацией для пациентов «Рентгеноконтрастные исследования», где указано о возможных побочных и аллергических реакциях. В 16:42 07.12.09 в правую локтевую вену установлен катетер,

© А.А. Старченко, 2012 г.



в 16.47 с помощью автоматического инжектора со скоростью 3 мл/с было введено 100 мл ультрависта-370. Сразу после окончания венозной фазы сканирования около 16:50 у пациентки появились жалобы на кашель, общую слабость. При осмотре отмечалось ослабление пульса, падение артериального давления до 100/60 мм рт. ст. Через установленный ранее катетер было введено 1 мл 0,1% адреналина, а затем 4 мг дексаметазона. По телефону была вызвана бригада реаниматологов. К прибытию реаниматологов (около 16:53) пациентка была в сознании, но заторможена, на вопросы отвечала с трудом, артериальное давление было 100/60. В 16:53 пациентка была передана для оказания дальнейшей медицинской помощи реаниматологам. Несмотря на принятые меры, пациентка скончалась в реанимационном отделении.

В ходе следствия были назначены и проведены 4 комплексных судебно-медицинских экспертизы, которые не установили нарушений правил оказания медицинской помощи. 30.11.11 следователем СУ по СВАО ГСУ СК РФ доктору П. было предъявлено обвинение в совершении преступления, предусмотренного ст. 109 ч. 2 УК РФ, то есть в причинении по неосторожности смерти Ч. вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.

Примечательно, что с публичной оценкой оказания медицинской помощи Ч. 10 декабря 2009 г., через два дня после случившегося, на научно-практической межрегиональной конференции по теме «Судейская этика» председатель Мосгорсуда О. Егорова заявила о том, что «федеральный судья 36-летняя Ч. умерла на днях из-за врачебной ошибки»: «Молодые и красивые судьи так нелепо уходят из жизни. Понятно, что это была врачебная ошибка...» (Российское агентство правовой и судебной информации от 13.12.2009).

Анализ материалов дела Комитетом независимой медицинской экспертизы НП «Национальная медицинская палата» показал, что в основу обвинения доктора П. положены

Заключение эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и Заключение эксперта № 202/11 от 17.10.2010 Центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ.

Заключение эксперта № 202/11 от 17.10.2010 центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ содержит следующие выводы:

Причиной смерти Ч. явился анафилактический шок на введение рентгеноконтрастного препарата ультравист-370 от 07.12.2009, сопровождавшийся острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, осложнившийся респираторным дистресс-синдромом, отеком легких и головного мозга.

1. Ответ на вопрос: «1. Как следует из индивидуальной карты № 57610 амбулаторного больного Ч., последняя обследовалась в Поликлинике Минэкономразвития России. С 2005 года Ч. был поставлен диагноз «Бронхиальная астма». В 2009 году был поставлен диагноз «Мочекаменная болезнь. Полип в верхней чашечке правой почки». Рекомендовано мультиспиральное КТ с внутривенным контрастированием. Врачом дано направление в ФГУ «Клиническая больница» Управление делами Президента РФ, где ей и было проведено мультиспиральное КТ с внутривенным контрастированием, после которого она скончалась в отделении анестезиологии и реанимации. Обязан ли был врач, давший направление Ч. на мультиспиральное КТ с внутривенным контрастированием, указать в направлении, что она страдала бронхиальной астмой и у нее проявлялась аллергия (на домашних животных, пыль)?».

Решение вопроса об обязанностях врача, давшего направление Ч. на мультиспиральное КТ-исследование с внутривенным контрастированием, не входит в компетенцию настоящей комиссии судебно-медицинских экспертов. Данный вопрос может быть решен следственным путем.

Каким образом и какие клинические данные о состоянии организма Ч. (в том числе





страдала ли она бронхиальной астмой и были ли у нее проявления аллергии на домашних животных, пыль) передавались врачом, давшим направление Ч. на мультиспиральное КТ-исследование с внутривенным контрастированием, также следует установить следственным путем.

2. Ответы на вопросы: «2. Обязан ли был врач, проводивший Ч. мультиспиральное КТ с внутривенным контрастированием, сделать пробу на аллергию?», «4. Имеются ли нарушения действующих правил и инструкций в действиях врача, давшего направление Ч. для прохождения компьютерной томографии с введением ультрависта без указания на ее отягощенный аллергический анамнез; имел ли врач право направить ее для прохождения указанного обследования при наличии указанного отягощенного аллергического анамнеза, если да, то был ли обязан отразить в направлении для прохождения обследования сведения о наличии у нее бронхиальной астмы и вазомоторного аллергического ринита согласно записей амбулаторного лечения с 2005 по 2008 гг.?».

Решение вопроса о правах и обязанностях врача, а также о том, имеются ли какие-либо нарушения тех или иных правил и инструкций, не входит в компетенцию настоящей комиссии судебно-медицинских экспертов. Данный вопрос может быть решен следственным путем.

Как следует из инструкции по применению ультрависта, проведение Ч. мультиспиральной компьютерной томографии с использованием в качестве рентгеноконтрастного препарата ультравист-370 «...использование небольшого количества контрастного средства для проведения теста на чувствительность не рекомендуется, так как он не имеет прогностического значения. Более того, проведение такого тестирования само по себе может привести к серьезным побочным реакциям...».

3. Ответ на вопрос: «3. Чем (нормативно-правовыми документами, учебными пособиями и т.п.) предусмотрено проведение проб на аллергию?».

Способы выявления аллергии у человека определяются медицинскими знаниями о возможности развития у человека реакций немедленного типа. Применительно к факту развития аллергической реакции у Ч. проведение теста на чувствительность к нему, согласно инструкции по применению ультрависта, не рекомендуется, так как он не имеет прогностического значения и тест сам по себе может спровоцировать аллергическую реакцию. Решение вопроса о том, отражаются ли медицинские знания о возможности развития у человека реакции немедленного типа, нормативно-правовыми документами и в какой степени нормативно-правовые документы соответствуют медицинским знаниям о возможности развития у человека реакций немедленного типа не входит в компетенцию настоящей комиссии судебно-медицинских экспертов. Этот вопрос может быть решен следственным путем.

4. Ответ на вопрос: «5. Имеются ли нарушения действующих правил и инструкций в действиях врача, проводившего Ч. рентгеноконтрастное исследование с применением ультрависта; обязан ли врач установить, что диагностическая компьютерная томография с введением ультрависта не соответствует состоянию здоровья пациента Ч. и категорически ей противопоказана, и провести обследование, исключающее применение ультрависта, и применения методики, исключающей смертельный исход от ее проведения?»

Ч. необходимо было бы провести рентгеноконтрастное исследование по методике, исключающей смертельный исход от ее проведения.

Ч. было проведено рентгеноконтрастное исследование с применением рентгеноконтрастного препарата ультравист, сопровождавшееся развитием аллергической реакции со смертельным исходом.

Решение вопроса о том, какие были нарушены действующие правила и инструкции в действиях врача, проводившего Ч. рентгеноконтрастное исследование с применением



препарата ультравист, не входит в компетенцию настоящей комиссии судебно-медицинских экспертов. Данный вопрос может быть решен следственным путем.

Введение Ч. препарата ультравист не соответствовало состоянию здоровья Ч. и было ей категорически противопоказано по следующим причинам:

- аллергическое состояние Ч., развитие у нее смертельного анафилактического шока на введение ультрависта подтверждает то, что применение этого препарата в ходе проведения ей рентгеноконтрастного метода исследования было противопоказанным;

- возможность развития у пациентов (в том числе и у Ч.) аллергической реакции на введение ультрависта известна и эта возможность конкретно подчеркнута в «Инструкции по применению ультрависта» (уголовное дело № 365961, том 2, л.д. 122);

- возможность развития аллергической реакции (анафилактического шока) у Ч. объективно обусловлена как свойствами ультрависта, так и особенностями ее организма (сложным комплексом иммунного, физиологического, биохимического и патофизиологического статуса ее организма), что и реализовалось в смертельном характере развития у Ч. анафилактического шока на введение этого вещества;

- наличие особенностей организма Ч. (сложный комплекс иммунных, физиологических, биохимических и патофизиологических характеристик ее организма), определяющих ее аллергический статус, подтверждено как аллергическим анамнезом, так и последующим за введением ультрависта фактом развития анафилактического шока.

Решение вопроса о том, в какой степени необходимость применения методики исследования почки, исключающей смертельный исход от ее проведения, соотносится с обязанностями врача, проводившего исследование Ч., не входит в компетенцию настоящей комиссии судебно-медицинских экспертов. Этот вопрос может быть решен следственным путем.

5. Ответ на вопрос: «6. Соответствовали ли методы и действия медицинского персонала при оказании экстренной помощи Ч. при возникновении угрозы ее жизни, все ли было сделано, чтобы исключить наступление смерти?».

Оказанную Ч. медицинскую помощь следует признать правильной, полнообъемной, патогенетически верно направленной, соответствовавшей имевшимся у Ч. состояниям, однако проведенные противошоковые мероприятия не позволили предотвратить негативного развития клинической картины анафилактического шока и наступление смертельного исхода.

6. Ответы на вопросы: «7. Какова процедура и порядок использования и ввода препарата ультравист-370?», «8. Каков порядок хранения и подготовки к применению препарата ультравист-370?».

Порядок использования, ввода, подготовки к применению и хранения препарата ультравист-370 подробно изложен в инструкции по его применению, имеющейся в представленных материалах дела (уголовное дело № 365961, том 2, л.д. 122).

7. Ответ на вопрос: «9. Могло ли привести к смерти Ч. введение препарата Ультравист-370 в неразогретом виде (согласно инструкции применения перед введением он должен подогреваться до температуры тела)?».

Вопрос имеет гипотетический характер.

Согласно инструкции по применению ультрависта, его перед введением подогревают до температуры тела для того, чтобы «...лучше переносится и его легче вводить вследствие снижения вязкости раствора...».

По представленным медицинским данным настоящей комиссии судебно-медицинских экспертов неизвестно, с какой температурой вводился ультравист Ч. Это вопрос может быть решен следственным путем.

8. Ответ на вопрос: «10. На каком этапе врачи (кто именно) должны были выявить у Ч. наличие аллергии, и все ли было сделано для выявления наличия аллергии Ч. перед введением ей препарата ультравист-370?».





Предрасположенность Ч. к аллергическим состояниям комиссией экспертов выявлена в особенностях ее аллергического анамнеза: наличие вазомоторного аллергического ринита, бронхиальной астмы, сенсибилизации на перо подушки, а также «гиперчувствительность к бытовым аллергенам (дома имелись животные: собака, кошка, морские свинки). Эта предрасположенность, в частности, отмечена в Индивидуальной карте № 57610 амбулаторного больного на имя Ч., где имеются следующие сведения, характеризующие ее аллергический статус (состояние) перед проведением исследования с применением рентгеноконтрастного препарата ультравист:

— от 18.08.2005 при обращении к отоларингологу — «в анамнезе — аллергическая реакция на домашнюю пыль, назначена консультация аллерголога, установлен диагноз «Вазомоторный аллергический ринит, обострение»;

— от 22.08.2005 при обращении к терапевту — «сохраняется кашель с трудно отделяемой мокротой, приступы затрудненного дыхания по ночам, заложенность носа, першение в горле. Дома имеет животных (собаку, кошку, морских свинок). Ранее отмечала гиперчувствительность к бытовым аллергенам (пыль)», установлен диагноз «... Бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, обострение?»;

— от 31.08.2005 при обращении к пульмонологу установлен диагноз «Бронхиальная астма, атопическая форма?». При иммунологическом обследовании в сентябре 2005 г. общий иммуноглобулин IgE составил 340 МЕ/мл (норма 100), а также выявлена сенсибилизации на перо подушки;

— от 23.09.2005 при обращении к пульмонологу установлен диагноз «Бронхиальная астма, атипическая форма, легкое течение»;

— от 23.05.2008 при обращении к терапевту установлен диагноз «...Бронхиальная астма, атопическая форма, вне обострения».

Эти сведения были известны до введения Ч. препарата ультравист.

Национальная медицинская палата приняла заявление доктора П. к рассмотрению и заключает следующее:

1. НП «Национальная медицинская палата» заключает, что судебно-медицинская экспертиза проводилась с грубыми процессуальными нарушениями.

1. Заключение эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и № 202/11 от 17.10.2010 составлены и подписаны членами комиссии по специальностям, предусмотренным Приказом МЗ и СР РФ от 23 апреля 2009 г. № 210н:

— «судебно-медицинская экспертиза»;

— «пульмонология» в отсутствие указания на наличие в комиссии эксперта по специальности «аллергология и иммунология» и эксперта по специальности «анестезиология и реаниматология».

Заключение эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и Заключение эксперта № 02/11 от 17.10.2010, выполненные в отсутствие участия в комиссии экспертов-специалистов по специальностям «аллергология и иммунология» и «анестезиология и реаниматология» является грубым нарушением требований:

1) ст. 8 «Объективность, всесторонность и полнота исследований» Закона РФ от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», которая устанавливает правило: *«Эксперт проводит исследование объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме»;*

2) ст. 16 «Обязанности эксперта» Закона РФ от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», которая обязывает эксперта *«провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам»;*

3) Приказа МЗ СССР от 09.07.91 № 182, где указано:



«3.12.1. На вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт не в праве давать ответ»;

4) п. 29 и 91 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 мая 2010 г. № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации»:

«29. В выводах, при ответах на вопросы, выходящие за пределы своих специальных познаний, эксперт отвечает мотивированным отказом.

91. При выполнении комиссионной экспертизы экспертами одной специальности каждый из них проводит исследования в полном объеме в рамках поставленного задания».

Основания незаконности Заключение эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и Заключение эксперта № 202/11 от 17.10.2010, выполненные в отсутствие участия в комиссии экспертов специалистов по специальностям аллергология и иммунология и «анестезиология и реаниматология»:

2. Приказом МЗ и СР РФ от 23.04.09 № 210н введена в действие Номенклатура специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, которой предусмотрена в качестве основной специальности «терапия», специальности «аллергология и иммунология», «пульмонология» требуют дополнительной подготовки.

Эксперт по специальности «терапия» и «пульмонология» не может давать обоснованные заключения по качеству оказания медицинской помощи, оказанной:

1) по предмету экспертной деятельности, который указан в выводах комиссии: аллергия на медикаменты, анафилактический шок, смерть от анафилактического шока, оказание медицинской помощи при анафилактическом шоке и т.д.;

2) Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 60н утверждены «Порядок оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами», «Положение об организации деятельности кабинета врача-аллерголога-иммунолога», которыми предусмотрено оказание медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами (с анафилактическим шоком, астматическим статусом, ангиоотеками в области головы и шеи и другими жизнеугрожающими острыми аллергическими заболеваниями) в том числе врачами по специальности «аллергология и иммунология». Аллерголог-иммунолог осуществляет следующие функции: «— обследование, диагностику, лечение и диспансеризацию больных с аллергическими заболеваниями и патологией иммунной системы на уровне современных достижений медицинской науки и практики;

— внедрение в практику новых современных методов диагностики, лечения и профилактики аллергических заболеваний и иммунодефицитных состояний».

3) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2001 № 113 (дата введения 01.05.2001) утвержден Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги. 91500.09.0001-2001», которым проведение простой медицинской услуги (манипуляции, процедуры) «12.06.006 Накожные исследования реакции на аллергены» отнесено к компетенции специалиста аллерголога-иммунолога;

4) «Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении», утв. заместителем министра здравоохранения и социального развития России В.И. Стародубовым 12 июля 2004 г., которой проведение комплексной услуги «03.002.04. Комплекс исследований для выявления аллергена» (включающей в себя обязательное выполнение услуг: «12.06.006.





Накожные исследования реакции на аллергены», «09.05.122. Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения») отнесено к компетенции специалиста аллерголога-иммунолога;

5) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.07.2001 № 269 (дата введения 01.09.2001) утвержден Отраслевой стандарт «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав. ОСТ 91500.09.0003-2001», которым проведение комплексной услуги «03.002.04. Комплекс исследований для выявления аллергена» (включающей в себя обязательное выполнение услуг: «12.06.006. Накожные исследования реакции на аллергены», «09.05.122. Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения») предписано осуществлять в рамках услуги «04.002.01. Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога», отнесено к компетенции специалиста аллерголога-иммунолога.

Таким образом, оценка данной деятельности подлежит исключительно при обязательном участии эксперта по специальности «аллергология и иммунология».

Эксперт по специальности «терапия» и «пульмонология» не может давать однозначные обоснованные заключения по качеству оказания медицинской помощи, оказанной по предмету экспертной деятельности, который указан в выводах комиссии: «анафилактический шок», смерть от анафилактического шока, оказание медицинской помощи при анафилактическом шоке и т.д., то есть этот предмет относится и к специальности «анестезиология и реаниматология» в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 60н, в частности, п. 2 «Порядка оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами»: «Ока-

зание скорой медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами (с анафилактическим шоком, астматическим статусом, ангиоотеками в области головы и шеи и другими жизнеугрожающими острыми аллергическими заболеваниями)», осуществляется на госпитальном этапе — врачами реанимационных отделений медицинских организаций», в связи с чем эта оценка данной деятельности подлежит исключительно при обязательном участии эксперта по специальности «анестезиология и реаниматология».

В составе комиссий экспертов отсутствовали эксперты по необходимым медицинским специальностям: «аллергология и иммунология», «анестезиология и реаниматология». Таким образом, состав комиссий судебно-медицинских экспертов не отвечает требованиям нормативных актов о квалификационных характеристиках, что является нарушением требований ст. 8 и 16 Закона РФ от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

II. НП «Национальная медицинская палата» заключает, что судебно-медицинская экспертиза проводилась с грубыми материальными нарушениями: выводы Заключения эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и Заключение эксперта № 202/11 от 17.10.2010 не соответствуют требованиям Федерального закона от 31.05.01 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»:

— ст. 4 «Принципы государственной судебно-экспертной деятельности», где указано: «Государственная судебно-экспертная деятельность основывается на принципах законности, соблюдения прав и свобод человека и гражданина, прав юридического лица, а также независимости эксперта, объективности, всесторонности и полноты исследований, проводимых с использованием современных достижений науки и техники»;



— ст. 8 «Объективность, всесторонность и полнота исследований»: *«Эксперт проводит исследования объективно, на строго научной и практической основе, в пределах соответствующей специальности, всесторонне и в полном объеме».*

Заключение эксперта должно основываться на положениях, **дающих возможность проверить обоснованность и достоверность** сделанных выводов на базе общепринятых научных и практических данных»;

— ст. 16 «Обязанности эксперта. Эксперт обязан: провести полное исследование представленных ему объектов и материалов дела, **дать обоснованное и объективное заключение по поставленным перед ним вопросам»;**

— ст. 25 «Заключение эксперта или комиссии экспертов и его содержание. В заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены: **оценка результатов исследований, обоснование** и формулировка выводов по поставленным вопросам». Представленные экспертами выводы не только не соответствуют данным требованиям, не приводят оценок результатов исследований и обоснований, допускают различное толкование, не мотивированы существующими нормативными актами, но и содержат **заведомо ложные сведения**.

1. Абсолютно безосновательными, не подтвержденными фактическими данными, в отсутствие в составе комиссии эксперта по специальности «аллергология и иммунология» являются:

— **вывод Заключения эксперта № 21/10:** ответ на вопросы: «1. Каковы причина и время смерти?», «2. Не наступила ли смерть Ч. от отравления или аллергической реакции, в том числе связанных с введением лекарственных средств?» *«Причиной смерти Ч. явился анафилактический шок на введение рентгеноконтрастного препарата ультравист-370 от 07.12.2009 (развившийся, по данным представленных медицинских документов, через 10 минут после его введения), сопровождавшийся острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, осложни-*

вшийся респираторным дистресс-синдромом, отеком легких и головного мозга»;

— **вывод (без номера) Заключения эксперта № 202/11** от 17.10.2010: *«Причиной смерти Ч. явился анафилактический шок на введение рентгеноконтрастного препарата ультравист-370 от 07.12.2009, сопровождавшийся острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, осложнившийся респираторным дистресс-синдромом, отеком легких и головного мозга».*

В отсутствие в составе комиссии эксперта по специальности «аллергология и иммунология» комиссия экспертов сделала выводы о развившемся в результате применения рентгеноконтрастного препарата ультравист-370 анафилактического шока, тогда как в действительности имело место принципиально иное состояние — «анафилактоидный шок», что подтверждается:

1.1. Нормативными актами уполномоченных органов федеральной исполнительной власти в сфере здравоохранения:

1.1.1. Протоколом ведения больных «Аллергический ринит», утв. заместителем министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубовым 28 апреля 2006 г.: «Протокол ведения больных «Аллергический ринит» разработан Институтом иммунологии ФМБА России (Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Коровкина Е.С.), Московской медицинской академией им. И.М. Сеченова (Воробьев П.А., Лукьянцева Д.В., Авксентьева М.В., Сидоренко И.В.), Санкт-Петербургским университетом им. И.П. Павлова (Емельянов А.В.), ФГУ Научно-клиническим центром оториноларингологии Росздрава (Куян С.М., Мокроносова М.А., Тарасова Г.Д.). I. Область применения: Протокол ведения больных «Аллергический ринит» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации, где указано, что **при применении рентгеноконтрастных средств развиваются псевдоаллергические проявления, то есть анафилактоидные реакции.**





1.1.2. Государственный реестр лекарственных средств Росздравнадзора (том II, часть 2, Официальное издание по состоянию на 1 января 2006 г.) указывает, что на Фармгруппу — рентгеноконтрастное средство развиваются: анафилактические реакции (зуд, кожная сыпь, крапивница, лихорадка, артралгии, шок).

1.1.3. Росздравнадзор в Государственном реестре лекарственных средств к анафилактическим реакциям относит:

— снижение АД, бронхоспазм, диспноэ, кожную сыпь, зуд, синдром «красного чело-века», связанный с высвобождением гистамина (озноб, лихорадка, учащенное сердцебие-ние, гиперемия верхней половины туловища и лица, спазм мышц грудной клетки и спины), в том числе тяжелые, вплоть до летального исхода:

— респираторный дистресс-синдром может быть проявлением анафилактической реакции, то есть то состояние, которое отме-чено у пострадавшей;

— анафилактические реакции могут возни-кать вне зависимости от дозы и способа вве-дения препарата.

1.1.4. Методическими указаниями МУ 3.3.1879-04 «3.3. Иммунопрофилактика инфек-ционных болезней. Расследование поствакци-нальных осложнений», утв. руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главным государственным санитар-ным врачом Российской Федерации 4 марта 2004 г.: «4.1. Анафилактическая реакция. Отли-чается от анафилактического шока более поздним появлением (до 2 ч.) и более медлен-ным развитием клинических симптомов. Поми-мо системных нарушений, характеризуется аллергическими проявлениями со стороны кожных покровов (распространенная крапив-ница, отек Квинке, в том числе генерализован-ный) и/или желудочно-кишечного тракта (коли-ка, рвота, диарея)».

1.2. Всеми без исключения источниками
обычаев делового оборота и обычно

предъявляемых требований в здравоохра-нении (ст. 309 ГК РФ) уствновлено: при при-менении рентгеноконтрастных средств раз-виваются псевдоаллергические проявления, то есть анафилактоидные реакции.

1.2.1. Руководство «Аллергические болез-ни: диагностика и лечение», главный редактор академик РАМН А.Г.Чучалин, М., 2000, глава 17 «Лекарственная аллергия», раздел «Рентгеноконтрастные средства (РКВ)».

«Немедленные генерализованные реакции развиваются при введении наиболее распро-страненных ионных гиперосмотических РКВ у 2–3% больных, тогда как при использовании более современных низкоосмотических средств — менее чем в 0,5% случаев. **Угро-жающие жизни анафилактоидные реакции при введении гиперосмотических РКВ воз-никают в 0,22% случаев и только в 0,04% случаев — при введении низко-осмотических РКВ.** Несомненно, низко-осмотические РКВ вызывают значительно меньше побочных реакций, однако эти ред-кие случаи могут носить выраженный харак-тер, вследствие чего фактический риск смер-тельного исхода реакций при использовании РКВ обоих классов примерно одинаков и оценивается как 0,9 на 100 000 введений препарата. В целом распространенность реакций на нейодированные и содержащие гадолиний контрастные вещества, применяе-мые в магнитно-резонансной томографии, составляет приблизительно 1–2%, а выра-женные системные анафилактоидные реак-ции встречаются с частотой 1:350 000 вну-тривенных вливаний. Эти реакции протекают без участия IgE, а активация вызвана высво-бождающими гистамин свойствами образу-ющихся под действием РКВ компонентов ком-плекса — анафилатоксинов.

Диагностические исследования. Приемле-мые тесты *in vitro* и *in vivo* для выявления лиц с потенциальным риском возникновения реакции на РКВ отсутствуют. Тяжелые и фатальные реакции возникали после введе-ния внутривенной тестовой дозы объемом



всего в 1–2 мл и развивались даже после получения отрицательного результата дозируемого теста, в связи с чем от проведения последнего отказались. Наиболее важной информацией для уменьшения вероятности повторной реакции служат анамнестические данные о предшествующей реакции на РКВ».

— «Самая частая причина анафилактоидных реакций — йодсодержащие РКВ. Генерализованные реакции немедленного па на РКВ клинически напоминают анафилаксию, но не связаны с IgE-опосредованными механизмами. Методы выявления пациентов с риском развития реакций на РКВ отсутствуют, но известно, что у пациентов с реакцией на РКВ в анамнезе риск развития шока повышен. В этом случае при жизненных показаниях для введения РКВ пациентам с реакцией на РКВ проводят профилактическую предварительную терапию».

1.2.2. Руководство «Клиническая иммунология и аллергология» (М, «Практика», 2000): «Анафилактоидные реакции сходны с анафилактическими, но развиваются без участия иммунных механизмов. Их вызывают рентгеноконтрастные средства, полимиксины, аспирин, местные анестетики и другие разные лекарственные средства. Полимиксины и рентгеноконтрастные средства при в/в введении могут напрямую стимулировать высвобождение медиаторов тучными клетками. Возможно, таким же действием обладает аспирин.

Е. Анафилактоидные реакции на рентгеноконтрастные средства. Предсказать побочные действия рентгеноконтрастных средств невозможно. Поскольку эти реакции не являются аллергическими, они часто развиваются при первом контакте с препаратом. В связи с этим выявить повышенную чувствительность к какому-либо рентгеноконтрастному средству с помощью иммунологических методов нельзя.

1.2.3. Монография «Реакции немедленного типа при анестезии», Москва: «Медицина», 1991 г.

1.2.4. Руководство для практикующих врачей «Клиническая аллергология и иммуно-

логия»/Под общей редакцией Горячкиной Л.А. и Кашкина К.П., Москва, 2009 г.

1.2.5. Монография Леви Дж. Х. «Анафилактические реакции при анестезии и интенсивной терапии», М.: «Медицина», 1990 г.

1.2.6. Справочник «Медикаментозные осложнения», СПб., 2001 г. (Змушко Е.И., Белозеров Е.С., Российская военно-медицинская академия): «На рентгеноконтрастные вещества реакция формируется не IgE-опосредованными механизмами, она связана, во-первых, с непосредственной активацией комплемента альтернативным механизмом; во-вторых, с гистаминолибераторным эффектом препаратов. Проведенная W. Shehadi (1975) оценка диагностической значимости внутрикожных и подкожных проб на чувствительность к рентгеноконтрастным веществам показала отсутствие их диагностической ценности. Псевдоаллергические реакции, клинически похожие на анафилактический шок и требующие применения таких же энергичных мер, правильнее называть анафилактоидным шоком. Хотя клиника их не отличается от истинных аллергических реакций, они различаются по механизму развития: не происходит сенсибилизации к препарату, следовательно, не будет развиваться реакция антиген-антитело, при них развивается неспецифическая либерация медиаторов типа гистамина и гистаминоподобных веществ».

1.2.7. «Клиническая аллергология» Руководство для практических врачей/Под ред. акад. РАМН, проф. Р.М. Хаитова — М.: МЕД-пресс-информ, 2002. — 624 с.

1.2.8. «Интенсивная терапия» М.Ю. Киров, В.В. Кузьков, Э.В. Недашковский и др., (2010).

1.2.9. Руководство «Лекарственная аллергия», Новиков Д.К., Сергеев Ю.В., Новиков П.Д., 2001 г.: «Кожные пробы и тест-дозы (пробное введение 1–2 мл) неэффективны в профилактике осложнений. Частыми индукторами АОШ являются некоторые лекарственные препараты, вводимые парентерально (рентгеноконтрастные препараты, декстраны, антибиотики и др.).





Вывод: если в анамнезе имеются четкие указания (или записи в истории болезни) на аллергию к препарату, то его и лекарства, имеющие перекрестно реагирующие общие детерминанты, больному вводить нельзя и ставить провокационные тесты (кожные и др.) с этим препаратом не рекомендуется.

1.2.10. «Осложнения фармакотерапии. Неблагоприятные побочные реакции лекарственных средств». Том I/Под ред. Д.В. Рейхарта — М.: Литтерра, 2007. — 256 с.

1.2.11. Лопатин-Бремзен А.С. Лекарственный шок — М.: Изд-во «Медпрактика», 2000, 196 с.: «2.1. Рентгеноконтрастные средства. На современном этапе совершенно ясно, что РКС относятся к группе препаратов, непосредственно влияющих на высвобождение гистамина. Большинство исследователей считает, что высвобождение гистамина происходит у всех больных, получающих РКС.

Прямой или непрямой кожные тесты с РКС не имеют ценности, так как происходит неспецифическое высвобождение гистамина.

Учитывая изложенные механизмы возникновения тяжелых осложнений при внутривенном введении рентгеноконтрастных средств, исследователи высказывают сомнения в целесообразности предварительного введения больным пробных доз, так как истинный анафилактический шок может возникнуть от микродозы препарата, а анафилактоидные реакции (ложная анафилаксия) обуславливаются обычно высокими дозами препарата».

1.2.12. Руководство «Доказательная аллергология-иммунология» Колхир П.В., М., 2010 г.

1.2.13. Шимановский Н.Л. Контрастные средства: руководство по рациональному применению. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 464 с.

1.2.14. Национальное руководство «Аллергология и иммунология», М., 2009 г.: «Дифференциальная диагностика. Анафилактический шок необходимо дифференцировать с системной анафилактоидной реакцией (анафилактоидный шок), которая развивается

без участия иммунных механизмов. Анафилактоидный шок может развиваться уже при первом введении лекарственных средств (йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ). «Основное условие проведения аллергологического тестирования — все тесты может проводить только аллерголог-иммунолог».

1.3. В соответствии с требованиями Приказа Минздрава СССР от 21.07.1988 № 579 (ред. от 25.12.1997) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» проведение аллергологических проб возложено на врача-аллерголога: «59. Квалификационная характеристика специалиста врача-аллерголога.

Специалист-аллерголог должен уметь выявить причину заболевания, используя методы специфической аллергологической диагностики *in vivo* и *in vitro*. Уметь клинически интерпретировать данные тесты.

4. Манипуляции:

- анализ аллергологического анамнеза;
- владеть постановкой кожных аллергических проб (прикест, капельная проба, скарификационная, внутрикожная, аппликационная пробы);

- провокационные аллергические тесты (конъюнктивальный, назальный, ингаляционный, подъязычный)».

В соответствии с требованиями Приказа Минздрава СССР от 21.07.1988 № 579 (ред. от 25.12.1997) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» пунктом 30 «Квалификационная характеристика специалиста врача-рентгенолога» проведение аллергологических проб не предусмотрена.

В соответствии с требованиями Приказа Минздрава СССР от 21.07.1988 № 579 (ред. от 25.12.1997) «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов» пунктом 15 «Квалификационная характеристика специалиста врача-уролога» проведение аллергологических проб не предусмотрена: «15. Квалификационная харак-



теристика специалиста врача-уролога. В соответствии с требованиями специальности врач-уролог должен знать и уметь: 1. Общие знания: показания и противопоказания к специальным методам исследования (рентгеноконтрастным, рентгенологическим, радиологическим, ультразвуковым и др.).

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 60н утверждены «Порядок оказания медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами», «Положение об организации деятельности кабинета врача-аллерголога-иммунолога», которыми предусмотрено оказание медицинской помощи больным с аллергическими заболеваниями и болезнями, ассоциированными с иммунодефицитами (с анафилактическим шоком, астматическим статусом, ангиоотеками в области головы и шеи и другими жизнеугрожающими острыми аллергическими заболеваниями), в том числе врачами по специальности «аллергология и иммунология». Аллерголог-иммунолог осуществляет следующие функции: «— обследование, диагностику, лечение и диспансеризацию больных с аллергическими заболеваниями и патологией иммунной системы на уровне современных достижений медицинской науки и практики;

— внедрение в практику новых современных методов диагностики, лечения и профилактики аллергических заболеваний и иммунодефицитных состояний».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.04.2001 № 113 (Дата введения 01.05.2001) утвержден «Отраслевой классификатор «Простые медицинские услуги». 91500.09.0001-2001», которым проведение простой медицинской услуги (манипуляции, процедуры) «12.06.006 Накожные исследования реакции на аллергены» отнесено к компетенции специалиста аллерголога-иммунолога.

«Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении», утв. заместителем министра

здравоохранения и социального развития России В.И. Стародубовым 12 июля 2004 г., которой проведение комплексной услуги «03.002.04 Комплекс исследований для выявления аллергена» (включающей в себя обязательное выполнение услуг: «12.06.006 Накожные исследования реакции на аллергены», «09.05.122 Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения») отнесено к компетенции специалиста аллерголога-иммунолога.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16.07.2001 № 269 (Дата введения 01.09.2001) утвержден Отраслевой стандарт «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав. ОСТ 91500.09.0003-2001», которым проведение комплексной услуги «03.002.04 Комплекс исследований для выявления аллергена» (включающей в себя обязательное выполнение услуг: «12.06.006 Накожные исследования реакции на аллергены», «09.05.122 Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения») предписано осуществлять в рамках услуги «04.002.01 Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога», отнесено к компетенции специалиста аллерголога-иммунолога.

Таким образом, проведение аллергологических проб в соответствии с действующими нормативными актами Минздравсоцразвития России отнесено исключительно к компетенции врача по специальности «аллергология и иммунология».

1.4. В материалах дела имеется инструкция по применению препарата «Ультравист», где в разделе «Особые указания»: **«НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ предварительное введение препарата для проведения теста на чувствительность, которое опасно для жизни и здоровья пациента».**

Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче





разрешений на применение новых медицинских технологий, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 июля 2007 г. № 488, в п. 1.3 устанавливает правило назначения и введения (обращения) лекарственных средств:

«1.3. Методы и средства, применяемые в новых медицинских технологиях, могут включать в себя использование лекарственных средств и изделий медицинского назначения при условии, что они зарегистрированы в установленном порядке в Российской Федерации и используются в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению. Использование в новых медицинских технологиях зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения с отклонениями от инструкций по медицинскому применению не допускается».

Таким образом, использование лекарственных средства в РФ осуществляется в строгом соответствии с инструкциями по их медицинскому применению: предварительное введение препарата «Ультравист» для проведения теста на чувствительность, которое опасно для жизни и здоровья пациента, не обосновано и, следовательно, не разрешено.

Таким образом, имеющимися нормативными актами уполномоченных органов федеральной исполнительной власти в сфере здравоохранения и всеми без исключения источниками обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении (ст. 309 ГК РФ) установлены следующие правила:

1) при применении рентгеноконтрастных средств развиваются псевдоаллергические проявления, то есть анафилактоидные реакции, которые не связаны ни с наличием, ни с формированием аллергической реакции на рентгеноконтрастные йодсодержащие препараты;

2) методы выявления пациентов с риском развития реакций на рентгеноконтрастные средства отсутствуют;

3) профилактическую предварительную терапию проводят пациентам, в анамнезе которых имелась реакция на рентгеноконтрастные средства;

4) предсказать побочные действия рентгеноконтрастных средств невозможно. Поскольку эти реакции не являются аллергическими, они часто развиваются при первом контакте с препаратом. В связи с этим выявить повышенную чувствительность к какому-либо рентгеноконтрастному средству с помощью иммунологических методов нельзя;

5) оценка диагностической значимости внутрикожных и подкожных проб на чувствительность к рентгеноконтрастным веществам показала отсутствие их диагностической ценности. При псевдоаллергических реакциях на медикаменты: специфические методы алергодиагностики не дают положительных результатов (кожные тесты, РАСТ и др.), нет необходимости избегать назначения всех препаратов, обладающих сходным фармакологическим действием независимо от их структуры с тем, на который была отмечена реакция;

6) псевдоаллергические реакции, клинически похожие на анафилактический шок и требующие применения таких же энергичных мер, правильно называть анафилактоидным шоком;

7) анафилактический шок необходимо дифференцировать с системной анафилактоидной реакцией (анафилактоидный шок), которая развивается без участия иммунных механизмов. Анафилактоидный шок может развиваться уже при первом введении лекарственных средств (йодсодержащих рентгеноконтрастных веществ);

8) проведение алергологических проб в соответствии с действующими нормативными актами Минздравсоцразвития России отнесено исключительно к компетенции врача по специальности «аллергология и иммунология».



2. Абсолютно безосновательным, противоречащим нормативным документам уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения является вывод — ответ на вопрос 4 Заключения эксперта № 21/10 в части: «*Существенное значение при этом имело то обстоятельство, что организм Чернявской Е.С. на момент введения ультравиستا характеризовался как сложный комплекс иммунного, физиологического, биохимического и патофизиологического статуса ее организма, которое и предопределило развитие у Чернявской Е.С. аллергической реакции на введение ультравиستا.*

В п. 1 Настоящего заключения указаны нормативные акты уполномоченных органов федеральной исполнительной власти в сфере здравоохранения и источники обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении (ст. 309 ГК РФ), где указано, что на введении ультравиستا в организме пациента формируется не аллергическая, а псевдоаллергическая реакция, имеющая в своей основе иные — неиммунные механизмы: гистаминлиберацию.

3. Абсолютно безосновательными, противоречащими нормативным документам уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения являются выводы:

А) Ответ на вопрос 5 Заключения эксперта № 21/10 в частях:

1) «*Аллергическое состояние Ч., развитие у нее смертельного анафилактического шока на введение ультравиستا указывают на то, что применение этого препарата в ходе проведения ей рентгеноконтрастного метода исследования было противопоказанным*»;

2) «*Возможность развития аллергической реакции (анафилактического шока) у Ч. объективно обусловлена как свойствами ультравиستا, так и особенностями ее организма (сложным комплексом иммунного, физиологического, биохимического и патофи-*

зиологического статуса ее организма), что и реализовалось в смертельном характере развития у Ч. анафилактического шока на введение этого вещества»;

3) «*Наличие особенностей организма Ч. (сложный комплекс иммунных, физиологических, биохимических и патофизиологических характеристик ее организма), определяющих ее аллергический статус, подтверждено как аллергическим анамнезом, так и последующим за введением ультравиستا фактом развития анафилактического шока*»;

4) «*Обстоятельства, перечисленные в п. 4 настоящих «Выводов», позволяют утверждать, что введение Ч. препарата ультравиستا не соответствовало состоянию здоровья пациентки Ч., то есть было ей категорически противопоказано*»;

Б) аналогичный вывод № 5 Заключения эксперта № 202/11 от 17.10.2010: «*Введение Ч. препарата ультравиستا не соответствовало состоянию здоровья Ч. и было ей категорически противопоказано*».

3.1. В п. 1. Настоящего заключения НацМедПалаты указаны нормативные акты уполномоченных органов федеральной исполнительной власти в сфере здравоохранения и источники обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении (ст. 309 ГК РФ), где указано, что на введении ультравиستا в организме пациента формируется не анафилактический шок, а анафилактоидный шок, имеющий в своей основе иные — неиммунные механизмы: гистаминлиберацию.

3.2. Комиссия экспертов СМЭ в силу п. 41 «Квалификационная характеристика специалиста врача-судебно-медицинского эксперта», утв. Приказом Минздрава СССР от 21 июля 1988 г. № 579 (в ред. Минздрава РФ от 25.12.1997 № 380): «*В соответствии с требованиями специальности врач-судебно-медицинский эксперт должен знать и уметь: 1. Общие знания: основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении и директивные документы, определяющие*





деятельность органов и учреждений здравоохранения;

— международную классификацию болезней, травм и причин смерти».

Указав, что рентгеноконтрастное исследование и препарат ультравист были пациентке **«КАТЕГОРИЧЕСКИ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ»**, комиссия экспертов превысила должностные полномочия. Эксперты СМЭ обязаны в силу п. 41 «Квалификационная характеристика судебно-медицинского эксперта» знать законы РФ, однако комиссия грубо пренебрегла этим требованием.

В соответствии с нормой ст. 27 Закона РФ от 2 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» решением уполномоченного органа федеральной исполнительной власти производится государственная регистрация лекарственного препарата. Уполномоченный орган в соответствии с нормой ч. 1 ст. 27 Закона № 61-ФЗ: «1. В срок, не превышающий пяти рабочих дней со дня получения заключений комиссии экспертов по результатам экспертизы качества лекарственного средства и экспертизы отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственного препарата, соответствующий уполномоченный федеральный орган исполнительной власти: 3) вносит при принятии решения о государственной регистрации лекарственного препарата данные: **инструкцию по применению лекарственного препарата**».

Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 июля 2007 г. № 488, в п. 1.3 устанавливает правило обращения лекарственных средств:

«1.3. Методы и **средства**, применяемые в новых медицинских технологиях, могут включать в себя использование лекарственных

средств и изделий медицинского назначения при условии, что они зарегистрированы в установленном порядке в Российской Федерации и используются **в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению**. Использование в новых медицинских технологиях зарегистрированных в Российской Федерации **лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения с отклонениями от инструкций по медицинскому применению не допускается**».

Таким образом, обращение лекарственного средства в РФ осуществляется **в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению**.

В материалах дела (№ 365961, том 2, л.д. 122) имеется инструкция по применению препарата «Ультравист», где в разделе «Противопоказания» указано: **«Абсолютных противопоказаний нет»**.

Таким образом, в соответствии с нормой ст. 30 «Внесение изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье на зарегистрированный лекарственный препарат для медицинского применения» Закона РФ № 61-ФЗ при отсутствии в инструкции по применению препарата «Ультравист» абсолютных противопоказаний к его применению никто не вправе, кроме производителя и уполномоченного органа федеральной исполнительной власти в сфере государственной регистрации лекарственных препаратов, вносить изменения в действующую инструкцию. Комиссия экспертов СМЭ 111 Главного государственного центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ узурпировала данные права и в нарушение закона и, превысив должностные полномочия и квалификационные характеристики, установила категорические, то есть абсолютные, противопоказания к применению препарата «Ультравист».

Однако комиссия экспертов должна была знать и руководствоваться Законом РФ



№ 61-ФЗ и Приказом МЗ и СР РФ от 20 июля 2007 г. № 488: в соответствии с нормой ст. 69 Закона РФ № 61-ФЗ: «Возмещение вреда, причиненного здоровью граждан вследствие применения лекарственных препаратов»: *«1. Производитель лекарственного препарата обязан возместить вред, причиненный здоровью граждан вследствие применения лекарственного препарата, если доказано, что:*

1) лекарственный препарат применялся по назначению в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и причиной вреда явился ввод в гражданский оборот недоброкачественного лекарственного препарата;

2) вред здоровью причинен вследствие недостоверной информации, содержащейся в инструкции по применению лекарственного препарата, изданной производителем лекарственного препарата».

Таким образом, указав на наличие категорических, то есть абсолютных, противопоказаний к введению препарата «Ультравист», комиссия экспертов СМЭ фактически обвинила производителя лекарственного средства «Ультравист» в **«недостоверной информации, содержащейся в инструкции по применению лекарственного препарата, изданной производителем лекарственного препарата»**. В этом случае ответственность должна быть возложена на производителя лекарственного средства «Ультравист».

3.3. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 марта 2007 г. № 376-р утвержден «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», в который включен препарат ультравист, международное непатентованное наименование — йопромид: *«XI. Диагностические средства. Рентгеноконтрастные средства: Йопромид — раствор для инъекций»*.

Таким образом, ультравист является жизненно необходимым лекарственным средством.

3.4. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20.11.2006 № 774 утвержден «Стандарт медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием почки (при оказании специализированной помощи)», которым предусмотрено введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств (йодиксанол, йогексол).

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.05.2006 № 369 утвержден «Стандарт медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием поджелудочной железы», которым предусмотрено введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств (йопромид, йодиксанол, йогексол).

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.05.2006 № 370 утвержден «Стандарт медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием печени и внутриспеченочных желчных протоков, злокачественным новообразованием желчного пузыря, злокачественным новообразованием других и неуточненных частей желчевыводящих путей, вторичным злокачественным новообразованием печени», которым предусмотрено введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств (йопромид, йодиксанол, йогексол).

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.07.2006 № 568 утвержден «Стандарт медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием влагалища», которым предусмотрено введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств (йопромид, йодиксанол, йогексол).

3.5. Приказ Минздрава РФ № 170 от 27.05.97 «О переходе органов и учреждений здравоохранения РФ на Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра» установил правомочность применения в РФ Международной статистической классификации болезней и проблем, связан-





ных со здоровьем, X пересмотра. Международная классификация болезней X пересмотра предусматривает возможность нанесения вреда здоровью пациента и приводит необходимую в такой ситуации формулировку диагноза:

«Т88.7 — патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты (аллергическая реакция, повышенная чувствительность, идиосинкразия на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство)».

Таким образом, нормативным актом органа государственного управления — Министерства здравоохранения РФ предусмотрена возможность НЕВИНОВНОГО нанесения вреда больному при выполнении терапевтических и хирургических вмешательств и формулирования соответствующего диагноза.

В таких случаях этот нормативный акт Минздрава России № 170 от 27.05.97 является основанием для возмещения вреда здоровью в гражданском порядке, предусмотренном нормой ч. 1 ст. 1095 ГК РФ: вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, рецептурных или иных (технологических) недостатков услуги, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

Подтверждение данного подхода к экспертному разрешению подтверждается нормами Приказа МЗ РСФСР от 14.04.1979 № 230 «О мерах по дальнейшему улучшению рентгенологической службы в РСФСР», которым приказано: «8. **Повысить ответственность главных врачей лечебно-профилактических учреждений и главных рентгенологов за рациональное использование рентгеновской аппаратуры, пленки, химикалий и рентгеноконтрастных веществ, обеспечение преимущества при рентгенологических исследованиях в поли-**

клиниках и стационарах, строгого контроля за обоснованностью назначения рентгенологических исследований и устранения их дублирования».

В соответствии с Приказом Минздрава РФ № 170 от 27.05.97 формулировка диагноза — «Т88.7 — патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты (на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство)» показывает, что имеется рецептурный недостаток услуги (введение йодсодержащего контрастного средства для контрастирования органов при рентгенологических исследованиях), который невозможно предугадать и предупредить.

Таким образом, в действиях врача-рентгенолога, осуществившего введение йодконтрастного препарата «Ультравист», отсутствуют признаки вины в виде неосторожности:

— **легкомыслия:** врач-рентгенолог в силу квалификационных характеристик по специальности «рентгенология» (п. 30 Приказа МЗ СССР от 21.07.88 № 579) должен был предвидеть только теоретическую возможность возникновения патологической (анафилактический шок) реакции на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство — ультравист, но в силу того, что проведение пробы на чувствительность не разрешено инструкцией по его применению и отнесено к компетенции врача-аллерголога, методы выявления пациентов с риском развития реакций на рентгеноконтрастные средства отсутствуют, профилактическая предварительная терапия пациентам, в анамнезе которых отсутствовала реакция на рентгеноконтрастные средства, не проводится, предсказать анафилактическое побочное действие рентгеноконтрастных средств невозможно, так как эти реакции не являются аллергическими и часто развиваются при первом контакте с препаратом, в связи с этим выявить повышенную чувствительность к какому-либо йодсодержащему рентгенокон-



трастному средству с помощью иммунологических методов нельзя, то врач-рентгенолог **НЕ МОГ** реально практически предвидеть возникновение анафилактической реакции и соответственно **не мог самонадеянно и легкомысленно рассчитывать на предотвращение данного последствия данного введения препарата;**

— **небрежности:** врач-рентгенолог в силу тех фактов, что проведение пробы на чувствительность не разрешено инструкцией по применению ультрависта и отнесено к компетенции врача-аллерголога, методы выявления пациентов с риском развития реакций на рентгеноконтрастные средства отсутствуют, профилактическая предварительная терапия пациентам, в анамнезе которых отсутствовала реакция на рентгеноконтрастные средства, не проводится, предсказать анафилактическое побочное действие рентгеноконтрастных средств невозможно, так как эти реакции не являются аллергическими и часто развиваются при первом контакте с препаратом, в связи с этим выявить повышенную чувствительность к какому-либо йодсодержащему рентгеноконтрастному средству с помощью иммунологических методов нельзя, то врач-рентгенолог **НЕ ДОЛЖЕН БЫЛ** (делать пробу, применять профилактику, выявлять повышенную чувствительность к препарату) и **НЕ МОГ** при должной предусмотрительности и внимательности предвидеть последствия введения (анафилактический шок) ультрависта

Таким образом, НП «Национальная медицинская палата» заключает:

1. Заключение эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и Заключение эксперта № 202/11 от 17.10.2010 не соответствуют требованиям Федерального закона от 31.05.01 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ»: состав комиссий судебно-медицинских экспертов не отвечает требованиям нормативных актов о квалификационных характеристиках, что является нарушением требований ст. 8 и 16 Закона РФ от 31 мая 2001 года № 73-ФЗ «О госу-

дарственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

2. Заключение экспертов о возникновении анафилактического шока в ответ на введение препарата «Ультравист» противоречит имеющимся нормативным актам уполномоченных органов федеральной исполнительной власти в сфере здравоохранения: Минздравсоцразвития России, Росздравнадзора, Роспотребнадзора, и источникам обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении (ст. 309 ГК РФ): при применении рентгеноконтрастных средств развиваются псевдоаллергические проявления, то есть анафилактические реакции, которые не связаны ни с наличием, ни с формированием аллергической реакции на рентгеноконтрастные йодсодержащие препараты, а имеющие в своей основе иные — неиммунный механизм — высвобождение эндогенного гистамина (гистаминлиберацию).

3. В действиях врача-рентгенолога, осуществившего введение йодконтрастного препарата «Ультравист», отсутствуют признаки вины в виде неосторожности.

4. Возникновение последствия введения йодсодержащего рентгеноконтрастного препарата «Ультравист» в форме анафилактического шока должно рассматриваться в соответствии с Приказом МЗ РФ от 27.05.97 № 170 как невиновное случайное нанесение вреда здоровью пациента: «Т88.7 — патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты (на адекватно назначенное и правильно примененное лекарственное средство)».

5. Процедура «йодсодержащего рентгеноконтрастного препарата «Ультравист» характеризуется наличием рецептурного недостатка: препарат даже при первом введении обладает внутренней способностью вызвать высвобождение эндогенного гистамина из соответствующих клеток крови, которое невозможно предугадать и предупредить.

6. В соответствии с нормой ч. 1 ст. 1095 ГК РФ вред, причиненный жизни, здоровью





или имуществу гражданина либо имуществу юридического лица вследствие конструктивных, **рецептурных** или иных недостатков услуги, подлежит возмещению лицом, оказавшим услугу, независимо от их вины и от того, состоял потерпевший с ними в договорных отношениях или нет.

7. Положение судом оспариваемых выводов Заключения эксперта № 21/10 от 30.03.2010 и Заключения эксперта № 202/11 от 17.10.2010 в основу обвинительного приговора в отношении врача-рентгенолога обяжет НП «Национальная медицинская палата» и Пироговский съезд врачей сделать официальное заключение об изначальной, всеобъемлющей и независимой от квалификации и специальности врача-рентгенолога криминальности исполнения медицинской услуги «введение йодсодержащего рентгеноконтрастного препарата «Ультравист» по признаку (составу) причинение смерти или тяжкого вреда здоровью пациента — возникновению непрогнозируемого, непредсказуемого и непревентимного анафилактического шока.

О заключении НП «Национальная медицинская палата» и Резолюции Пироговского съезда врачей о криминальности услуги «11.12.001. Катетеризация подключичной и

других центральных вен» будут проинформированы:

— врачи РФ, деятельность которых по исполнению данной услуги является потенциально преступной, так как любое введение препарата «Ультравист» в зависимости от исхода может квалифицироваться как причинение тяжкого вреда или смерти;

— Минздравсоцразвития России о необходимости исключения данного препарата из Государственного реестра лекарственных средств и здравоохранения;

— Росздравнадзор о необходимости проверки учреждений здравоохранения и прежде всего учреждений, где работают эксперты-клиницисты, принявшие участие в комиссионной СМЭ, на предмет выявления возможных случаев причинения вреда здоровью и смерти оказанием введением препарата «Ультравист»;

— Генеральную прокуратуру РФ и Следственный комитет РФ о необходимости проверки учреждений здравоохранения и прежде всего учреждений, где работают эксперты-клиницисты, принявшие участие в комиссионной СМЭ, на предмет выявления возможных случаев причинения вреда здоровью и смерти оказанием введением препарата «Ультравист».

В настоящее время доктор П. и ее адвокат знакомятся с материалами уголовного дела, которое передается в суд г. Москвы. Полагаем, что на данном этапе читатели журнала могут в рамках дискуссии привести собственные аргументы по поводу изложенных событий, приводимых документов и их трактовки.



КАЗЕННЫЕ, БЮДЖЕТНЫЕ И АВТОНОМНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ДОЛЖНЫ ОБЕСПЕЧИТЬ ОТКРЫТОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ УЧРЕДИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П И С Ь М О

от 5 марта 2012 г.

№ 12-08-05/883

Министерство финансов Российской Федерации в связи с вопросами, возникающими при реализации положений статьи 32 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» (далее — Федеральный закон № 7-ФЗ) в части размещения информации о государственных (муниципальных) учреждениях на официальном сайте в сети Интернет www.bus.gov.ru (далее — Официальный сайт), сообщает следующее.

В соответствии со статьей 32 Федерального закона № 7-ФЗ казенные, бюджетные и автономные учреждения должны обеспечить открытость и доступность учредительных документов, а также информации о планах и результатах своей деятельности. При этом какие-либо исключения в отношении учреждений, которым не утверждаются государственные (муниципальные) задания и (или) которым не предоставляются бюджетные ассигнования из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации, не установлены.

С целью выполнения требований статьи 32 Федерального закона 7-ФЗ создан Официальный сайт.

Правила предоставления и размещения информации на Официальном сайте (далее — Правила) утверждены приказом Министерства финансов Российской Федерации от 21.06.2011 № 86н.

Конструкция нормы, установленной пунктом 1 Правил, предусматривает, что на Официальном сайте подлежит размещению информация:

- о государственных (муниципальных) учреждениях (казенных, бюджетных, автономных) вне зависимости от того, утверждено им государственное (муниципальное) задание или нет, получают они бюджетные ассигнования из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации или нет;
- об обособленных структурных подразделениях государственных (муниципальных) учреждений, которым утверждено государственное (муниципальное) задание.

С целью своевременной реализации положений Федерального закона № 7-ФЗ Министерство финансов Российской Федерации просит:

- главных распорядителей бюджетных средств довести настоящее письмо до сведения подведомственных учреждений;

- высшие органы государственной власти субъектов Российской Федерации ознакомить с настоящим письмом органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие функции и полномочия учредителя государственных учреждений субъекта Российской Федерации, а также органы местного самоуправления.

Т.Г. Нестеренко



От редакции:

В конце прошлого года мы услышали обещания выделить молодым врачам, решившимся ехать на село, по 1 миллиону рублей. Не было ли это предвыборным обещанием из числа тех, что быстро забываются? Заработал ли этот механизм на практике? Сегодня мы представляем информацию по этому поводу.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРИВЛЕЧЕНИЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ В СЕЛЬСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Кадровые проблемы сельского здравоохранения общеизвестны. В.В. Путин, вышедший с инициативой поддержки молодых врачей, работающих в сельской местности, озвучил их еще раз. По информации В.В. Путина, общая кадровая потребность сельских медучреждений составляет 66 тысяч врачей. В настоящее время на селе работают 41 тысяча врачей, из которых лишь 6,5 тысячи являются молодыми специалистами.

Данные инициативы еще в прошлом году получили законодательное закрепление. Как это стало уже почти правилом в последнее время, очередные вливания в здравоохранение осуществляются через структуры обязательного медицинского страхования (что логично укладывается в концепцию одноканального финансирования).

Федеральным законом от 30.11.2011 № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» внесен целый ряд изменений в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В частности, статья 51



дополнена частями 12.1–12.5, касающимися «подъемных» в размере 1 млн. руб. на молодого сельского врача.

Они устанавливают, что в 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011–2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор.

Указанный договор должен предусматривать следующее:

а) обязанность медицинского работника работать в течение пяти лет по основному месту работы на условиях нормальной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для данной категории работников, в соответствии с трудовым договором, заключенным медицинским работником с государственным учреждением здравоохранения субъекта Российской Федерации или муниципальным учреждением здравоохранения;

б) порядок предоставления медицинскому работнику единовременной компенсационной выплаты в размере одного миллиона рублей в течение 30 дней со дня заключения договора с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации;

в) возврат медицинским работником в бюджет субъекта Российской Федерации части единовременной компенсационной выплаты в случае прекращения трудового договора с учреждением до истечения пятилетнего срока, рассчитанной с даты прекращения трудового договора, пропорционально неотработанному медицинским работником периоду. Исключение составляют случаи прекращения трудового договора по основаниям, предусмотренным пунктом 8 части первой статьи 77 (отказ работника от перевода

на другую работу, необходимого ему в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, либо отсутствие у работодателя соответствующей работы), пунктами 1, 2 и 4 части первой статьи 81 (расторжение трудового договора по инициативе работодателя: ликвидация организации; сокращение численности или штата работников организации; смена собственника имущества организации (в отношении руководителя организации, его заместителей и главного бухгалтера), пунктами 1, 2, 5, 6 и 7 части первой статьи 83 Трудового кодекса Российской Федерации (прекращение трудового договора по обстоятельствам, не зависящим от воли сторон: призыв работника на военную службу или направление его на заменяющую ее альтернативную гражданскую службу; восстановление на работе работника, ранее выполнявшего эту работу, по решению государственной инспекции труда или суда; признание работника полностью неспособным к трудовой деятельности в соответствии с медицинским заключением, выданным в порядке, установленном федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации; смерть работника либо работодателя — физического лица, а также признание судом работника либо работодателя — физического лица умершим или безвестно отсутствующим; наступление чрезвычайных обстоятельств, препятствующих продолжению трудовых отношений (военные действия, катастрофа, стихийное бедствие, крупная авария, эпидемия и другие чрезвычайные обстоятельства), если данное обстоятельство признано решением Правительства Российской Федерации или органа государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации);

г) ответственность медицинского работника за неисполнение обязанностей, предусмотренных договором с органом исполнительной





власти субъекта Российской Федерации, в том числе по возврату единовременной компенсационной выплаты в указанных выше случаях.

Финансовый механизм предоставления рассматриваемых единовременных компенсаций следующий.

В целях осуществления единовременных компенсационных выплат в 2012 году из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов предоставляются иные межбюджетные трансферты из расчета один миллион рублей на одного указанного медицинского работника.

Иные межбюджетные трансферты предоставляются из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для последующего их перечисления в течение трех рабочих дней в бюджеты субъектов Российской Федерации при условии принятия высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации нормативных правовых актов, предусматривающих:

1) предоставление медицинским работникам, имеющим высшее медицинское образование или среднее медицинское образование, работающим в сельском населенном пункте и (или) переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта, жилого помещения и (или) земельного участка для жилищного строительства, и (или) компенсации части процентной ставки по кредитам, предоставляемым на приобретение жилья, и (или) иных мер социальной поддержки;

2) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации и территориального фонда в срок до 15-го числа месяца, предшествующего месяцу, в котором осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, представить в Федеральный фонд заявки на получение иных межбюджетных трансфертов по форме, установленной Федеральным фондом;

3) установление обязанности уполномоченного органа исполнительной власти субъекта

Российской Федерации заключить в порядке, определенном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, с медицинским работником после заключения им трудового договора с государственным учреждением здравоохранения субъекта Российской Федерации либо с муниципальным учреждением здравоохранения.

Средства, поступившие в бюджет субъекта Российской Федерации от возврата части единовременной компенсационной выплаты (при возврате медицинским работником в бюджет субъекта Российской Федерации части единовременной компенсационной выплаты в случае досрочного прекращения трудового договора с учреждением), подлежат возврату в течение трех рабочих дней в бюджет территориального фонда для последующего перечисления в течение трех рабочих дней в бюджет Федерального фонда.

Предоставление предусмотренных иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов осуществляется в соответствии с заявками территориальных фондов в пределах бюджетных ассигнований, утвержденных Правительством Российской Федерации, при условии предоставления отчетности по форме и в порядке, которые установлены Федеральным фондом.

Контроль за использованием средств, предусмотренных на финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2011 г. № 2329-р утверждено распределение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях



осуществления в соответствии с частью 12.1 статьи 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2012 году. Их общая сумма составила почти 6,5 млрд. руб. (предполагается, что всего для поддержки сельских врачей потребуется около 11 миллиардов рублей).

Реализация данного механизма предъявляет достаточно серьезные требования к органам исполнительной власти субъекта Российской Федерации (предоставление жилого помещения и (или) земельного участка для жилищного строительства и т.д.).

Кроме того, кадровую проблему сельского здравоохранения не решить без целого комплекса мер, направленных на развитие села. Тем более, что через 5 лет проблема может вновь обостриться: многие молодые врачи после отработки пяти лет могут уехать из села. Нужны систематические меры.

Есть и обида со стороны тех молодых врачей, кто приехал на село в 2010 году и ранее,

а также после 2013 года — им подобных единовременных компенсаций не полагается.

Как видим, не все просто в реализации предложенных мер по улучшению кадрового обеспечения сельского здравоохранения. Но никто этого не скрывает. Министр здравоохранения и социального развития Российской Федерации Т.Голикова в интервью «Российской газете» отметила сложности реализации данной программы. Она сказала: «К слову, когда программу начинали, регионы нам говорили: вот хороший способ придумали, миллион всех привлечет, все поедут. Оказалось, всё не так просто. В декабре прошлого года предполагали, что порядка 5–6 тысяч молодых врачей заявят о переезде. Но с начала года мы перечислили пока деньги только на тысячу специалистов. Правда, постепенно программа набирает обороты. Кстати, она распространяется и на тех молодых специалистов, кто приехал на село в 2011 году».

Тем не менее, государство сделало новый серьезный шаг в поддержку здравоохранения, и это можно только приветствовать.

Здравоохранение-2012



На заседании Комитета Госдумы по охране здоровья решен вопрос о количестве подкомитетов. Их будет 5:

- по вопросам совершенствования организации здравоохранения;
- по вопросам народосбережения, демографии и охраны здоровья матери и ребенка;
- по вопросам профилактики и обеспечения здорового образа жизни;
- по вопросам обращения лекарственных средств и развития фармацевтической и медицинской промышленности;
- по вопросам науки и образования в здравоохранении.

Руководителями подкомитетов на заседании были назначены:

Разиет Натхо — подкомитет по вопросам совершенствования организации здравоохранения;

Федот Тумусов — подкомитет по вопросам обращения лекарственных средств и развития фармацевтической и медицинской промышленности;

Салия Мурзабаева — подкомитет по вопросам народосбережения, демографии и охраны здоровья матери и ребенка;

Людмила Огородова — подкомитет по вопросам науки и образования в здравоохранении;

Сергей Фургал — подкомитет по вопросам профилактики и обеспечения здорового образа жизни.

Источник: МВ



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



Часть 4 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» устанавливает: «Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, в сферах, указанных в пункте 1 настоящей статьи, для граждан и юридических лиц за плату... Бюджетное учреждение вправе осуществлять иные виды деятельности, не являющиеся основными видами деятельности, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующие указанным целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах». Как доказать, что платные (иные) виды деятельности служат достижению цели, ради которой создано учреждения?

Действительно, такие вопросы могут возникнуть. Но, во-первых, в уставах при формулировании цели деятельности организации, как правило, не указывается, в рамках какого источника осуществляется медицинская деятельность.

Во-вторых, в уставах учреждений обычно прописываются фразы примерно следующего содержания: «Учреждение для достижения основных целей, предусмотренных в уставе, может осуществлять по договорам с юридическими и физическими лицами на возмездной основе следующие виды приносящей доход деятельности...». То есть в подобных случаях собственник, утверждающий устав, заведомо подтверждает, что разрешенные виды приносящей доход деятельности (платных услуг) осуществляются для достижения основных целей, предусмотренных в уставе.

В-третьих, аргументом в пользу того, что платные услуги служат достижению целей, ради которых создано учреждение, и соответствуют этим целям, служит тот факт, что за счет доходов от платных услуг (за счет чистой прибыли) приобретаются medica-

менты, оборудование для оказания бесплатной медицинской помощи, осуществляются ремонты помещений, в которых оказывается бесплатная медицинская помощь, и т.д.



Может ли вышестоящий орган управления здравоохранением ограничивать оплату труда руководителя бюджетного учреждения за счет доходов от платных услуг? Ведь учреждения самостоятельно распоряжаются этими доходами.

В вопросах оплаты труда руководителей бюджетных учреждений органы, выступающие работодателями таких руководителей — осуществляющие функции и полномочия учредителя (им обычно как раз и являются вышестоящие органы управления здравоохранением), имеют право определять размер оплаты труда руководителя бюджетного учреждения за счет доходов от платных услуг. Абзац первый пункта 3 статьи 298 Гражданского кодекса Российской Федерации гласит: «Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимым имуществом. Остальным имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления, бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, *если иное не установлено законом*». А законом (Трудовым кодексом Российской Федерации) установлено следующее (статья 145. Оплата труда руководителей организаций, их заместителей и главных бухгалтеров): «Оплата труда руководителей организаций, их заместителей и главных бухгалтеров в организациях, финансируемых из федерального бюджета, производится в порядке и размерах, которые определяются Правительством Российской Федерации, в организациях, финансируемых из бюджета субъекта Российской Федерации, — органами государственной власти соответствующего субъекта Российской Федерации, а в организациях, финансируемых из местного бюджета, — органами местного самоуправления».

Поэтому именно орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя, определяет (согласовывает) размер оплаты труда руководителя бюджетного учреждения за счет средств, полученных от оказания платных услуг.



Подскажите, пожалуйста, на что ссылаться, говоря о том, что платные медицинские услуги учреждения должны оказывать в отдельных оборудованных кабинетах или в отдельное время? В проекте Постановления Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления...» об этом не говорится.

В прежних вариантах закона четко говорилось о специальных отделениях для оказания платных медицинских услуг. В принятом Федеральном законе Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (и в проекте Постановления Правительства Российской Федерации) об этом действительно ничего не говорится.





Указанных Вами требований не существует. Наверное, корректнее будет сказать немного по-другому: платные услуги целесообразно оказывать в специально выделенных для оказания исключительно платных услуг подразделениях и/или в специально выделенное время. Но это не является обязательным (безусловным) требованием. В ряде случаев, например, в лаборатории, когда аппаратура позволяет выполнять значительно больший объем исследований, чем поступает в рамках бюджета или обязательного медицинского страхования, можно разрешить оказывать платные услуги и в основное рабочее время (при условии, что все исследования будут выполнены в установленный срок) или во время отсутствия пациентов, желающих получить медицинскую помощь на бесплатной основе. Но при этом нужно, чтобы соблюдались два основных требования:

1. Не должны ухудшаться условия (в том числе и сроки) оказания медицинской помощи тем гражданам, которые хотят получить медицинскую помощь бесплатно.
2. Не должно быть двойной оплаты за одно и то же отработанное время (за исключением случаев более интенсивного труда, например, при выполнении дополнительных лабораторных исследований, оказываемых за счет платных услуг в основное рабочее время). Так, если врач принял меньше бесплатных пациентов, а в это время принял платных — дополнительная оплата должна учитывать недовыполнение основной нагрузки.



Может ли учреждение здравоохранения перевозить за плату пациентов на своем транспорте в случаях отсутствия для этого медицинских показаний (например, в больницу или из больницы после выписки домой)? Подлежит ли лицензированию деятельность учреждений здравоохранения по такой перевозке?

Да, подобные транспортировки могут оказываться учреждениями здравоохранения за плату при условии, что такая деятельность закреплена их учредительными документами. Часть 1 статьи 84 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает, что 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.*

В соответствии с пунктом 24 части 1 статьи 12 Федерального закона Российской Федерации от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» подлежит лицензированию только деятельность по перевозкам пассажиров автомобильным транспортом, оборудованным для перевозок более восьми человек (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется по заказам либо для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя). Учреждения здравоохранения для перевозок пациентов обычно используют легковые автомобили. Но даже если речь идет о микроавтобусах, имеющих более восьми посадочных мест, эта услуга подпадает под понятие «перевозка пассажиров автомобильным транспортом...по заказам» (в отличие, например, от маршрутного такси). Поэтому в подобных случаях получать лицензию не требуется.



К 2018 ГОДУ ЗАРПЛАТА ВРАЧЕЙ В 2 РАЗА ПРЕВЫСИТ СРЕДНЮЮ ПО РЕГИОНАМ РОССИИ

16 февраля на расширенной коллегии Минздравсоцразвития России Премьер-министр Владимир Путин заявил, что к 2018 году зарплата врачей в 2 раза превысит среднюю по регионам России. В профсоюзе работников здравоохранения РФ надеются, что эта инициатива станет первым шагом к государственной стратегии планирования в здравоохранении.

Как заметила Тамара Гончарова, секретарь — заведующая отделом экономической работы и оплаты труда профсоюза, «сейчас средняя зарплата по России составляет около 25 тыс. руб., оплата труда медиков — 72% от этой суммы. Если планы Премьер-министра реализуются, это будет первый случай, когда зарплата медработников превысит среднестатистическую по региону. Мы знаем, как высоко оплачивается труд наших коллег за границей, это несравнимо с зарплатами российских медиков, но все же инициатива Премьер-министра радует и вселяет надежду», — сказала Тамара Гончарова. Именно на оплату труда врачей Правительство должно найти деньги в первую очередь, если речь идет о финансировании здравоохранения, считает эксперт.

Сегодня никто во властных структурах не знает точно, сколько денег требуется для развития здравоохранения, — нет точных цифр, стандартов, объясняет представитель профсоюза. «Никто не может дать конкретный ответ, сколько должен получать врач-специалист, окончивший вуз, отучившийся в ординатуре, регулярно подтверждающий свою квалификацию, ведь требования к врачам становятся все строже», — поясняет эксперт. Нужна методика оценки стоимости труда врачей, младшего медперсонала, считает Тамара Гончарова, и решение к 2018 году поднять их зарплату до уровня, вдвое превышающего средний по региону, может стать началом серьезной работы в этом направлении.

Источник: МВ

СПЕЦИАЛИСТЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА ДОЛЖНЫ ПРЕКРАЩАТЬ ПОЛНОМОЧИЯ РЕГИОНА ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЛЬГОТНИКОВ, ЕСЛИ ТАМ НЕ СПРАВЛЯЮТСЯ С ЭТОЙ РАБОТОЙ

Такое требование высказала министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Голикова, выступая 12 марта на расширенном заседании коллегии Росздравнадзора. Пока структуры Росздравнадзора не использовали право внесения предложения в Правительство РФ по изъятию полномочий у региональных властей по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности, а также лекарственного обеспечения федеральных льготников, несмотря на выявленные факты неоднократного нарушения законодательства.

«Если для реализации этой нормы закона нужно принять дополнительный регламент, то это нужно сделать», — сказала Татьяна Голикова. Она попросила главу Росздравнадзора Елену Тельнову представить изменения в нормативно-правовую базу, «если это потребуется».

По словам главы ведомства, ряд регионов страны не располагает достоверной информацией о количестве региональных льготников.





«Это значит, что регионы не ведут регистры больных. А это говорит о том, что в рамках своих контрольно-надзорных мероприятий вы не обращаете на это надлежащего внимания», — сказала Татьяна Голикова.

Министр попросила уделить особое внимание тому, что региональные власти, нарушая законодательство, принимают ограничительные списки к федеральному перечню ЖНВЛП.

«Это существенно ограничивает права пациентов, с одной стороны, а с другой стороны, приводит к ограничению конкуренции на территории соответствующего региона страны», — подчеркнула Татьяна Голикова.

В ходе выступления министр сообщила, что со вступлением в силу закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Росздравнадзор будет наделен дополнительными полномочиями. Перечень этих полномочий будет согласован в Правительстве РФ в ближайшее время.

По словам Татьяны Голиковой, предполагается наделить Росздравнадзор следующими полномочиями:

- проведение органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими и фармацевтическими организациями проверок соблюдения прав граждан в сфере здоровья;

- проведение проверок соблюдения медицинскими организациями стандартов оказания медицинской помощи и порядков проведения медицинских экспертиз, осмотров, освидетельствований;

- проведение проверок соблюдения медицинскими организациями требований по безопасному применению, эксплуатации медицинских изделий, их утилизации и уничтожению;

- проведение проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптек ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;

- проведение проверок организаций, осуществление ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

- организация осуществления контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями, и широкий спектр полномочий в части обращений медицинских изделий.

Источник: <http://www.medvestnik.ru/>

ИНФОРМАЦИЮ О РАБОТЕ БОЛЬНИЦ МОЖНО БУДЕТ ПОЛУЧИТЬ В ИНТЕРНЕТЕ

Министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Голикова предложила сделать информацию об оценке работы главврачей общедоступной. «Самое главное, чтобы она была публичной не только для тех, кто их назначает, но и для всех пациентов», — подчеркнула глава Министерства.

Начиная с этого года, у всех лечебных учреждений появятся собственные сайты, рассказала министр здравоохранения и социального развития. Чтобы выбрать нужного специалиста, пациент сможет узнать всю необходимую информацию о врачах на Интернет-ресурсе больницы. О квалификации медика позволит судить опыт работы, специализация, дополнительное образование и курсы переподготовки. По мнению Татьяны Голиковой, уже через год на основании данных,



сколько пациентов отказалось лечиться у врача, сколько осталось, а также учитывая отзывы больных, можно будет составить первое впечатление о профессионализме медработника.

В ближайшем будущем станет значительно проще попасть на прием к специалисту, уверена министр. По словам Татьяны Голиковой, «решать проблему очередей и сложностей с «попаданием» на прием можно не только изменением графика работы лечебных учреждений». Записаться к врачу и получить направление на анализы пациент сможет на сайте больницы.

Как пояснили в пресс-службе в Минздравсоцразвития России, сведения об эффективности работы главврачей скорее всего будут опубликованы в Интернете — на сайтах территориальных органов ФФОМС, страховых компаний, региональных министерств. Насколько эта информация, предназначенная для пациентов, будет отличаться от публикуемой сейчас на сайте Минздравсоцразвития России и доступной лишь руководителям, пока неизвестно.

Электронная запись в специалисту, конечно же, не поможет абсолютно избавиться от очередей в больницах, уточнили в пресс-службе Министерства. Значительную часть пациентов поликлиник составляют пожилые люди, не использующие в обыденной жизни электронные сервисы, поэтому можно предположить, что они не будут пользоваться и сайтами медучреждений. Исключение могут составить те, кому записаться на прием к врачу через Интернет помогут внуки. Тем не менее, подчеркнули в Министерстве, при сосуществовании традиционной (с посещением поликлиники) и электронной форм записи к врачу очереди в медучреждениях значительно сократятся.

Источник: Российская газета

В 2012 ГОДУ ГОСДУМА РАССМОТРИТ 12 ЗАКОНОПРОЕКТОВ, ИНИЦИИРОВАННЫХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РФ

Об этом Татьяна Голикова сообщила на встрече представителей Минздравсоцразвития РФ и Комитета Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам инвалидов. «На этот год у нас в плане 12 законопроектов, — проинформировала глава Минздравсоцразвития России. — В том числе один из самых крупных — закон «О донорстве крови и ее компонентов», который полностью меняет законодательство в этой области». Глава ведомства также назвала другие законопроекты, которые планируется внести в Думу в этом году. Это законы: «О защите населения от последствий потребления табака», «Об основах социального обслуживания населения», а также о внесении изменений в ФЗ «О государственной социальной помощи».

Министр также отметила проведенную работу по подготовке к ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов. «В марте законопроект поступит в Госдуму. Общество людей с ограниченными возможностями давно ждет его», — отметила министр. Татьяна Голикова добавила, что ратификация документа потребует внесения изменений в российское законодательство. Через два года Российская Федерация должна будет отчитаться перед международным сообществом о том, как реализуются положения конвенции.

В ходе разговора министр ответила на вопросы представителей Госдумы о социальной поддержке инвалидов, ветеранов, профессиональной ответственности медицинских работников, системе медико-социальной экспертизы, методике расчета потребительской корзины, оказании медпомощи на селе. «У нас есть стратегия по данному вопросу. В программах модернизации здравоохранения предусмотрены разделы по развитию здравоохранения в сельской





местности. Федеральным медикам компенсируются затраты на оплату коммунальных услуг, а также Фонд обязательного медицинского страхования выделяет по 1 млн. рублей подъемных молодым специалистам, желающим переехать в село», — отметила Татьяна Голикова.

Однако, по словам министра, регионы пассивны в решении этой задачи, поскольку пока поступила тысяча заявок, тогда как существует финансовая возможность оказать поддержку 11 тысячам специалистов, сообщает пресс-служба Минздравсоцразвития России.

Источник: Российская газета

С 2007 ПО 2011 Г. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В РОССИИ ВЫРОСЛА ПОЧТИ НА 4 ГОДА

По предварительной оценке Росстата, в 2011 г. средняя продолжительность жизни по России составила 70,3 года (мужская — 64,3, женская — 76,1), тогда как в 2007 году она была всего 67,5 года (мужская — 61,4, женская — 73,9).

По планам Концепции демографической политики России, повышение продолжительности жизни до 70 лет должно было произойти только к 2015 г.

В Минздравсоцразвития России считают, что это результат системного развития социальной сферы, качественных изменений в организации медицинской помощи, работы по развитию культуры здорового образа жизни. На 16,4% (с 2303,9 тыс. человек в 2006 году до 1925,1 тыс. человек в 2011 году.) снизилось число умерших, в том числе и от внешних причин: ДТП, отравления алкоголем, самоубийств.

Такое резкое снижение смертности и одновременно повышение рождаемости привели к тому, что в России убыль населения сократилась в 5,2 раза (с 687,1 тыс. человек в 2006 г. до 131,2 тыс. человек в 2011 г.). А в августе и сентябре 2011 г. впервые после 1991 г. был зафиксирован естественный прирост населения: в августе — на 10,7 тыс. человек, в сентябре — на 4,2 тыс. человек.

Чтобы добиться таких результатов в здравоохранении, основной акцент был сделан на снижение смертности от управляемых причин, в первую очередь от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травм в результате дорожно-транспортных происшествий.

В сфере профилактики и формирования здорового образа жизни с 2009 г. ведутся активная кампания социальной рекламы и разъяснительная работа с гражданами России, направленная на то, чтобы здоровье стало одной из основных общественных ценностей.

В 2010 г. консультации в Центрах здоровья получили 2364,4 тыс. человек, в 2011 г. — 3882,2 тыс. человек. Более чем у 2/3 граждан, посетивших Центры, выявлены факторы риска развития заболеваний. Почти 40% были направлены на дальнейшее обследование и лечение. Это помогло предотвратить развитие заболеваний и возможного дальнейшего их перехода в хронические болезни, потерю трудоспособности и сокращение жизни.

Источник: МВ



СИСТЕМЫ ОТКРЫТЫХ ЗНАНИЙ. БЕСПЛАТНЫЙ ON-LINE-КУРС ОБУЧЕНИЯ В МАССАЧУСЕТСКОМ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ



В 2002 году Массачусетский технологический институт (MIT) инициировал проект OpenCourseWare «Системы открытых знаний», цель которого — распространение знаний. Теперь любой заинтересованный человек может получить учебные программы, конспекты лекций, экзаменационные вопросы и ответы, а в некоторых случаях даже видеозаписи лекций MIT в свободном on-line-доступе. Адрес ресурса: <http://ocw.mit.edu/courses/health-sciences-and-technology/>.

OpenCourseWare (OCW) — это часть многолетнего проекта MIT по выработке унифицированного подхода к онлайн-публикации своих курсов. Проект зародился в то время, когда набирали силу два родственных Интернет-движения — дистанционное обучение и программное обеспечение с открытым исходным кодом. MIT проводит параллель с моделью open-source, при которой исходный код ПО — как созданного энтузиастами, так и корпоративного — публикуется, разрабатывается и лицензируется бесплатно. По словам представителя MIT Джона Пола Поттса (Jon Paul Potts), проект направлен на борьбу с коммерциализацией знаний точно так же, как участники проектов open-source борются с коммерциализацией программного обеспечения.





Университет не возражает против использования его материалов другими учебными заведениями и преподавателями и, хотя курсы планируется публиковать только на английском, MIT поощряет их перевод на другие языки. Так, материалы лекций уже переведены на испанский, португальский, китайский, французский, немецкий, вьетнамский и украинский языки.

Однако, как и в проектах open-source, MIT все-таки налагает некоторые ограничения на способ использования его материалов. Например, информацию нельзя изменять и продавать.

В 2002 году было опубликовано 50 курсов для студентов и аспирантов, а в 2010 г. на сайте OpenCourseWare можно было изучить уже 2000 курсов по 33 академическим дисциплинам. В 2011 году OCW LectureHall стал доступен через iPhone. Команда OpenCourseWare планирует регулярно обновлять существующие курсы, добавляя новое содержание и услуги на сайте.

Уже в первый год за информацией, за которую очные студенты MIT платят по 26 960\$ в год, обратились свыше 130 тыс. посетителей веб-сайта со всего мира, а в 2010 году посещаемость сайта достигла 100 миллионов. Общая стоимость опубликованных он-лайн учебных материалов оценивается в 107 840\$.

Университет отказался от выдачи своих дипломов по аналогичной бесплатной схеме, мотивируя это тем, что материалы его онлайн-курсов не способны заменить очного обучения в MIT. Также не планируется создание никаких онлайн-учебных групп. «Мы всегда говорили, что ни в коем случае ни в какой форме не пытаемся подменить учебу в MIT. Учеба в MIT — это занятия в аудиториях и общение студентов с преподавателями, и ее нельзя сравнивать с простым чтением веб-страниц или загруженных материалов и даже с просмотром видеозаписей лекций». Однако, такой подход не мешает студентам MIT получать все большую часть своего образования, оставаясь в собственной комнате, вме-

сто того, чтобы посещать лекции. «Я замечая, что студентов на моих лекциях становится все меньше, — говорит профессор MIT Джилберт Стрэнг (Gilbert Strang), который опубликовал в он-лайне свои лекции в видеоформате. — Они осознают, что могут получить их в он-лайне посреди ночи, когда удобно им, а не днем, когда удобно мне. Я бы предпочел, чтобы они ходили на настоящие лекции, так как я вкладываю в них много сил, но, если им больше нравится видео, пусть будет так».

Президент MIT Чарльз Вест (Charles Vest) называет «Системы открытых знаний» веянием будущего академической науки. «Компьютерная индустрия в муках осознала, что системы закрытого программного обеспечения... не отвечают требованиям того мира, который она сама создала, — сказал он. — Высшее образование должно извлечь из этого урок. Нам нужно создать системы открытых знаний как новую структуру преподавания и обучения».

Направление по науке и технологиям в здравоохранении курирует отделение The Harvard-MIT Division of Health Sciences and Technology (HST)

В HST работают более 60 штатных преподавателей из Массачусетского технологического института, Гарвардской медицинской школы, Гарвардского университета, а также из бостонских клиник и научно-исследовательских центров. Цель этого уникального сотрудничества — интеграция науки, медицины и технических разработок для решения проблем здоровья человека, воспитание нового поколения врачей, ученых и инженеров, генерация знаний и создание экономически эффективных профилактических, диагностических и терапевтических инноваций.

Исследования и преподавание The Harvard-MIT Division of Health Sciences and Technology ведется в трех приоритетных областях:

- биомедицинская визуализация,
- биомедицинская информатика и интегративная биология,
- регенеративные и функциональные биомедицинские технологии.



На сайте OpenCourseWare в настоящее время опубликованы следующие курсы по здравоохранению для студентов и аспирантов.

Курсы для студентов

Course #	Course Title	Term
HST.184	Health Information Systems to Improve Quality of Care in Resource-Poor Settings	Spring 2011
HST.410J	Projects in Microscale Engineering for the Life Sciences	Spring 2007
HST.422J	A Clinical Approach to the Human Brain	Fall 2006
HST.508	Genomics and Computational Biology	Fall 2002
HST.541J	Quantitative Physiology: Cells and Tissues	Fall 2004
HST.542J	Quantitative Physiology: Organ Transport Systems	Spring 2004
HST.939	Designing and Sustaining Technology Innovation for Global Health Practice	Spring 2008

Курсы для аспирантов

Course #	Course Title	Term
HST.021	Musculoskeletal Pathophysiology	January IAP 2006
HST.035	Principle and Practice of Human Pathology	Spring 2003
HST.071	Human Reproductive Biology	Fall 2005
HST.121	Gastroenterology	Fall 2005
HST.131	Introduction to Neuroscience	Fall 2005
HST.151	Principles of Pharmacology	Spring 2005
HST.161	Molecular Biology and Genetics in Modern Medicine	Fall 2007
HST.176	Cellular and Molecular Immunology	Fall 2005
HST.184	Health Information Systems to Improve Quality of Care in Resource-Poor Settings	Spring 2011
HST.452J	Statistical Physics in Biology	Spring 2005
HST.502	Biomedical Engineering Seminar Series: Topics in Medical Ethics and Responsible Conduct in Research	Fall 2005
HST.502	Survival Skills for Researchers: The Responsible Conduct of Research	Spring 2003
HST.508	Quantitative Genomics	Fall 2005
HST.508	Genomics and Computational Biology	Fall 2002
HST.510	Genomics, Computing, Economics, and Society	Fall 2005
HST.512	Genomic Medicine	Spring 2004
HST.515J	Aerospace Biomedical and Life Support Engineering	Spring 2006
HST.522J	Biomaterials-Tissue Interactions	Fall 2009
HST.523J	Cell-Matrix Mechanics	Spring 2004
HST.524J	Design of Medical Devices and Implants	Spring 2006
HST.525J	Tumor Pathophysiology and Transport Phenomena	Fall 2005
HST.535	Principles and Practice of Tissue Engineering	Fall 2004
HST.544J	Fields, Forces, and Flows in Biological Systems (BE.430J)	Fall 2004
HST.560J	Principles of Radiation Interactions	Fall 2004
HST.561J	Noninvasive Imaging in Biology and Medicine	Fall 2005
HST.582J	Biomedical Signal and Image Processing	Spring 2007





Course #	Course Title	Term
HST.583	Functional Magnetic Resonance Imaging: Data Acquisition and Analysis	Fall 2008
HST.584J	Magnetic Resonance Analytic, Biochemical, and Imaging Techniques	Spring 2006
HST.590	Biomedical Engineering Seminar Series: Developing Professional Skills	Fall 2006
HST.590	Biomedical Engineering Seminar Series: Topics in Medical Ethics and Responsible Conduct in Research	Fall 2005
HST.710J	Speech Communication	Spring 2004
HST.712J	Laboratory on the Physiology, Acoustics, and Perception of Speech	Fall 2005
HST.714J	Acoustics of Speech and Hearing	Fall 2004
HST.720	Physiology of the Ear	Fall 2004
HST.721	The Peripheral Auditory System	Fall 2005
HST.722J	Brain Mechanisms for Hearing and Speech	Fall 2005
HST.723J	Neural Coding and Perception of Sound	Spring 2005
HST.725	Music Perception and Cognition	Spring 2009
HST.727J	The Lexicon and Its Features	Spring 2007
HST.730	Molecular Biology for the Auditory System	Fall 2002
HST.750	Modeling Issues in Speech and Hearing	Spring 2006
HST.920J	Principles and Practice of Drug Development	Fall 2005
HST.921	Information Technology in the Health Care System of the Future	Spring 2009
HST.922	Information Technology in the Health Care System of the Future	Spring 2009
HST.926J	Seminar on Health Care Systems Innovation	Fall 2010
HST.930J	Social Studies of Bioscience and Biotech	Fall 2005
HST.934J	Introduction to Global Medicine: Bioscience, Technologies, Disparities, Strategies	Spring 2010
HST.935	Narrative Ethics: Literary Texts and Moral Issues in Medicine	January IAP 2007
HST.939	Designing and Sustaining Technology Innovation for Global Health Practice	Spring 2008
HST.947	Medical Artificial Intelligence	Spring 2005
HST.949J	Computational Evolutionary Biology	Fall 2005
HST.950J	Biomedical Computing	Fall 2010
HST.950J	Medical Computing	Spring 2003
HST.951J	Medical Decision Support	Fall 2005
HST.951J	Medical Decision Support	Spring 2003
HST.952	Computing for Biomedical Scientists	Fall 2002
HST.958J	Biomedical Information Technology	Fall 2008

Подготовлено с использованием материалов публикации Пола Феста

«Пройдите бесплатный курс обучения в MIT»

<http://hrm.ru/db/hrm/1F536968D3911FF9C3256C5500233569/category.html>



ЧИП-ИМПЛАНТАТ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ ВПЕРВЫЕ ИСПЫТАН НА ЛЮДЯХ

Американские ученые провели успешные клинические тесты прибора, который вводит в организм пациента нужные препараты по заранее составленной программе или по радиосигналу извне. Экспериментальный «беспроводный прибор с микрочипом для поставки лекарств» (Wireless Microchip Drug Delivery Device) — детище группы ученых из Массачусетского технологического института и созданной ими компании MicroCHIPS.

→ **Корпус имплантата выполнен из биосовместимых материалов. Его размеры составляют 3х5х1 сантиметр.**

Запрограммированный и заправленный лекарствами аппарат имплантируется под кожу владельца на выбранном участке (в данных тестах — в районе талии) под местным наркозом. Операция занимает менее 30 минут. По габаритам прибор не намного крупнее флэшки. От его присутствия в теле пациента не должно быть особого дискомфорта.

В центре прибора расположен собственно чип с лекарствами. Они размещены в 20 микроскопических ампулах, покрытых очень тонкой мембраной из платины и титана. Их абсолютная герметичность гарантирует сохранность даже сравнительно нестойкого препарата в течение большого срока.

Когда электроника подает на ампулы слабый ток, их металлическая стенка всего за 25 микросекунд плавится и лекарство выпускается в организм. Оно тут же всасывается капиллярами, окружающими имплантат.

Преимущества у такой технологии поставки лекарств несколько.

- **Во-первых,** какое-то время пациенту не нужно посещать доктора или медсестру либо делать подкожные инъекции самому. А это важно, если курс лечения подразумевает ежедневный прием препарата или, допустим, через день.

Тем более, что 20 доз — это только начало, ученые уже работают над версией прибора, которая будет содержать 400 доз. Их должно хватить на год с лишним даже при ежедневном срабатывании, а при более редком «расписании» — и на несколько лет.

- **Во-вторых,** чип не пропустит укол по забывчивости или из-за нехватки времени.
- **В-третьих,** чип каждый раз выдает очень точно дозированную порцию препарата, точнее, чем с любым шприцем.
- **В-четвертых,** чип может содержать несколько разных лекарств и выпускать их в сложной последовательности либо по заранее составленному плану, либо даже по командам извне.

«Вы можете буквально получить целую аптеку на чипе, — говорит один из авторов проекта Роберт Лангер (Robert Langer), лауреат премии Millennium Technology Prize 2008. — Появляется возможность удаленно контролировать доставку лекарств, можно сделать пульсирующий впрыск, осуществима поставка пациенту несколько препаратов».

С внешним миром имплантат общается по двухстороннему радиоканалу на частоте стандарта *Medical Implant Communication Service (MICS)*.





→ Текущая версия срабатывает на расстоянии нескольких сантиметров от передатчика, но создатели прибора планируют расширить этот диапазон.

→ Сам передатчик, «разговаривающий» с вживленным чипом, подключен к компьютеру. Врач может удаленно программировать работу имплантата, менять план лечения прямо на ходу, а также отслеживать выполнение поставленной задачи.

Первые клинические испытания прибора стартовали в Дании в январе 2011 года. Устройства имплантировали восьми женщинам в возрасте от 65 до 70 лет, страдавшим остеопорозом. Их имплантаты MicroCHIPS содержали гормон терипаратид — лекарство, необходимое для противодействия потере костной ткани.

Приборы были запрограммированы на выпуск до 20 доз препарата, по одной в день. Ученые отслеживали фармакокинетику вещества, показав, что она более стабильная и равномерная, чем в случае обычных ежедневных уколов (сказалась пунктуальность электроники).

Также оценивалась и фармакодинамика — фактическое действие лекарства по защите костей. Качественно и количественно она оказалась идентична традиционным подкожным инъекциям терипаратида.

Только один небольшой момент чуть омрачил этот успех: один из восьми приборов отказал (трудно в этом винить разработчиков — все же перед нами лишь экспериментальные экземпляры новой техники). Но зато остальные семь устройств прекрасно справились с заданием.

Приборы MicroCHIPS оставались в теле пациентов в течение четырех месяцев. Медики не выявили никаких нежелательных реакций ни на имплантат, ни на выпускаемый им препарат.

→ Сами волонтеры отметили, что устройство MicroCHIPS не повлияло на качество их жизни, более того, они нередко вообще забывали о нем (подробности этих испытаний можно найти в статье в *Science Translational Medicine*).

Идея чипа-имплантата для запрограммированного выпуска лекарств пришла в голову Лангеру и его коллеге Майклу Симе около 15 лет назад. Они начали разработку прибора, скопировавшись с Джоном Сантини (John Santini), тогда еще студентом.

Десять лет назад эта работа вылилась в построение ранних прототипов MicroCHIPS, испытанных на животных, а также в открытие одноименной компании, в руководство которой вошли Сима и Лангер. Теперь же ученые добрались до испытаний прибора на больных.

Параллельно авторы устройства разработали аналогичный имплантат, контролирующий уровень глюкозы в крови.

→ В перспективе подобные чипы можно будет совместить в одном корпусе. Тогда вживленный аппарат сможет сам менять программу выпуска лекарств в зависимости от состояния подопечного.

По мнению создателей имплантата MicroCHIPS, он должен помочь вступить в новую эру телемедицины. «На данный момент медики использовали этот имплантат для лечения остеопороза, — объясняет Лангер, — однако есть много других возможных применений: вакцинации, лечение рассеянного склероза и рака, подавление хронических болей».

В дальнейших планах команды Роберта — постройка новых моделей и дальнейшие тесты на людях. Выход серийной версии прибора на рынок ожидается лет через пять.

Источник: *membrana.ru*



НА РЫНОК ВЫХОДИТ ДЕШИФРАТОР ДНК В ВИДЕ USB-ФЛЭШКИ

Великобритании создан *самый крошечный автоматический расшифровщик генома в мире*. Он появится на прилавках уже в нынешнем году, причем с довольно привлекательным ценником. А компанию ему составит не менее интересный *ДНК-анализатор*, заключенный в сервере.

Компания Oxford Nanopore Technologies представила миниатюрный одноразовый определитель последовательности оснований в молекуле ДНК — MinION.

Полностью автономный прибор, по размеру чуть крупнее памяти-флэшки, подключается к USB-порту ноутбука или ПК. Он содержит все элементы, необходимые для полного секвенирования генома: микропоточковые системы, уникальный сенсор и специализированную электронику.

➔ *Аппарат производит прямое считывание «букв» ДНК и в реальном времени отражает их на экране, а также записывает в память компьютера.*

Исследователи могут заранее определить, какой объем информации им нужен для целей того или иного опыта или какой фрагмент генетического кода они ищут, и прекратить расшифровку сразу по достижении результата, чтобы быстро перейти к новому эксперименту.

➔ *Подготовка образцов для системы MinION тоже не требует больших усилий. Прибор работает с двухцепочечной ДНК, причем ему не требуется предварительная амплификация.*

В некоторых случаях сенсор может выделить молекулу сразу же из пробы крови или слюны, а иногда может понадобиться небольшая предварительная обработка смеси.

➔ *Еще интереснее, что прибор MinION является побочным проектом, родившимся при создании более крупной и мощной многократной системы секвенирования — GridION. Обе используют одну технологию расшифровки генома, над которой группа биохимиков из Британии и США работала около 20 лет (считая от появления голей идеи).*

В основе механизма лежит *полимерная мембрана со встроенными нанопорами*. Эта часть прибора получена комбинацией натуральных (белки) и синтетических молекул.

Подключенная к поре электронная схема фиксирует электрические колебания. По их специфическому профилю аппарат вычисляет каждую прошедшую базовую пару, причем с высокой точностью даже для очень длинных фрагментов «молекулы жизни».

В отличие от своего крохотного собрата, система GridION представляет собой нечто вроде комплекса серверов-дешифраторов (компания называет их узлами — GridION node).

Каждый такой узел имеет слот для одноразового картриджа. Последний содержит весь набор реагентов, необходимых для полного анализа ДНК, и собственно чип-анализатор с двумя тысячами описанных выше нанопор.

Узел GridION node с высокой точностью измеряет ионные токи внутри чипа, расшифровывает их и выводит на дисплей результат секвенирования. Параллельно последовательность генетического кода записывается на внешний жесткий диск или другой компьютер (через USB или Сеть).





→ *За сутки один GridION node способен выдать десятки гигабайт данных по последовательности оснований в изученных ДНК.*

→ Хотя «сервер» GridION node способен работать как самостоятельное настольное оборудование, наиболее впечатляющий результат достигается, когда несколько таких аппаратов объединяются в серверную стойку (стандартной ширины 19 дюймов) и действуют согласованно, обмениваясь данными прямо в ходе декодирования.

В 2013 году должна выйти версия GridION node уже на 8000 нанопор, и она должна работать быстрее предшествующей модели.

→ *По информации разработчиков, 20 таких машин в одной серверной стойке смогут декодировать весь геном того или иного человека всего за 15 минут.*

Оба аппарата, и GridION (в первой версии), и поразительный MinION, намечено выпустить на рынок в 2012 году. Изготовитель намерен установить конкурентоспособные цены в сравнении с самыми последними технологиями скоростной расшифровки генома.

В частности, «секвенсор ДНК — флэшка» будет стоить менее \$900, передает Technology Review.

Тут нужно вспомнить, что чуть больше года назад американская компания Life Technologies представила настольный персональный расшифровщик генома Personal Genome Machine, стоящий менее \$100 тысяч.

Принцип, примененный в нем, отличается от технологии GridION, но есть и общая черта: для автоматизированного секвенирования ученые тоже разработали микрочип, сочетающий в себе электронику с химией.

В январе 2012 года Life Technologies (вернее, ее дочерняя фирма Ion Torrent) показала свою новую модель дешифратора генома под названием Ion Proton. Эта машина оценена уже в \$149 тысяч, но зато чип-анализатор, скрывающийся внутри, в 1000 раз более мощный, чем прежний образец.

Все упомянутые аппараты должны устранить, как говорят ученые, одно из узких мест в целом ряде биологических и медицинских исследований — *медленное декодирование генома*.

Теперь такую задачу могут брать на себя сравнительно мелкие лаборатории, а в случае с расшифровщиком-флэшкой можно сказать, что технология декодирования ДНК находится на пороге того, чтобы прийти чуть ли не в каждый дом, подобно тому, как сейчас люди самостоятельно анализируют содержание сахара в крови.

Источник: membrana.ru



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

УВЕЛИЧЕНО ФИНАНСИРОВАНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОЙ ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ И БОРЬБЕ С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2011 г. № 1167 «О внесении изменений в федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)»

Вносятся изменения в федеральную целевую программу (ФЦП) «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)».

Ее финансирование за счет федерального бюджета увеличивается на 441,9826 млн. руб.

В новой редакции излагается список объектов, финансируемых за счет федерального бюджета в рамках ФЦП. Также пересмотрены перечни мероприятий по подпрограммам.

Уточняются правила, в соответствии с которыми регионам выделяются субсидии на софинансирование мероприятий по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи.

Определены критерии, которым должны отвечать получатели ассигнований. В частности, в субъекте РФ должны иметься государственные и муниципальные учреждения, оказывающие специализированную медицинскую помощь при сахарном диабете, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, вирусных гепатитах, психических расстройствах, артериальной гипертензии, ВИЧ-инфекции, а также при онкозаболеваниях. Получатель обязуется обеспечить, чтобы значения целевых показателей, устанавливаемые региональной программой, соответствовали показателям результативности, определенным соглашением о предоставлении субсидии.

Распределение ассигнований утверждается Правительством РФ (а не Минздравсоцразвития России). Это касается и субсидий, выделяемых на софинансирование объектов капитального строительства, предусмотренных региональными программами в рамках ФЦП.

ГДЕ МОЖНО НАЙТИ ДАННЫЕ ДЛЯ ВЫБОРА РАЗНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМОГО МЕДОБОРУДОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ РАЗМЕЩЕНИЯ ГОСЗАКАЗОВ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 24 ноября 2011 г. № 04И-1181/11 «О номенклатурном перечне изделий медицинского назначения, размещенным на официальном сайте Росздравнадзора»

Сообщается, что на сайте Росздравнадзора размещена информация о зарегистрированных изделиях медназначения (раздел «Автоматизированные информационные системы и системы внесения сведений/реестры/база регистрационных удостоверений на изделия медицинского назначения»). Это необходимо для выбора разных производителей взаимозаменяемого медоборудования в соответствии с Постановлением Правительства РФ о порядке формирования начальных (максимальных) цен контрактов (лотов) на отдельные виды медоборудования для целей их включения в документацию о торгах.

Также на сайте размещены перечень изделий (с указанием их кодов ОКП и ОКДП и конкретной номенклатуры (видов)) и таблица соответствия названных кодов.





ПЕРЕЧЕНЬ ОБЪЕКТОВ КАПСТРОИТЕЛЬСТВА ФГУ МИНЗДРАВ-СОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ, НЕ ВКЛЮЧЕННЫХ В ДОЛГОСРОЧНЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПРОГРАММЫ: ЧТО НОВОГО?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 ноября 2011 г. № 1430 «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 мая 2010 г. № 381»

Скорректирован перечень объектов капстроительства ФГУ Минздравсоцразвития России, не включенных в долгосрочные (федеральные) целевые программы. Средства на их проектирование, строительство и реконструкцию выделяются из бюджета.

В частности, реконструкцию детского ортопедо-травматологического учебно-лечебного центра в г. Санкт-Петербурге планируется закончить в 2012 г. (ранее — 2013 г.).

Общий (предельный) объем бюджетных инвестиций не изменился.

ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 ноября 2011 г. № 1434 «О внесении изменений в приложения № 1 и 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 июня 2011 г. № 645»

Скорректирован Перечень департаментов Минздравсоцразвития России, ответственных за оценку выполнения целевых показателей эффективности деятельности подведомственных федеральных бюджетных (казенных) учреждений и премирование их руководителей.

ГНИИ стандартизации и контроля медицинских биопрепаратов им. Л.А.Тарасевича, Уральскую государственную медакадемию дополнительного образования и Уфимский медколледж из перечня исключили. При этом в него внесли Северо-Западный государственный медуниверситет им. И.И. Мечникова. Некоторые позиции изложены в новой редакции.

Также скорректирован Порядок представления отчета о выполнении учреждением данных показателей и его рассмотрения в департаментах.

В новой редакции изложены положения о показателях, по которым департаменты представляют заключения.

О ВОЗМЕЩЕНИИ РАСХОДОВ ФЕДЕРАЛЬНЫХ БЮДЖЕТНЫХ И АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ НА СОЦВЫПЛАТЫ, ПОНЕСЕННЫХ ЗА СЧЕТ ПОСТУПЛЕНИЙ ОТ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Письмо Минфина РФ от 9 февраля 2012 г. № 02-03-09/428 «Об информации о произведенных в 2012 г. федеральными бюджетными и автономными учреждениями за счет средств, полученных ими от оказания платных услуг, выплатах академических стипендий, либо выплатах, установленных законодательством о дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, иных выплатах, носящих социальный характер»

В 2012 г. некоторые федеральные бюджетные и автономные учреждения тратили поступления от оказания платных услуг на академические стипендии, а также на выплаты, установленные законодательством о допгарантиях по соцподдержке сирот и детей без попечения родителей, иные выплаты социального характера. Причина — соответствующий лицевой счет не открыт либо нет целевых субсидий или необходимых бюджетных ассигнований.



Сообщается, что Минфин России считает возможным единовременно возместить расходы января-февраля 2012 г. за счет доведенных целевых субсидий или бюджетных ассигнований. Условие — вместе с заявкой на кассовый расход (код формы по КФД 0531801) в орган Федерального казначейства нужно представить соответствующие отчеты, подписанные руководителем учреждения. Копии отчетов направляются федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции и полномочия учредителя.

Разъяснен порядок отражения операций по восстановлению расходов на лицевом счете и в бухучете.

УСТАНОВЛЕН ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ О ВЫБОРЕ (ЗАМЕНЕ) СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Письмо Федерального фонда ОМС от 30 декабря 2011 г. № 9161/30-1/И «О методических указаниях по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования»

В связи с внесением изменений в правила обязательного медицинского страхования ФФОМС приводит унифицированные образцы некоторых документов.

Они необходимы для обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части представления информации ТФОМС, страховыми и медицинскими организациями и застрахованными лицами. Кроме того, они нужны для создания условий для представления сведений или обмена ими в электронном виде.

В частности, речь идет о заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации, ходатайстве о регистрации в качестве застрахованного лица, акте списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными.

Образцы состоят из трех частей: заголовочной, содержательной и оформляющей. В первой указываются название субъекта, сформировавшего сведения, дата составления документа, наименование единицы измерения в российской валюте. Содержательная часть может представляться в виде таблицы. В ней указываются наименования данных, показателей (при наличии кодов показателей по соответствующим классификаторам), а также операции и соответствующие значения в натуральном и денежном выражении. В оформляющей части ставятся подпись (с расшифровкой) должностного лица, ответственного за представление сведений, и дата. Кроме того, должны быть указаны должность исполнителя, подпись (с расшифровкой), контактный телефон.

КАК ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА КОНТРОЛИРУЮТ КАЧЕСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 1 декабря 2011 г. № 04И-1216/11 «О контроле за качеством и уничтожением лекарственных средств»

Росздравнадзор сообщает следующее. Его региональные управления контролируют качество и уничтожение лекарственных средств.

При работе с информацией о выявлении несоответствия качества лекарственных средств, кроме того, следует руководствоваться Законом о техническом регулировании. В соответствии с ним управления Росздравнадзора по субъектам Федерации вправе приостанавливать реализацию препаратов, качество которых не отвечает требованиям нормативной документации. Об этом они информируют Службу и всех субъектов обращения лекарственных средств региона.





Недоброкачественные или фальсифицированные лекарственные средства изымаются и уничтожаются. Решения об этом вручаются владельцам данной продукции. Территориальные органы контролируют исполнение данных решений.

Сведения о принятых мерах контроля за недоброкачественными и фальсифицированными средствами отражаются в ежемесячных отчетах.

Региональным управлениями Росздравнадзора следует организовать получение сведений о фактах выявления недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств при проверках органов исполнительной власти субъектов Федерации, контролирующих соблюдение лицензионных требований и условий при осуществлении фармацевтической и медицинской деятельности.

ДЛЯ БЮДЖЕТА ФФОМС ЗАРЕЗЕРВИРОВАНЫ НЕКОТОРЫЕ КОДЫ ВИДОВ ДОХОДОВ

Письмо Минфина РФ от 21 января 2012 г. № 02-05-10/217 «О зарезервированных для бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования целевых статьях классификации расходов бюджетов и кодах доходов»

В Закон об обязательном медицинском страховании были внесены поправки, предусматривающие следующее. В 2012 г. молодым (до 35 лет) сельским медикам выплачиваются единовременные компенсации. Речь идет о выпускниках вузов, которые в 2011–2012 гг. прибыли работать в село (переехали туда с этой целью из другого населенного пункта). На каждого — 1 млн. руб. Выплаты осуществляются при условии, что специалист обязуется отработать на селе не менее 5 лет. Компенсации предоставляются за счет иных межбюджетных трансфертов из бюджета ФФОМС.

В связи с этим для бюджета ФФОМС зарезервированы целевая статья классификации расходов 505 17 03 (единовременные компенсационные выплаты медработникам), а также коды видов доходов 2 02 04043 02 0000 151 и 2 02 05813 09 0000 151. По данным кодам отражаются межбюджетные трансферты, передаваемые на указанные выплаты соответственным регионам и ТФОМС.

ОПРЕДЕЛЕНО, КАКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ЗАКУПАЕТСЯ ЗА СЧЕТ ФЕДЕРАЛЬНЫХ СУБСИДИЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 9 февраля 2012 г. № 101н «Об утверждении перечня закупаемого за счет субсидий из федерального бюджета федеральными государственными бюджетными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, оборудования, необходимого для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 11 марта 2012 г. Регистрационный № 23434.

Подведомственным Минздравсоцразвития России учреждениям выделяются субсидии из федерального бюджета, чтобы закупать оборудование для выхаживания новорожденных с низкой (в том числе экстремально) массой тела.

Установлен перечень оборудования, приобретаемого за счет указанных ассигнований.

В нем 14 позиций. Это, в частности, аппарат для терапии (ингаляции) оксидом азота в составе кислородно-воздушной смеси. Различные инкубаторы (неонатальный для интенсивной терапии; интенсивной терапии с возможностью трансформации в открытую реанимационную



систему; транспортный). Аппараты искусственной вентиляции легких (транспортный; экспертного класса; для высокочастотной осцилляторной вентиляции легких для новорожденных). Открытый реанимационный комплекс со встроенными весами, респираторным блоком и т.д.

В 2011 г. за счет субсидий закупалось аналогичное оборудование.

Следует отметить, что в 2012 г. по 20 млн. руб. получают Сибирский государственный медицинский университет (Томск) и Челябинская государственная медицинская академия.

КАК РУКОВОДИТЕЛИ ФГУПОВ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТЧИТЫВАЮТСЯ О ПРОГНОЗЕ ДОСТИЖЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ СНИЖЕНИЯ ЗАТРАТ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ТОВАРОВ (РАБОТ, УСЛУГ)?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 января 2012 г. № 16 «Об утверждении форм отчетов федеральных государственных унитарных предприятий, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, о достижении показателя снижения затрат на приобретение товаров (работ, услуг)»

В целях реализации мер по повышению эффективности использования федерального имущества, закрепленного в хозяйственном ведении ФГУПов, утверждены формы следующих документов. Это отчет о прогнозе достижения показателя снижения затрат на приобретение товаров (работ, услуг) и пояснительная записка к нему. Установлено, что руководители ФГУП Минздравсоцразвития России должны ежегодно представлять их. Срок — до 5 числа года, следующего за отчетным. Также приведена форма отчета о ежеквартальном изменении указанного показателя. Он подается не позднее 5 числа, следующего за отчетным кварталом.

РЕГИОНЫ, ПОЛУЧАЮЩИЕ СУБСИДИИ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯХ, ДОЛЖНЫ ОТЧИТЫВАТЬСЯ О ДОСТИЖЕНИИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 февраля 2012 г. № 160н «Об утверждении формы и порядка представления отчета о достижении значений показателей результативности предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 6 марта 2012 г. Регистрационный № 23 416.

Регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на софинансирование расходов, связанных с совершенствованием медицинской помощи при онкологических заболеваниях.

Минздравсоцразвития России оценивает эффективность расходов региональных бюджетов, источником финансового обеспечения которых являются субсидии. Для этого используются такие показатели, как смертность от новообразований, в том числе злокачественных (количество случаев на 100 тыс. чел.), и ее снижение.

Уполномоченный региональный орган должен ежегодно до 1 февраля представлять в Министерство отчет о достижении значений этих показателей. Установлена форма такого отчета.

Он представляется в электронном виде и на бумажном носителе. Указано, как составляется отчет.





СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ: ФОРМА ОТЧЕТА И ПОРЯДОК ЕГО ПОДАЧИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 февраля 2012 г. № 161н «Об утверждении формы и порядка представления отчета о достижении значений показателей результативности предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий по развитию службы крови»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 марта 2012 г. Регистрационный № 23 420.

Регионам выделяются субсидии на софинансирование их расходных обязательств для реализации мероприятий по развитию службы крови. Утверждены форма отчета о достижении значений показателей результативности предоставления средств и порядок его подачи.

Отчет подается уполномоченным органом исполнительной власти региона в Минздравсоцразвития России ежегодно до 1 февраля в электронном и бумажном виде.

Данные приводятся по состоянию на 1 января года, следующего за отчетным.

Бумажная версия подписывается исполнителем, руководителем указанного органа и заверяется печатью последнего.

КАКИЕ ЕЩЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ (ИЗДЕЛИЯ) ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ИНВАЛИДАМ БЕСПЛАТНО?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1665н «О внесении изменений в пункт 8 Классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, в целях определения размера компенсации за технические средства реабилитации (изделия), приобретенные инвалидами (ветеранами) за собственный счет, и (или) оплаченные за счет собственных средств услуги по их ремонту, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 июля 2011 г. № 823н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 1 марта 2012 г. Регистрационный № 23 375.

Дополняется перечень технических средств реабилитации (изделий), которые предоставляются инвалидам бесплатно. Речь идет о протезе бедра модульном с внешним источником энергии, протезе голосовом, бандаже компрессионном на нижнюю конечность.

За приобретение или ремонт указанных изделий за счет собственных средств инвалиду выплачивается компенсация.

БОРЬБА С КОРЬЮ: КАКИЕ МЕРЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРИНЯТЫ?

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 20 февраля 2012 г. № 32 «О дополнительных мерах по профилактике заболеваний корью среди населения, обслуживаемого ФМБА России»

ФМБА России проводится профилактика заболеваемости корью населения, обслуживаемого Агентством. Проанализирована ситуация в нашей стране. В связи с этим усилены профилактические меры.

Так, начальниками ЦМСЧ/МСЧ, главными врачами клинических больниц, директорами медицинских центров, руководителями территориальных органов ФМБА России анализируется фактическое состояние иммунизации детей и взрослых против кори. Им следует принять



меры по увеличению числа привитых. При этом особое внимание следует уделить следующим категориям населения. Это сотрудники лечебно-профилактических организаций, образовательных учреждений, торговли, социальные работники, студенты ВУЗов и СУЗов, призывники, сезонные рабочие, мигранты.

Даны и иные поручения. В частности, ЦМСЧ/МСЧ, клинические больницы, медцентры ФМБА России до 15 июня 2012 г. должны еженедельно направлять в ФГБУЗ «Головной центр гигиены и эпидемиологии ФМБА России» информацию о лицах, вакцинированных и невакцинированных против кори. Их руководители должны пересмотреть обоснованность отводов от прививок. Число привитых от кори должно составить 95%. Лица, госпитализированные с подозрением на данную инфекцию, должны быть помещены в боксы.

В ФГБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии ФМБА России» №№ 8, 15, 31, 32, 38, 50, 51, 59, 71, 72, 81, 91, 98, 101, 107, 141, 172 и комплексе «Байконур» ФМБА России» проводится серомониторинг напряженности иммунитета к кори. Его результаты направляются в ФГБУЗ «Головной центр гигиены и эпидемиологии ФМБА России».

НА ОСНОВАНИИ ЧЕГО ВВОЗЯТСЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИЕ СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ И КОСТНЫЙ МОЗГ ДЛЯ НЕРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ?

Решение Комиссии Таможенного союза от 25 января 2012 г. № 919 «О внесении изменений в Положение о порядке ввоза на таможенную территорию Таможенного союза и вывоза с таможенной территории Таможенного союза органов и (или) тканей человека, крови и ее компонентов»

Гемопоэтические стволовые клетки и костный мозг для неродственной трансплантации ввозятся на территорию ТС и вывозятся с нее на основании заключения (разрешительного документа). Ранее для этого необходимо было разрешение.

Заключение (разрешительный документ) выдается соответствующим уполномоченным органом государства — члена ТС на срок, определяемый заявителем, но не превышающий 1 года.

Юристы обязаны уведомлять орган о каждом случае ввоза и (или) вывоза гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга.

С 1 ЯНВАРЯ 2012 Г. ИЗМЕНИЛСЯ ПОРЯДОК УЧЕТА ОПЕРАЦИЙ СО СРЕДСТВАМИ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Письмо Минфина РФ, Федерального казначейства и Федерального фонда ОМС от 28 декабря 2011 г. № № 02-03-09/6039, 42-7.4-05/5.1-846, 9081/10-И «Об изменении порядка учета операций со средствами обязательного медицинского страхования»

С 1 января 2012 г. средства, поступающие казенным учреждениям в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), зачисляются на счета УФК, открытые в учреждениях ЦБР на балансовом счете № 40101 «Доходы, распределяемые органами Федерального казначейства между бюджетами бюджетной системы России». В дальнейшем они перечисляются в федеральный бюджет. Средства автономных учреждений учитываются на лицевых счетах, открытых им в территориальных органах Федерального казначейства.

Неиспользованные остатки средств ОМС казенных учреждений перечисляются в федеральный бюджет. Неиспользованные средства, полученные бюджетными (автономными) учреждениями, зачисляются ими на счета, открытые в учреждениях ЦБР территориальным органам Федерального казначейства.





УСТАНОВЛЕНА ФОРМА ЕЖЕГОДНОГО ОТЧЕТА ДЛЯ РЕГИОНОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ СУБСИДИИ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 24 февраля 2012 г. № 159н «Об утверждении формы и порядка представления отчета о достижении значений показателей результативности предоставления субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъекта Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 марта 2012 г. Регистрационный № 23 422.

Регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на софинансирование расходов, связанных с совершенствованием медицинской помощи при сосудистых заболеваниях.

Минздравсоцразвития России оценивает эффективность расходов региональных бюджетов, источником финансового обеспечения которых являются субсидии. Для этого используются такие показатели, как смертность от болезней системы кровообращения (количество случаев на 100 тыс. чел.), ее снижение, смертность от cerebrovascularных болезней (число случаев на 100 тыс. чел.).

Уполномоченный региональный орган должен ежегодно до 1 февраля представлять в Министерство отчет о достижении значений этих показателей.

Установлена форма такого отчета. Он представляется в электронном виде и на бумажном носителе. Указано, как составляется отчет.

В 2012 Г. В 17 УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ БУДУТ ПРОВЕДЕНЫ ДОКУМЕНТАЛЬНЫЕ ПРОВЕРКИ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 15 февраля 2012 г. № 131 «Об утверждении Плана-графика проведения в 2012 году документальных проверок финансово-хозяйственной деятельности учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России»

Утвержден график проведения в 2012 г. документальных проверок финансово-хозяйственной деятельности учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России.

Так, с 18 по 22 июня оценят указанную деятельность Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии в Красноярске, с 3 по 13 сентября — Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи. Всего планируется проверить 17 учреждений.

В КРАСНОДАРЕ ВМЕСТО ФЕДЕРАЛЬНОГО ЦЕНТРА ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПОСТРОЯТ ДРУГОЙ

Указ Президента РФ от 11 марта 2012 г. № 292 «О мерах по созданию условий для оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению в Краснодарском крае»

Принято решение прекратить строительство федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования в Краснодарском крае.

ГК «Ростехнологии» в собственность края передает медицинские модульные блоки, предназначенные для строительства федерального центра, медицинское оборудование и иное имущество, приобретенное для его оснащения. Последние используются для оказания медпомощи на базе ГБУ «Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С.В. Очаповского».



Из бюджета Краснодарского края выделяются средства на уничтожение медицинских модульных блоков, признанных непригодными для использования по целевому назначению. Также деньги пойдут на строительство краевого медицинского центра на основе нулевого цикла, первоначально предназначавшегося для создания федерального центра, с учетом результатов проведенных экспертиз. Указ вступает в силу со дня его подписания.

ИНСТРУКЦИЯ О РАБОТЕ С ГОСКОНТРАКТАМИ В МИНЗДРАВ-СОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: ЧТО НОВОГО?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 февраля 2012 г. № 110 «О внесении изменения в Инструкцию о подготовке, согласовании, заключении, учете и контроле исполнения государственных контрактов и иных гражданско-правовых договоров в Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 июля 2009 года № 381»

Скорректирована Инструкция о подготовке, согласовании, заключении, учете и контроле исполнения госконтрактов и иных гражданско-правовых договоров в Минздравсоцразвития России. Закреплено, что при закупке товаров (работ, услуг) в рамках контрактов, получателем по которым является Министерство, директор ответственного департамента (при отсутствии — его заместитель) подписывает акты приема-передачи товара, сдачи-приемки работ (услуг) и иные документы. Это делается в соответствии с условиями и сроками, предусмотренными контрактом.

КАК ПОЛУЧИТЬ ДЕТСКИЕ ПОСОБИЯ И «БОЛЬНИЧНЫЕ», ЕСЛИ ВАШ РАБОТОДАТЕЛЬ «ИСЧЕЗ»?

Памятка застрахованным лицам, не получившим пособия по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством по вине недобросовестных работодателей

По общему правилу обязанность по выплате пособий по временной нетрудоспособности и в связи с материнством возложена на работодателя.

Последний назначает пособие в течение 10 календарных дней с даты обращения застрахованного лица. Оно перечисляется вместе с зарплатой.

За просрочку выплаты (независимо от вины работодателя) начисляются проценты (денежная компенсация). Если пособия не выплачиваются, граждане вправе обратиться в государственную инспекцию труда, прокуратуру, а также в суд для применения к работодателям соответствующих мер ответственности (вплоть до уголовной).

Иногда пособия могут назначаться и выплачиваться территориальным органом ФСС РФ.

Речь идет о случаях, когда на день обращения за пособием страхователь прекратил свою деятельность либо он не может его выплатить, так как на его счете недостаточно средств и они списываются в порядке очередности согласно ГК РФ. Чтобы проверить наличие вышеуказанных обстоятельств, Фонд запрашивает в налоговых органах и кредитных организациях необходимые документы (сведения). В то же время застрахованное лицо может самостоятельно их представить, чтобы ускорить решение вопроса о назначении пособия. Если нужная информация отсутствует, гражданин вправе обратиться в суд. Цель — установить юридические факты прекращения деятельности страхователем или недостаточности средств на его счете.

При наличии соответствующего судебного решения территориальным органом Фонда принимается решение о назначении и выплате пособий застрахованному лицу.





Вместе с тем на практике в Фонд поступают многочисленные обращения о выплате пособий в случае «исчезновения» организации-работодателя. В настоящее время положительное решение данного вопроса невозможно.

В связи с этим разработан законопроект, который позволит это сделать при наличии решения суда об установлении факта невыплаты пособий из-за невозможности определить местонахождение страхователя и его имущества.

ФФОМС РАССМАТРИВАЕТ ОБРАЩЕНИЯ ГРАЖДАН В ТОМ ЧИСЛЕ В ЭЛЕКТРОННОЙ ФОРМЕ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 декабря 2011 г. № 1639н «Об утверждении Административного регламента Федерального фонда обязательного медицинского страхования по предоставлению государственной услуги «Организация обеспечения своевременного и полного рассмотрения устных и письменных обращений граждан с уведомлением заявителей о принятии по ним решений и направлении ответов в установленный законодательством Российской Федерации срок» Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 февраля 2012 г. Регистрационный № 23 351.

Утвержден новый Административный регламент ФФОМС по организации приема физлиц, своевременного и полного рассмотрения их обращений, принятию по ним решений и направлению ответов. Он не распространяется на взаимоотношения граждан и ФФОМС в процессе реализации им других госуслуг. Обратиться в Фонд могут российские и иностранные граждане, а также лица без гражданства. Плата не взимается.

Заявления, предложения и жалобы могут быть устными, письменными, в форме электронного документа, индивидуальными и коллективными. В них необходимо указать наименование госоргана, Ф.И.О. заявителя, суть обращения, адрес электронной почты, поставить подпись и дату. К обращениям можно приложить документы и материалы в электронной или письменной форме. Регламентированы особенности подачи обращений в электронной форме.

На официальном сайте ФФОМС и на Едином портале госуслуг размещаются формы заявлений и иных документов. Общий срок рассмотрения письменных обращений — 30 дней со дня их регистрации. В исключительных случаях он может быть продлен, но не более чем на 30 дней. Ответ на обращения дается в устной, письменной форме или в виде электронного документа.

Определены состав, последовательность и сроки выполнения административных процедур. Установлены порядок и формы контроля за предоставлением услуги. Действия (бездействие) и решения ФФОМС можно обжаловать. Прежний Административный регламент по исполнению одноименной функции утратил силу.

НА КАКИЕ СЧЕТА МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ С 1 ЯНВАРЯ ЗАЧИСЛЯЕТСЯ ВОЗВРАТ ОСТАТКОВ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ ПО МЕЖБЮДЖЕТНЫМ ТРАНСФЕРТАМ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 декабря 2011 г. № 27-3-09/2739 «О реквизитах Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации для зачисления денежных средств с 1 января 2012 г.»

Приведены реквизиты счетов Минздравсоцразвития России для зачисления денежных средств с 1 января 2012 г. Речь идет о возврате остатков средств федерального бюджета по межбюджетным трансфертам прошлых лет, а также 2011 г. Первые перечисляются на лицевой счет № 04951000550, а вторые — на № 03951000550.



КАК ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕ НАРУШИТЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О РАЗМЕЩЕНИИ ЗАКАЗОВ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Федеральной антимонопольной службы от 5 декабря 2011 г. № ИА/45240 «О применении норм законодательства о размещении заказов при реализации региональных программ модернизации здравоохранения»

Разъяснено, как при реализации региональных программ модернизации здравоохранения не нарушить законодательство о госзакупках.

В частности, уделено внимание объединению в один предмет торгов поставки оборудования и строительных работ при размещении заказов на выполнение последних.

Заказчик может предусмотреть в документации о торгах необходимость поставки и монтажа оборудования, неразрывно связанного с объектом строительства. При этом в качестве такового рассматривается оборудование, поставка и установка которого невозможны впоследствии без изменения предусмотренных проектом конструктивных решений объекта строительства.

Объединять в один предмет торгов строительные работы и поставку оборудования, которое технологически и функционально не связано с объектом строительства, нельзя. Это приведет к необоснованному ограничению количества участников размещения заказа.

В документации о торгах рекомендуется устанавливать, в частности, требование об указании (декларировании) в заявке на участие в конкурсе (аукционе) страны происхождения поставляемого товара.

Если в заявке страна происхождения товара, предлагаемого к поставке, не указана, то при рассмотрении заявок такой участник не допускается конкурсной (аукционной) комиссией к участию в торгах. Требовать наличия в составе заявки каких-либо документов, подтверждающих страну происхождения товара, нельзя.

Если документация о торгах данное требование не содержит, заказчик не вправе отклонять заявку участника размещения заказа, в которой страна происхождения товара не указана. При этом преференции таким участникам не предоставляются.

ВЫХАЖИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: РЕКОМЕНДАЦИИ

Методическое письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 декабря 2011 г. № 15-0/10/2-11336 «Интенсивная терапия и принципы выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении»

Приведено методическое письмо об интенсивной терапии и принципах выхаживания детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении.

При ожидающихся преждевременных родах температура в родильном зале должна быть 26–28°C.

Для профилактики гипотермии у недоношенных детей, родившихся до завершения 28-й недели гестации, обязательно нужно использовать пластиковую пленку (пакет). Туловище ребенка полностью герметично оборачивается в пленку (пакет) в первые 30 секунд жизни. Поверхность головы дополнительно защищается пеленкой (шапочкой). При дальнейших манипуляциях, включая аускультацию, катетеризацию пупочных сосудов и пр., целостность пленки (пакета) нарушается минимально.

Если у недоношенного ребенка с первой минуты жизни есть показания для проведения ИВЛ, определенными клиническими преимуществами обладает маневр «продленного разду-





вания легких». Он представляет собой «стартовый искусственный вдох» продолжительностью 15–20 секунд. Его выполняют до начала традиционной ИВЛ. Разъяснена техника осуществления указанной процедуры.

Определены методы респираторной стабилизации, особенности проведения ИВЛ в родильном зале, дозировка сурфактанта.

Речь идет и об энтеральном и парентеральном питании таких детей, особенностях мониторинга оксигенации крови и адекватности оксигенотерапии недоношенных новорожденных в родильном зале и др.

МЕЖДУ РЕГИОНАМИ РАСПРЕДЕЛЕНЫ СУБСИДИИ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ РОССИЯНАМ

Распоряжение Правительства РФ от 22 февраля 2012 г. № 223-р «О распределении субсидий бюджетам субъектов РФ в связи с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ»

Из федерального бюджета регионам выделяются субсидии на софинансирование расходных обязательств, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи россиянам. Утверждено распределение указанных средств, предоставляемых в 2012 г. Так, Башкортостан получит 216 814 тыс. руб., Воронежская область — 275 006,6 тыс. руб., Москва — 290 021,8 тыс. руб., Нижегородская область — 181 963,3 тыс. руб., Хабаровский край — 48 384,7 тыс. руб. Общий объем средств — 5 млрд. руб.

КАК ДОЛЖНЫ ДЕЙСТВОВАТЬ ВРАЧИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 декабря 2011 г. № 15-4/10/2-12700 «О направлении для использования в работе методического письма «Преждевременные роды»

Частота преждевременных родов в мире в последние годы составляет 5–10% и, несмотря на появление новых технологий, не снижается.

Преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 37 недель (259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном цикле. При этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

Приведена классификация преждевременных родов. В качестве первичной профилактики таких родов эффективно ограничение повторных внутриматочных манипуляций, информирование общественности о повышенном риске рождения детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий, раньше срока. Речь идет и об ограничении количества переносимых эмбрионов в зависимости от возраста пациентки и прогноза.

Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока, клинической картины, целости плодного пузыря. Она включает в себя следующие основные направления. Прогнозирование наступления преждевременных родов, повышение жизнеспособности плода, продление беременности для перевода матери в учреждение соответствующей группы, подготовки к рождению недоношенного ребенка. Также это профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том числе при разрыве плодных оболочек раньше срока.

Многим детям, родившимся преждевременно, необходима скорая высококачественная неонатальная помощь. Это возможно только в условиях перинатального центра. Поэтому беременные из группы риска рождения ребенка с массой тела менее 1500 г должны переводиться в стационар III уровня антенатально.



УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ: ИЗМЕНИЛИСЬ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ И ТРУДУ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 января 2012 г. № 60н «О внесении изменений в классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 декабря 2009 г. № 1013н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 февраля 2012 г. Регистрационный № 23 224.

При определении группы инвалидности в числе прочего оценивается способность лица к обучению и трудовой деятельности. Уточнены степени их выраженности.

Способность к обучению 3 степени устанавливается, если человек может обучаться элементарным навыкам и умениям (профессиональным, социальным, культурным, бытовым), в том числе правилам выполнения последовательности элементарных целенаправленных действий в привычной бытовой сфере. Она присваивается и при невозможности такого обучения в связи с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Ранее под 3 степенью понималась неспособность к обучению вообще.

Способность к трудовой деятельности 2 степени констатируется, если лицо может выполнять ее в специально созданных условиях с использованием вспомогательных технических средств. В случае, когда ему для этого требуется значительная помощь других лиц, или при невозможности (противопоказанности) ее осуществления в связи с имеющимися ограничениями жизнедеятельности устанавливается 3 степень. Ранее, если человек мог трудиться с помощью других лиц, ему присваивалась 2 степень способности к трудовой деятельности.

Отметим, что способность к обучению или трудовой деятельности 3 степени является критерием для определения I группы инвалидности, 2 степени — II группы.

В КАКИЕ СРОКИ В СИСТЕМЕ РОСПОТРЕБНАДЗОРА НАПРАВЛЯЮТ СВОДНЫЕ ГОДОВЫЕ СВЕДЕНИЯ СТАТНАБЛЮДЕНИЯ ЗА 2011 Г.?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 20 декабря 2011 г. № 922 «О представлении органами и организациями Роспотребнадзора сводных годовых сведений статистического наблюдения за 2011 год» (с изменениями и дополнениями)

Даны указания по представлению органами и организациями Роспотребнадзора сводных годовых сведений статнаблюдения за 2011 г.

Так, руководители управлений Роспотребнадзора по регионам, по ж/д транспорту должны подать до 15 марта 2012 г. в ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора сводные годовые данные по форме № 11-11 «Сведения о реализации ведомственных целевых программ».

До 30 апреля 2012 г. сюда также надо представить сводные годовые сведения по формам № 1-ДОЗ (только в электронном виде) и № 2-ДОЗ (на электронном и бумажном носителе) о дозах облучения лиц соответственно из персонала в условиях нормальной эксплуатации техногенных источников ионизирующих излучений, радиационной аварии или планируемого повышенного облучения, из населения, подвергшегося аварийному облучению.

В ФГУН НИИРГ им. профессора П.В. Рамзаева Роспотребнадзора ждут сводные годовые сведения по форме № 3-ДОЗ (о дозах облучения пациентов при проведении медицинских рентгенорадиологических исследований) к 1 июня 2012 г., а также по форме № 4-ДОЗ (о





дозах облучения населения за счет естественно и техногенно измененного радиационного фона) — к 15 мая 2012 г.

Руководители ФБУ науки, подведомственных Службе (кроме НИИ противочумного профиля), направляют в ФБУЗ «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора к 15 марта 2012 г. годовые отчетные данные по форме № 11-11 «Сведения о реализации ведомственных целевых программ».

Приведен порядок составления сводных статистических отчетов за 2011 г.

ОМС: СРЕДСТВА НА ПООЩРЕНИЕ ЛУЧШИХ СТРАХОВЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ МОГУТ ВЫДЕЛЯТЬСЯ ИЗ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФФОМС

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 декабря 2011 г. № 1691н «О внесении изменения в Порядок использования средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1229н» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 февраля 2012 г. Регистрационный № 23 272.

Скорректирован порядок использования средств нормированного страхового запаса ФФОМС. Уточнено, что в его состав включаются остатки на счетах по учету средств ОМС и нормированного страхового запаса Федерального фонда по состоянию на 1 января текущего финансового года.

Средства страхового запаса могут направляться на увеличение субвенций бюджетам ТФОМС. При этом за счет них не могут покрываться недостающие суммы страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Также средства страхового запаса могут предоставляться ТФОМС в виде межбюджетных трансфертов для поощрения лучших страховых и медицинских организаций. Они используются на выплаты им вознаграждений дополнительно к средствам нормированного страхового запаса ТФОМС.

КАКИЕ ДОХОДЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА АДМИНИСТРИРУЮТ В 2012 Г. УЧРЕЖДЕНИЯ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 декабря 2011 г. № 1605 «Об осуществлении Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации полномочий администратора, главного администратора доходов федерального бюджета, осуществлении полномочий администраторов доходов федерального бюджета и утверждении перечня подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации администраторов доходов федерального бюджета» (с изменениями и дополнениями)

Определено, какие доходы администрирует Минздравсоцразвития России в 2012 г.

В частности, это доходы от оказания платных услуг (работ) получателями бюджетных средств, компенсации затрат федерального бюджета, поступления от реализации имущества, госпошлины за совершение действий, связанных с лицензированием и проведением аттестации.

Утвержден перечень федеральных казенных госучреждений Минздравсоцразвития России, имеющих полномочия администраторов доходов федерального бюджета. Они начисляют и учитывают платежи в бюджет, пени и штрафы по ним. Контролируют правильность их исчисления, полноту и своевременность их внесения. Кроме того, учреждения взыскивают задол-



женности по платежам (пеням, штрафам) и принимают решения об их возврате в случае излишней уплаты или взыскания.

Приказ, ранее устанавливавший перечень администрируемых Минздравсоцразвития России доходов и учреждений, выполнявших эти функции, утратил силу.

СКОЛЬКО СРЕДСТВ ВЫДЕЛЕНО НА ВОЗВЕДЕНИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ КАПСТРОИТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Распоряжение Правительства РФ от 22 февраля 2012 г. № 222-р «Об утверждении распределения субсидий, предоставляемых в 2012 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование объектов капитального строительства государственной собственности субъектов РФ в сфере здравоохранения и социального развития»

В 2012 г. из федерального бюджета выделяются средства на софинансирование строительства и реконструкции региональных и (или) муниципальных объектов капитального строительства в сфере здравоохранения и социального развития. Речь идет о тех, которые не включены в федеральные целевые программы.

Всего на эти цели предусмотрено более 3,7 млрд. руб. Нераспределенный остаток составляет 250 млн. руб. Так, Республике Бурятия выделяется 500 млн. руб., Воронежской области — 100 млн. руб., Смоленской — 245 млн. руб.

Минздравсоцразвития России необходимо заключить соглашения с высшими исполнительными органами государственной власти соответствующих субъектов Федерации о предоставлении субсидий.

РАБОТНИКИ, В ОТНОШЕНИИ КОТОРЫХ ПРОВОДИЛАСЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В 2009–2011 ГГ., ПОВТОРНО ЭТУ ПРОЦЕДУРУ В 2012 Г. ПРОХОДИТЬ НЕ ДОЛЖНЫ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 января 2012 г. № 70н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 февраля 2010 г. № 55н «О порядке проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 22 февраля 2012 г. Регистрационный № 23 309.

Скорректирован порядок проведения дополнительной диспансеризации работающих, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.

Установлен норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации 1 работающего гражданина в 2012 г. Как и в 2011 г., он составляет 1 418 руб.

Региональным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения совместно с ТФОМС рекомендуется определить организации, сотрудники которых подлежат дополнительной диспансеризации в 2012 г. Необходимо составить поименные списки работников с указанием даты рождения, профессии, должности и направить их на дополнительную диспансеризацию.

Граждане, в отношении которых проводилась дополнительная диспансеризация в 2009–2011 гг., повторно эту процедуру в 2012 г. проходить не должны.

Дополнительной диспансеризации в 2012 г. подлежат лица, не проходившие ее в предыдущие годы, и те, которые заняты на работах с вредными (опасными) условиями труда. Речь идет и о сотрудниках, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006–2008 гг., если они не были взяты под диспансерное наблюдение в результате выявленного заболевания.





ОСС: КАК ОПЛАЧИВАЮТСЯ ДОПРАСХОДЫ, СВЯЗАННЫЕ С МЕДИЦИНСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ПРОФРЕАБИЛИТАЦИЕЙ ПОСТРАДАВШИХ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 декабря 2011 г. № 1598н «Об утверждении Административного регламента предоставления Фондом социального страхования Российской Федерации государственной услуги по назначению обеспечения по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 февраля 2012 г. Регистрационный № 23 346.

Территориальные органы ФСС РФ оплачивают дополнительные расходы, связанные с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией. Условие — наличие прямых последствий страхового случая. Установлено, как исполняется эта госуслуга.

Заявителями выступают физлица, подлежащие обязательному соцстрахованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний и утратившие профтрудоспособность.

В частности, речь идет о расходах на приобретение лекарств, посторонний уход, оплату путевок в санаторий, изготовление, ремонт и замену протезов, на профпереобучение.

Для получения госуслуги нужно подать заявление, программу реабилитации и подтверждающие расходы документы. Они представляются лично, по почте либо в электронном виде через официальные сайты ведомства или Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций).

Решение об оплате (об отказе в этом) принимается в течение 10 дней с даты обращения.

Оказание госуслуги приостанавливается, если заявитель не прошел переосвидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы о нуждаемости в реабилитации. Оплата расходов прекращается в случае смерти застрахованного лица либо при его отказе выполнять мероприятия, рекомендованные в программе реабилитации.

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

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА «ИНТЕРЛАБДИАГНОСТИКА – 2012»

Общероссийская общественная организация
«НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВО СПЕЦИАЛИСТОВ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ»

XVI ФОРУМ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ДНИ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ РОССИИ – 2012

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«РЕАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ УСЛУГИ: СТЕПЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ СТАНДАРТАМ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ, КАЧЕСТВО, СЕБЕСТОИМОСТЬ И ЦЕНА»

Уважаемые коллеги!

Правление Научно-практического общества специалистов лабораторной медицины приглашает Вас принять участие в работе XVI Форума «Национальные дни лабораторной медицины России – 2012»

В программе Форума:

- Общероссийская научно-практическая конференция
«РЕАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ УСЛУГИ: СТЕПЕНЬ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ СТАНДАРТАМ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ, КАЧЕСТВО, СЕБЕСТОИМОСТЬ И ЦЕНА»
- Специализированная выставка **«ИНТЕРЛАБДИАГНОСТИКА – 2012» 02 – 04 октября 2012 года**

На конференции планируется рассмотреть следующие основные вопросы:

- степень соответствия лабораторных услуг принятым порядкам оказания медицинской помощи при основных формах патологии и современным стандартам лабораторной медицины;
- реальное содержание и качество лабораторного обеспечения различных форм оказания медицинской помощи амбулаторной, стационарной, высокотехнологичной - с использованием локального, централизованного и мобильного выполнения лабораторных исследований;
- оценка себестоимости исследований и применяемых на практике тарифов на лабораторные услуги.

К участию в работе Форума приглашаются заинтересованные специалисты всех клинических дисциплин и лабораторной медицины, работники клиничко-диагностических лабораторий, организаторы здравоохранения и представители медицинских страховых организаций, преподаватели образовательных учреждений высшего, дополнительного и среднего профессионального образования, специалисты медицинской промышленности и дистрибьюторы средств лабораторного анализа.

Регламент работы:	конференция	регистрация	выставка
2 октября	10.30 - 17.30	с 8.30	9.00 - 18.00
3 октября	9.30 - 17.30	с 9.00	9.00 - 18.00
4 октября	9.30 - 16.30	с 9.00	9.00 - 14.00

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Правление Научно-практического общества специалистов лабораторной медицины:

119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
лаборатория проблем клиничко-лабораторной диагностики
Тел./факс: (495) 622-95-76 Тел.: (499) 766-87-74, (915) 403-87-44
E-mail: menshikov@mma.ru www.labmedicina.ru

Организация выставки:

ООО «ММА-ЭКСПО»
Тел.: (925) 505-10-21, (926) 994-04-79
E-mail: mmaexpo@mail.ru, mmaexpo@yandex.ru
www.mma-expo.ru мма-экспо.рф



**02 – 04 октября
2012 года**

СК «Олимпийский»

Москва, Олимпийский проспект, 16
Северный вход

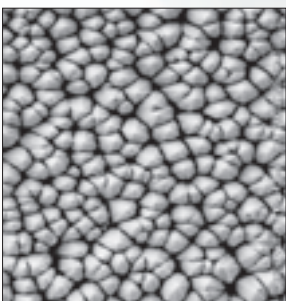
Новые технологии оцифровщиков CR

Дигитайзер DX-G

- Уникальный кассетный буфер на 5 кассет
- Изображение за 13 секунд
- Доказанное снижение лучевой нагрузки при использовании в педиатрии и неонатологии (снижение лучевой нагрузки до 50%)
- Оцифровка любых рентгеновских аппаратов
- Поддержка двух типов фосфорных пластин – традиционный порошковый фосфор и детекторы на игольчатых кристаллах
- Версия для маммографии и общей радиологии – дигитайзер DX-M (снижение лучевой нагрузки в маммографии до 30%)



Новые детекторы на игольчатых кристаллах бромиды цезия – качество DR!



AGFA 
HealthCare

ООО «АГФА»
115477 Москва, ул. Кантемировская, 58
Тел.: +7 (495) 234-2101 / 04/ 10
Факс: +7 (495) 234-2112 (автомат)
E: denis.alexandrov@agfa.com
www.agfa.com/healthcare