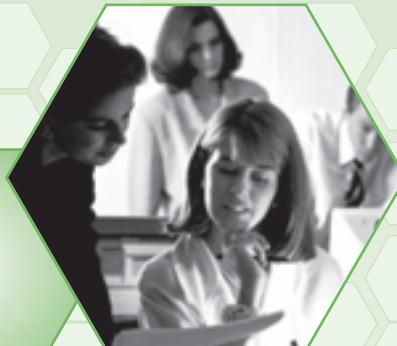




ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 11. 2013



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >

**ПОТОЛОЧНЫЕ
И СТЕНОВЫЕ**

СИСТЕМЫ

С нашими идеями становятся
реальностью!®

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОТОЛОЧНЫЕ СИСТЕМЫ ARMSTRONG

- Обеспечьте безопасную антибактериальную среду
- Создайте акустический комфорт
- Увеличьте светоотражение и экономьте электроэнергию
- Организуйте благоприятные условия для работы врачей и лечения пациентов

ВОСПОЛЬЗУЙТЕСЬ УНИКАЛЬНЫМ СЕРВИСОМ КОМПАНИИ ARMSTRONG

- Консультации и планирование
- Проектирование и производство
- Логистика и установка
- Поддержка и техническое обслуживание

ООО «Армстронг Ворлд Индастриз»
Москва
Ленинский проспект, 113/1
офис Е 502-504
Звоните: +7 (495) 956-51-00
Заходите: www.armstrong.ru
www.armstrong-atelier.eu



Armstrong®



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Анализ целевой аудитории медицинской организации
- Сертификация и ресертификация врачей профессиональным врачебным сообществом: зарубежный опыт и уроки для России
- Медико-демографические результаты и организационные проблемы службы родовспоможения
- Автоматизированный лексический контроль как средство повышения качества медицинских документов
- О подготовке и реализации приказов, определяющих размер заработной платы работников здравоохранения
- Об изменении подходов к публикации основных научных результатов диссертаций



№11
2013

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВОХРАНЕНИИ

Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете Программы государственных гарантий

О.В. Обухова, Ф.Н. Кадыров

6-13

Централизация лабораторной службы государственных медицинских учреждений города на базе клинико-диагностической лаборатории крупного многопрофильного стационара

А.А. Гильманов, И.И. Хайруллин, Л.А. Нурмысева,
О.И. Леонтьева

14-22

Методика расчета отраслевых показателей регистрации, диагностики и эффективности лечения больных туберкулезом

С.А. Стерликов, И.М. Сон, О.Б. Нечаева

23-33

ЗДРАВОХРАНЕНИЕ И ПРАВО

Законные представители в здравоохранительных правоотношениях

О.В. Романовская

34-43

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Новые правила оказания платных образовательных услуг: что необходимо знать руководителю медицинской организации

Д.В. Пивень, И.С. Кицул

44-49

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

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИОЗ 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

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

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@mednet.ru

Шеф-редактор:

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

**Директор отдела распространения
и развития:**

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

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — 20102
Полугодовая — 82614

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

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Мировые проблемы при выборе медицинского изделия для учреждения здравоохранения

С.В. Фролов, М.С. Фролова

50-61

Потолочные решения для лечебно-профилактических учреждений: особенности выбора

62-63

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Безопасность и стандартизация медицинской деятельности: проблемы нормирования и рекомендации по контролю в системе обязательного медицинского страхования

А.А. Старченко

64-71

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Процедура перехода на эффективный контракт

Консультирует д.э.н. Ф.Н. Кадыров

72-79

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

80-82

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

83-96



№11
2013

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

- Efficient methods of proceeding payment for medical aid in the sight of State guarantees program**

O.V. Obuhova, F.N. Kadirov

6-13

- Centralization of city's medical institution's laboratories on the base of clinical diagnostic laboratory of a large multi-discipline hospital**

A.A. Gilmanov, I.I. Khayrullin, L.A. Nurmyeva,
O.I. Leontyeva

14-22

- Methodology of calculating industrial indicators of registration, diagnostics and efficiency of medical treatment for patients suffering from tuberculosis**

S.A. Sterlikov, I.M. Son, O.B. Nечаева

23-33

HEALTHCARE AND LAW

- Legal representatives in the health care legal relationships**

O.V. Romanovskaya

34-43

PERSONNEL MANAGEMENT

- New rules of providing paid educational services: what the Head of a medical organization should know**

D.V. Piven, I.S. Kitsul

44-49

*Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus*

*Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...*

TECHNOLOGICAL MANAGEMENT

Worldwide problem of the decision making process on the choice of a medical device for healthcare institutions

S.V. Frolov, M.S. Frolova

50-61

Overhead solutions for treatment and prevent institutions: peculiarities of the choice

62-63

SPECIAL OPINION

Security and standartization of medical activity: problems of rationing and recommendations on control proceedings in the system of mandatory medical insurance

A.A. Starchenko

64-71

CONSULTS MANAGER OF HEALTH CARE

Procedure of transferring to the efficient contract

Consultant Phd. of Economic F.N. Kadirov

72-79

QUESTIONS AND ANSWERS

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

80-82

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

83-96



О.В. Обухова,

к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения,
obuhova@mednet.ru

Ф.Н. Кадыров,

д.э.н., профессор, заместитель директора, kadyrov@mednet.ru
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия

ЭФФЕКТИВНЫЕ СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЕТЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

УДК 614.2

Обухова О.В., Кадыров Ф.Н. Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете Программы государственных гарантий (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия)

Аннотация: В статье рассмотрены вопросы, на сегодняшний день препятствующие обоснованному выбору эффективных способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи населению при различных условиях ее предоставления. Даны рекомендации по применению действующих методических материалов для разработки методики расчета тарифов по эффективным способам оплаты медицинской помощи, ориентированной на результат деятельности медицинской организации.

Ключевые слова: эффективные способы оплаты медицинской помощи, обращение, подушевое финансирование, законченный случай.

Вопрос выбора эффективных способов оплаты медицинской помощи продолжает оставаться особо актуальным в силу выраженной направленности всех действующих положений нормативно-законодательных документов федерального уровня, касающихся реструктуризации системы оказания медицинской помощи, в сторону повышения ее медико-экономической эффективности и усиления профилактических мер среди населения.

Согласно Методическим рекомендациям Минздрава России о разработке планов мероприятий («дорожных карт») [1], органами государственной власти субъекта Российской Федерации утверждены мероприятия структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в рамках мероприятий «Дорожной карты» Программы развития здравоохранения субъектов Российской Федерации. Седьмым пунктом плана мероприятий рекомендовано к 1 апреля 2013 года сформировать модель ресурсного обеспечения системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, которая включает мероприятия по внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

© О.В. Обухова, Ф.Н. Кадыров, 2013 г.



Вопрос об отнесении того или иного способа оплаты медицинской помощи к эффективным является давней проблемой. Законодательно рекомендация применять эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций, указывалась в содержании программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — ПГГ), начиная с 2009 года. При этом следует отметить, что текст ПГГ не только не содержал каких-либо разъяснений о порядке выбора того или иного способа оплаты, но и порой вводил в заблуждение разработчиков территориальных программ государственных гарантий (далее — ТПГГ).

Так, в ПГГ на 2010 год указывалось, что эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат деятельности медицинских организаций, применяются при реализации территориальной программы с учетом рекомендаций Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В этих рекомендациях [3] на рис. 1 «Способы оплаты медицинских услуг, ориентированные на результаты деятельности медицинских организаций, при реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» изображен алгоритм формирования групп, объединяющих болезни, по своим характеристикам схожий с клинико-статистическими группами болезней. Из этого следует, что к способам, ориентированным на результат, можно отнести только один из указанных в перечне к ПГГ за 2011–2012 годы, то есть клинико-статистические группы. Тогда неясным остается вопрос, относятся ли к эффективным, ориентированным на результат, другие указанные способы: законченный случай, подушевой принцип финансирования амбулаторной медицинской помощи, на основе подушевого финансового обеспечения ока-

зания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи, средняя стоимость стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, единица объема оказанной медицинской помощи.

Надо сказать, что и дальнейшая проработка материала указанных рекомендаций не дает представления о том, какой из способов является эффективным, какими преимуществами и недостатками обладает каждый из них. Так, в таблице 1 «Сравнительная характеристика способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях» такие свойства, как заинтересованность в оказании оптимального объема медицинской помощи и обеспечении качества, обеспечение профилактической работы, отмечены для способа «оплаты медицинских услуг (как комплексных услуг — посещение врача, так и простых услуг — лабораторное исследование, процедура и т.п.)», хотя именно данный способ оплаты является затратным, характеризующимся «отсутствием стимулов к оказанию оптимального объема медицинской помощи и обеспечению качества лечения обеспечение профилактической работы».

Кстати, в ПГГ на 2012 год из способов оплаты, ориентированных на результат, способ оплаты за единицу объема оказанной медицинской помощи был исключен.

Достоверную информацию о возможных способах оплаты медицинской помощи относительно условий ее предоставления, о достоинствах и недостатках каждого из них можно найти в Методических рекомендациях по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации, утвержденных Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее — ФФОМС) в 1993 году [2].

В ПГГ за указанные периоды, а также на 2013 г., и плановый периоды в перечне способов оплаты фигурирует термин «закончен-





ный случай». Неопределенность данного термина в федеральных нормативных документах привела к тому, что на уровне субъектов Российской Федерации под данным термином понимают разные способы оплаты. Так, под законченным случаем лечения в качестве способа оплаты медицинской помощи в нормативно-законодательных документах уровня субъектов использованы: оплата по однородным группам заболеваний, оплата по медико-экономическому стандарту, оплата по средней стоимости лечения на профильной койке, и даже оплата на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи.

К сожалению, многими разработчиками способов оплаты упускается из вида один из принципиальных классификационных признаков, а именно, метод возмещения расходов. Как известно, возможны ретроспективный (по фактическим затратам) и нормативный (по заранее рассчитанным тарифам) метод оплаты. Понятно, что законченный случай (он же — оплата за пролеченного больного (см. ниже)) производится по факту выполнения, а оплата по подушевому нормативу производится медицинской организацией предварительно в форме аванса, до оказания собственно медицинской помощи. И первый, и второй методы имеют свои преимущества и недостатки.

Исследование вопроса о том, что же подразумевается под законченным случаем как способом оплаты, отсылает к Письму Минздравсоцразвития России № 14-3/10/2-11668 от 24 ноября 2011 г., где указано, что «...законченным случаем лечения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях признается ограниченный временным интервалом объем медицинской помощи, оказанный пациенту по основному заболеванию в медицинской организации...». И здесь же дается разъяснение, что «...размер тарифа за законченный случай лечения рассчитывается в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования, рассматривается комиссией по разработке

территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее — Комиссия) и устанавливается тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации...».

Но, если обратиться к тексту Правил обязательного медицинского страхования [7], то обнаруживается отсутствие как самого понятия «законченный случай», так и методики расчета тарифа за законченный случай лечения. При этом в указанных Правилах пунктом 166 регламентируется расчет тарифа за пролеченного больного, исходя из затрат на оказание медицинских услуг с учетом:

- их перечня, среднего количества, частоты применения и стоимости;
- затрат на лекарственные препараты с учетом их перечня, разовых и курсовых доз и стоимости;
- стоимости применяемых в процессе лечения изделий медицинского назначения;
- перечня препаратов крови с указанием количества, частоты предоставления и стоимости;
- перечня диетического (лечебного и профилактического) питания с указанием количества, частоты его предоставления и стоимости.

Представленный состав расходов за пролеченного больного говорит о том, что подразумевается оплата на основе медико-экономического стандарта, что вполне логично, исходя из периода действия данных документов (2011–2012 годы — действие программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, где одной из задач было широкое внедрение в практику оплаты медицинской помощи медико-экономических стандартов).

Из проведенного исследования можно заключить, что в федеральных документах под законченным случаем подразумевалась оплата за пролеченного больного по медико-экономическим стандартам в стационарных условиях. Если мы обратимся к ПГГ на





2013–2015 годы, то увидим, что термин «законченный случай» применялся для всех условий предоставления медицинской помощи. При этом для амбулаторных условий единицей оплаты по законченному случаю лечения указано обращение, а для стационарных и условий дневного стационара способ оплаты за «законченный случай» оставался безотносительным от собственно способа расчета тарифа (таких, как по МЭС, по средней стоимости койко-дня в профильном отделении или другое).

Следует отметить, что в Программе государственных гарантий на 2014–2016 годы (Постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 № 932) в качестве основного способа оплаты как для дневных, так и для стационаров круглосуточного пребывания указан «законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний)». Причем в Программу внесены существенные корректизы в отношении нормативных показателей по стационарной помощи. Так, в качестве объемного и стоимостного норматива по медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, указан случай госпитализации на 1 жителя и на 1 застрахованное лицо. То есть по данным условиям предоставления медицинской помощи в Программе предусмотрено соответствие норматива и способа оплаты. Напомним, что случай госпитализации является базовой ставкой для расчета стоимости клинико-статистических групп болезней.

Норматив по стационарной помощи разбит на этап собственно госпитализации и на этап реабилитации с установленным соответствующим объемным показателем, выраженным в койко-днях. Это создает дополнительные трудности для расчетов за законченный случай госпитализации, так как по всем имеющимся нормативным документам реабилитация является неразрывным этапом стационарного лечения пациента.

В этом смысле дневным стационарам повезло меньше. Так, несмотря на указанный выше способ оплаты, нормативные показатели остались прежними в виде пациенто-дней.

Если говорить по поводу законченного случая в амбулаторных условиях — 1 обращение — то следует внести в Правила обязательного медицинского страхования в пункт 155, регламентирующий варианты расчета тарифа в системе ОМС, и такой вариант тарификации медицинской помощи. Кстати говоря, в целях реализации данного принципа оплаты в амбулаторных условиях можно воспользоваться методикой, изложенной в методических рекомендациях «Способы оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» [5], утвержденных в конце прошлого года

В данных методических рекомендациях указана и наиболее полная трактовка понятия законченного случая оказания медицинской помощи применительно к разным условиям ее оказания.

Следующим вопросом, касающимся способов оплаты медицинской помощи, перечисленных в действующей ПГГ, является понимание такой вариации, как оплата медицинской помощи на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи и оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. Естественно, возникает вопрос, каким же способом расчета тарифов следует руководствоваться для произведения таких способов оплаты, на основе расчета подушевого норматива или за единицу стоимости? Если исходить из классификационных признаков данных способов оплаты, указанных в Методических рекомендациях Минздравсоцразвития, то становится ясным, что указанные два





способа (подушевой и за единицу объема) взаимоисключают друг друга по многим позициям, в том числе и по таким формальным, как по методу возмещения расходов, по степени ориентации на объемы деятельности и по уровню агрегирования единицы объема деятельности медицинского учреждения, подлежащей оплате. Поэтому речь в данном случае должна идти либо о подушевом, либо об оплате за единицу объема. Последствия использования смешанного варианта расчетов за оказанную медицинскую помощь изложены ниже.

Базовым звеном проведения структурных преобразований является первый уровень системы оказания медицинской помощи, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью. Поэтому выбор адекватного способа оплаты медицинской помощи именно для этого звена, стимулирующего профилактическую направленность, является особо актуальным. Из предложенных в ПГГ способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, два ориентированы на внедрение подушевого принципа оплаты на прикрепленное к медицинской организации население: по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи: за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай); по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

Анализ опыта разработки моделей подушевого принципа финансирования ПМСП на прикрепленное население позволил создать следующий перечень вариаций данного метода:

1. Подушевой принцип финансирования звена ПМСП на одного прикрепившегося с

учетом половозрастной структуры и других параметров, влияющих на потребление медицинской помощи, включающий затраты только на деятельность самого звена ПМСП (далее — чистый подушевой принцип финансирования).

2. Подушевой принцип финансирования звена ПМСП, включающий затраты только на деятельность самого звена ПМСП, с учетом выполненных объемов по услугам сторонних медицинских организаций-исполнителей и показателей конечных результатов (далее — условное фондодержание).

3. Подушевой принцип финансирования с правом управления средствами оплаты медицинских услуг (фондами) сторонних медицинских организаций-исполнителей, оказывающих медицинскую помощь застрахованному прикрепленному населению, включающий затраты на все установленные виды и объемы медицинской помощи (далее — реальное фондодержание). Может быть организовано в двух вариантах: частичное и полное фондодержание.

Если в первом способе, указанном в ПГГ на 2013 и последующий период, подразумевается, вероятно, чистый подушевой принцип оплаты, то во втором указан наиболее рискованный с экономической точки зрения, в специальной литературе именуемый фондодержанием.

Говоря о первом способе, хочется отметить, что в том виде, в котором он указан в ПГГ, он никак не может обеспечить необходимые качественные сдвиги в профилактическую сторону. Есть ряд субъектов, которые планирование финансовых средств ПМСП осуществляют исходя из подушевого норматива на прикрепленных, а оплату оказанной помощи производят за выполненные утвержденные объемы по стоимости 1 посещения. При этом главной задачей медицинской организации является выполнение установленных объемных показателей по посещениям. При весьма низких тарифах это и единственный способ финансового выживания.



Естественно, ни о каких-либо управляющих рычагах, тем более об усилении профилактической направленности речи не идет. Как отмечают эксперты, при таком подходе наблюдается отсутствие связи между экономическим результатом (его попросту нет) и клиническими результатами деятельности медицинских организаций.

Ситуация усугубляется еще и тем, что в ПГГ на 2013 год для амбулаторных условий установлен новый объемный норматив — 1 обращение по поводу заболевания, но не установлен норматив кратности посещений в одном обращении. Из комментариев Минздрава России [10] вытекает, что кратность посещений в одном обращении в связи с заболеванием составляет от 2,6 до 3,2. Расчеты стоимости одного посещения в одном обращении в зависимости от указанных границ кратности посещений составляют от 297,3 до 241,3 руб. Естественно, что медицинским специалистам при одинаковой стоимости обращения выгоднее выполнять меньшее количество посещений.

Проблема норматива по обращениям состоит еще и в том, что лечение различных нозологий требует различного числа посещений до выполнения законченного случая.

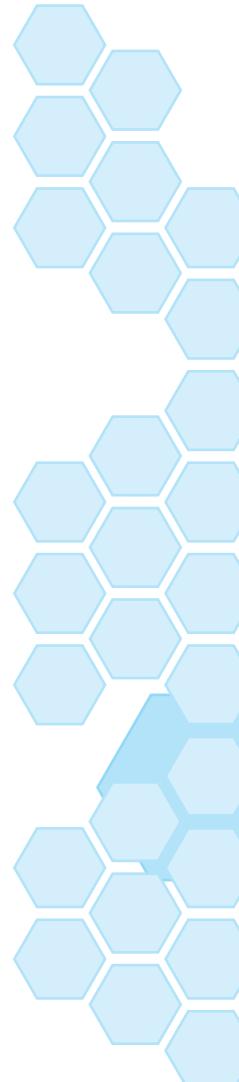
Другая проблема, которая кроется в указанных объемных и стоимостных нормативах для амбулаторных условий, состоит в том, что стоимость профилактического посещения оказывается меньше, чем стоимость 1 обращения при выполнении 2,6 посещения (разница составляет 31 руб.). Но 2,6 посещения также нереальны, как и полчеловека, поэтому медицинским персоналом будут выполняться в среднем либо 2, либо 3 посещения. И тогда стоимость 1 посещения в обращении может составить от 386,15 до 257,43 руб., а разница между посещением с профилактической целью и в связи с заболеванием составит 119,85 руб. Если же исходить из логики необходимости усиления профилактической работы, то 1 посещение с профилактической целью должно обеспечивать большие финансовые стимулы для

медицинских работников, нежели обращаемость в связи с заболеванием.

Для оплаты медицинской помощи в стационарных условиях в ПГГ указаны: за законченный случай лечения заболевания, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний). К сожалению, неопределенность в понимании того, каким же способом рассчитывается тариф за законченный случай при первом способе, приводит к тому, что многие субъекты в ТПГГ в качестве законченного случая указывают расчет тарифа за законченный случай лечения по тарифам одного койко-дня в профильном отделении. Надо сказать, что оплата за единицу объема стационарной медицинской помощи до сих пор остается востребованной и широко используемой, поэтому данный факт требует пересмотра в ПГГ способов оплаты для стационарных условий с четким указанием возможных вариантов расчета тарифа на стационарную помощь, таких как по тарифам одного койко-дня в профильном отделении, по медико-экономическим стандартам, по клинико-статистическим группам болезней.

Обращаем внимание, что в качестве эффективного способа оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, Министерством здравоохранения рекомендуется использовать метод, основанный на группировке заболеваний по определенным схожим характеристикам (так называемые клинико-статистические группы болезней).

В качестве способов оплаты скорой медицинской помощи в ПГГ предложены следующие: по подушевому нормативу финансирования, за вызов скорой медицинской помощи, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи. При этом в Методических рекомендациях Минздрава России «Скорая медицинская помощь в системе ОМС: этап становления, перспективы развития» [4] на основании опыта субъектов Рос-





сийской Федерации, ранее перешедших на новую систему финансирования скорой медицинской помощи, делается вывод, что в сложившихся условиях наиболее оптимальным является оплата по подушевому тарифу, а в последующем планируется переход на оплату медицинской помощи на основе стандартов (при условии полного финансового обеспечения объема помощи, предусмотренного стандартами). То есть, если работать на перспективу, то в перечне способов оплаты скорой медицинской помощи следует указать оплату за пролеченного больного (законченный случай) с расчетом тарифов либо по медико-экономическим стандартам, либо по клинико-статистическим группам болезней и др.

Итак, на сегодняшний день Министерством здравоохранения Российской Федерации ведется масштабная работа по приведению к единобразию как понятийного аппарата, так и к соответствию всех нормативно-законодательных документов, принятых

в последнее время, в том числе и касающихся вопросов о выборе способа оплаты медицинской помощи.

При разработке территориальных программ государственных гарантий субъектам рекомендуется в своей работе учитывать рассмотренные в статье особенности тех или иных способов оплаты в зависимости от условий предоставления медицинской помощи. Для оценки преимуществ и недостатков того или иного способа оплаты следует использовать методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС, разработанные ФФОМС, а в качестве базы для разработки методики расчета тарифа по обращению, по клинико-статистическим группам болезней — Рекомендации Минздрава России «Способы оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».

Литература

- 1.** Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации».
- 2.** «Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации» (утв. ФФОМС 18.10.1993).
- 3.** Письмо Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2009 № 20-0/10/2-5067 «О направлении Рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи».
- 4.** Письмо Минздрава России № 14-0/10/2-2564, ФФОМС № 7155/30 от 26.09.2012 «О направлении Методических рекомендаций «Скорая медицинская помощь в системе ОМС. Этап становления, перспективы развития».
- 5.** Письмо Минздрава России от 20.12.2012 № 14-6/10/2-5305 «О направлении рекомендаций «Способы оплаты медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)».
- 6.** Постановление Правительства РФ от 04.10.2010 № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год».



- 7.** Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н (ред. от 22.03.2013) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
- 8.** Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».
- 9.** Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
- 10.** Разъяснения Минздрава России от 20.12.2012 «По Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014–2015 годов».

UDC 614.2

Obuhova O.V., Kadyrov F.N. *Effective ways to pay for health care of the government guarantee program* [Federal Public Health Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Public Health of Russian Federation, Moscow, Russia]

Annotation: The question which discussed in this article are evidence-based selection impeding effective ways to pay for health care provided by health care organizations within the regional programs of state guarantees of free medical care under different conditions of its provision. Recommendations on the use of existing materials for development of a methodology for calculating tariffs on effective methods of payment for medical care, result-oriented activities of the medical organization are given.

Keywords: *effective ways to pay for medical care, treatment, per capita funding, pay per patient treated.*

Здравоохранение-2013

ПРАВИТЕЛЬСТВО ВЫДЕЛИТ НА БЕСПЛАТНУЮ МЕДПОМОЩЬ В 2014 ГОДУ 1,7 ТРЛН. РУБ

Правительство РФ выделит на территориальные программы госгарантий бесплатной медицинской помощи в 2014 году на 229,2 млрд. рублей больше по сравнению с 2013 годом.

Всего Правительство в этом году выделило на бесплатную медпомощь субъектам РФ 1,727 триллиона рублей, в прошлом году эта цифра была меньше — 1,498 триллиона рублей. Финансирование увеличили в целом на 15,3%. Проект постановления рассмотрели и одобрили на заседании Правительства в четверг.

Программа госгарантий бесплатной медицинской помощи была разработана Минздравом России для того, чтобы эффективнее оказывать бесплатные медицинские услуги и управлять ресурсами здравоохранения. Программа определяет те болезни, за лечение которых не придется платить, а также устанавливает нормативы денежных затрат на оказание медпомощи. Субъекты РФ в соответствии с Программой утверждают свои территориальные программы.

Источник: <http://ria.ru>



А.А. Гильманов,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения и с курсом медицинской информатики Казанского государственного медицинского университета, г. Казань, Россия, Anas.Gilmanov@tatar.ru

И.И. Хайруллин,

главный врач Государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны, Россия, ildar.hayrullin@tatar.ru

Л.А. Нурмыева,

заместитель главного врача Государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны, Россия, liliya.nurmyeva@tatar.ru

О.И. Леонтьева,

заведующая клинико-диагностической лабораторией Государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны, Россия, olga.leonteva@tatar.ru

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОРОДА НА БАЗЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ КРУПНОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

УДК 614.2

Гильманов А.А., Хайруллин И.И., Нурмыева Л.А., Леонтьева О.И. Централизация лабораторной службы государственных медицинских учреждений города на базе клинико-диагностической лаборатории крупного многопрофильного стационара (Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия; ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи», г. Набережные Челны, Россия)

Аннотация. Проведен статистико-экономический анализ эффективности централизации лабораторной службы на основе методических рекомендаций «Оценка экономических показателей работы клинико-диагностических лабораторий», утвержденных Минздравом СССР от 20 декабря 1989 г. № 10-11/163. Проведя анализ работы клинико-диагностической лаборатории за 2010–2013 гг., было установлено, что имеются подтвержденные расчетами данные, объективно свидетельствующие об эффективности централизации лабораторной службы: средняя стоимость 1 анализа уменьшилась на 212%; количество исследований на пациентов на 1 руб. затрат повысилась на 212,7%; количество исследований на 1 пролеченного больного повысилась на 0,8%; коэффициент экономической эффективности составляет 212,6%; улучшение качества анализов; повысилась производительность труда на 1 сотрудника на 146%.

Ключевые слова: централизация, эффективность, клинико-диагностическая лаборатория.

Введение (актуальность)

Клиническая лабораторная диагностика дает около 80% объема объективной диагностической информации, необходимой для своевременной постановки диагноза и контроля над эффективностью проводимого лечения. На сегодняшний день большинством исследователей признается, что централизация и автоматизация —

© А.А. Гильманов, И.И. Хайруллин, Л.А. Нурмыева, О.И. Леонтьева



устойчивые мировые направления в организации лабораторных служб.

Однако функционирование лабораторной службы в большинстве медицинских организаций РФ строится на принципах децентрализации, используется устаревшее оборудование. При этом высока доля ручных методов исследования, часто имеется неэффективное использование и загрузка имеющегося лабораторного оборудования, отсутствует внешний независимый контроль качества — все это приводит к низкому качеству исследований и неэффективности работы подразделения.

Проблема эффективности клинических и диагностических служб — одна из важнейших проблем, стоящих перед медицинской организацией. Хозяйственная деятельность предполагает постоянное соизмерение результатов и затрат, определение наиболее эффективного варианта действий. В общем виде эффективность означает осуществление какого-либо процесса с минимальными затратами, усилиями и потерями. Экономическая эффективность — показатель, определяемый соотношением экономического эффекта (результата) и затрат, породивших этот эффект (результат). Иными словами, чем меньше объем затрат и чем больше величина результата хозяйственной деятельности, тем выше эффективность, то есть производительность труда — это основной показатель эффективности.

Решение проблемы повышения эффективности лабораторной службы возможно путем создания централизованной лаборатории. В статье освещается опыт создания такого подразделения на базе крупного многопрофильного медицинского учреждения.

Материал и методы

Министерством здравоохранения Республики Татарстан в 2011 г. был издан Приказ № 1754 от 22.12.2011 «Об организации работы клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны», на основании которого началась работа по созданию централизованной лаборатории, на базе

которой было запланировано выполнение исследований для маломощных лабораторий медицинских учреждений города.

Целью проекта по централизации лабораторной службы города являются оптимизация и повышение эффективности клинико-диагностических исследований.

Основными задачами проекта по централизации лабораторной службы являлись концентрация высококлассных специалистов и высокотехнологичного оборудования; обеспечение бесперебойного проведения исследований; обеспечение высокого качества исследований; повышение медицинской и экономической эффективности лабораторной службы.

При оценке экономических показателей работы клинико-диагностической лаборатории были использованы статистические данные, отчетные формы учреждения, методические рекомендации «Оценка экономических показателей работы клинико-диагностических лабораторий», утвержденных Минздравом СССР от 20 декабря 1989 г. № 10-11/163.

Наиболее важными среди рекомендуемых показателей представляются следующие:

- средняя стоимость 1 анализа;
- количество анализов на пациентов на 1 рубль расходов;
- среднее количество исследований на 1 больного;
- коэффициент экономической эффективности;
- экономия текущих затрат от введения централизации;
- улучшение качества анализов;
- повышение производительности труда.

Результаты и их обсуждение

При анализе работы КДЛ и расчетах было выделено 3 этапа:

1 этап — лаборатория до реконструкции — 2010 г.

2 этап — лаборатория после реконструкции до централизации — 2011 г.

3 этап — лаборатория после централизации — 2012–2013 год, 1 полугодие.





Таблица 1

Фактические затраты на клинико-диагностическую лабораторию за 2010 год

№ п\п	Вид расходов	КОСГУ	1 054 635	
			2010 г.	Структура
1	Заработка плата		5 714 690,00	39,04
2	Начисления на заработную плату		1 725 836,38	11,79
3	Медикаменты и расходные материалы	340306	6 557 973,26	44,80
Итого прямых затрат			13 998 499,64	95,62
Стоимость 1 исследования			13,27	0,00
Косвенные затраты			640 939,95	4,38
Стоимость 1 исследования			0,61	0,00
Итого с косвенными затратами			14 639 439,59	100,00
Стоимость 1 исследования			13,88	
Экономический эффект, %				
221			319 900,00	
222			739 000,00	
223			18 743 300,00	
225			5 471 100,00	
226			12 238 100,00	
290			60 700,00	
340000			4 319 400,00	
Итого			41 891 500,00	
Общая площадь, кв.м.		48567		
Занимаемая площадь КДЛ, кв.м.		742		
Доля затрат на лабораторию, в %		1,53	640 939,95	

1 этап

В клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ РТ БСМП до реконструкции выполнялись 163 вида и ежегодно выполнялось около 1,05 млн. исследований. До 2010 г. современное оборудование в лаборатории отсутствовало — все лабораторные исследования выполнялись ручным методом. В 3 квартале 2010 г. введен в эксплуатацию биохимический анализатор Архитект 8000 и иммуно-химический анализатор Архитект 2000 с компьютерным программным обеспечением. Было установлено непрерывное обеспечение анализаторов очищенной водой с помощью водной станции «Медиана-фильтр». В конце 2010 года произведен

ввод в эксплуатацию новых анализаторов: анализатор гематологический, коагулометрический, анализатор критических состояний и др.

Как видно из таблицы 1, количество исследований в 2010 году составило 1 054 635, на 1 штатную единицу выполнено 19 351 исследование. Себестоимость 1 исследования — 13,88 руб. По структуре затрат медикаменты и расходные материалы занимают 44,8%, фонд оплаты труда — 50,8%, косвенные затраты — 4,4%. На 1 руб. затрат выполнено 0,07 исследования. Количество пролеченных больных в 2010 году — 22 973, среднее количество исследований на 1 больного — 46.



Таблица 2

**Анализ обеспеченности штатами и физическими лицами
в клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ РТ «БСМП» в 2011 году**

Категория персонала	2011 г.				
	Штатное расписание по нормативам	Утвержденное штатное расписание	Отклонение от норматива, %	Количество физических лиц	Укомплектованность, %
Врачи	19,75	15,25	77,22	12	78,7
Средний персонал	58,00	39,00	67,24	25	64,1
Младший персонал	19,50	9,00	46,15	6	66,7
Итого:	97,25	63,25	65,04	43	68,0

Таблица 3

**Анализ обеспеченности штатами и физическими лицами
в клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ РТ «БСМП» в 2012 году**

Категория персонала	2012 г.				Отклонение 2012 г. к 2011 г., %		
	Утвержденное штатное расписание	Отклонение от норматива, %	Количество физических лиц	Укомплектованность, %	Утвержденное штатное расписание	Количество физических лиц	Укомплектованность, %
Врачи	29,00	146,84	19	65,5	190,164	158,33	83,261
Средний персонал	56,25	96,98	40	71,1	144,231	160	110,93
Младший персонал	13,00	66,67	12	92,3	144,444	200	138,46
Итого:	98,25	101,03	71	72,3	155,336	165,12	106,3

2 этап

В конце 2010–2011 гг. по программе «Реконструкция МУЗ Больницы скорой медицинской помощи» в клинико-диагностическую лабораторию на приобретение нового оборудования были направлены инвестиции на сумму 45,0 млн. руб. Были закуплены 30 новых анализаторов, внедрены новые методики исследований. В 2011 году по лаборатории выполнялись 207 видов исследований, в 2012 году этот показатель составил 240 видов.

В 2011 году, согласно штатному расписанию в клинико-диагностической лаборатории количество штатных единиц составило 63,25, в том числе врачи — 15,25 ед., средний медицинский персонал — 39,0 ед., младший медицинский персонал — 9. Укомплектованность персоналом составила 68% (табл. 2).

В 2012 году были дополнительно выделены штаты — 64,5 ед. Укомплектованность персоналом составила 72,3%, увеличение по сравнению с предыдущим годом на 6,3% (табл. 3).

В конце 2010 года были произведены расчеты по загруженности оборудования по фактическим исследованиям за 2010 год и прогнозируемые на 2011 год. Как показал анализ, при плановой мощности оборудования в 1 смену на 3,7 млн. исследований фактические объемы всего составили 2,3 млн. исследований, что привело к загруженности лабораторного оборудования на 62,2%.

Как видно из таблицы 4, количество исследований в 2011 году составило 2 297 557 — по сравнению с 2010 годом, увеличение на 218%; на 1 штатную единицу выполнено 42 351 исследование, по сравнению с





Таблица 4

Фактические затраты на клинико-диагностическую лабораторию в 2011 году

№ п\п	Вид расходов	Количество исследований, всего	
		КОСГУ	2011 г.
1	Заработка плата	211	8 433 011,01
2	Начисления на заработную плату	213	2 546 769,33
3	Медикаменты и расходные материалы	340306	51 388 132,26
Итого прямых затрат			62 367 912,60
Стоимость 1 исследования, руб.			27,15
Косвенные затраты			1 000 121,56
Стоимость 1 исследования			0,44
Итого с косвенными затратами			63 368 034,16
Стоимость 1 исследования, руб.			27,58
Экономический эффект, %			
		221	530 000,00
		222	695 120,65
		223	24 481 348,58
		225	19 107 845,42
		226	7 510 472,02
		290	1 851 720,00
		340000	11 190 915,83
Итого			65 367 422,50
Общая площадь, кв. м.		48 567	
Занимаемая площадь КДЛ, кв. м.		742	
Доля затрат на лабораторию, в %		1,53	1 000 121,56

Кроме того, фактические косвенные затраты по содержанию зданий и оборудования

предыдущим годом на 219% больше; на 1 сотрудника — 62 096 исследований за 2011 г.; себестоимость 1 исследования — 27,58 руб., удорожание на 198%. Если анализировать структуру затрат за 2011 год, основной причиной удорожания является ввод нового оборудования и приобретение расходных материалов. За этот год медикаменты и расходные материалы списаны на сумму 51,4 млн. руб. по сравнению с предыдущим годом увеличение в 8-кратном размере. В 2011 году среднее количество исследований на 1 больного с 46 исследований увеличилось до 116 исследований, что составило 252%.

По структуре затрат медикаменты и расходные материалы занимают 81%, фонд оплаты труда — 17,3%, косвенные затраты —

1,6%. На 1 руб. затрат выполнено 0,04 исследования.

Чтобы максимально загрузить лабораторное оборудование и в целях улучшения качества работы лабораторной службы Республики Татарстан, Министерством здравоохранения Республики Татарстан было принято решение о централизации лабораторных служб города Набережные Челны на базе ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи». Был издан Приказ МЗ РТ за № 1754 от 22.12.2011 «Об организации работы клинико-диагностической лаборатории ГАУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи» г. Набережные Челны».

2012 год — год реализации проекта по централизации. С 1 января 2012 года в



Таблица 5

Фактические затраты на клинико-диагностическую лабораторию в 2012 году

Количество исследований, всего		5 341 534		
№ п\п	Вид расходов	КОСГУ	2012 г.	Структура
1	Заработка плата	211	13 015 516,90	15,64
2	Начисления на заработную плату	213	3 930 686,10	4,72
3	Медикаменты и расходные материалы	340306	64 557 943,87	77,57
Итого прямых затрат			81 504 146,87	97,93
	Стоимость 1 исследования		15,26	
Косвенные затраты			1 722 258,33	2,07
	Стоимость 1 исследования		0,32	
Итого с косвенными затратами			83 226 405,20	100,00
	Стоимость 1 исследования		15,58	
Экономический эффект, %			177,01	
	221	490 000,00		
	222	587 878,82		
	223	37 706 748,49		
	225	26 006 148,48		
	226	8 484 291,42		
	290	25 518 314,00		
	340000	13 772 522,41		
Итого			112 565 903,62	
Общая площадь, кв. м.		48 567		
Занимаемая площадь КДЛ, кв. м.		742		
Доля затрат на лабораторию, в %	1,53	1 722 258,33		

пицетном режиме начались исследования биологического материала, поступающего из Набережно-Челнинского психоневрологического диспансера — филиала ГАУЗ «РКПБ им. ак. В.М. Бехтерева МЗ РТ». С 1 марта к проекту присоединилась МАУЗ «Городская поликлиника №3», а с 1 июля 2012 г. все остальные амбулаторно-поликлинические учреждения г. Набережные Челны, ГАУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», филиал ГАУЗ «РКПД» — «Набережночелнинский противотуберкулезный диспансер».

Для организации работ дополнительно введены штаты в количестве 64,5 ед., в том числе врачи — 13, средний медицинский персонал — 33 шт. ед. Кроме медицинского персонала, введены должности: водитель,

оператор ЭВМ, подсобный рабочий. Организованы работы по доставке биологического материала, ввод данных в систему ЛИС (лабораторные информационные системы) и передача результатов по лечебным учреждениям города по защищенному каналу VIP-NET.

Как видно из таблицы 5, количество исследований в 2012 году составило 5 341 534, увеличение составило 232% к предыдущему году; на 1 штатную единицу выполнено 62 562 исследования по сравнению с 2011 г. рост составил 148%; на 1 работника 90 534 исследований, что на 146% больше, чем за предыдущий год. Себестоимость 1 исследования — 15,58 руб. — уменьшение на 177%. По структуре затрат: медикаменты и расходные материалы занимают 77,57%, по срав-





Таблица 6

**Фактические затраты на клинико-диагностическую лабораторию
в 1-м полугодии 2013 года**

Количество исследований всего			3 587 301	
№ п\п	Вид расходов	КОСГУ	1 полугодие 2013 г.	
			Сумма, руб.	Структура
1	Заработка плата	211	10 271 908,01	22,08
2	Начисления на заработную плату	213	3 102 116,22	6,67
3	Медикаменты и расходные материалы	340306	32 534 904,58	69,94
Итого прямых затрат			45 908 928,81	98,69
Стоимость 1 исследования			12,80	
Косвенные затраты			611 106,48	1,31
Стоимость 1 исследования			0,17	
Итого с косвенными затратами			46 520 035,29	100,00
Стоимость 1 исследования			12,97	
Экономический эффект, %			120,15	
			221	203 866,67
			222	255 187,70
			223	20 487 321,10,
			225	11 644 731,16
			226	10 566 425,77
			290	12 887 888,80
			340000	4 383 500,00
Итого				39 941 600,10
Общая площадь, кв. м.			48 567	
Занимаемая площадь КДЛ, кв. м.			742	
Доля затрат на лабораторию, в %			1,53	611 106,48

Кроме того, фактические косвенные затраты по содержанию зданий и оборудования

нению с 2011 годом уменьшение на 3,43%; фонд оплаты труда — 20,36%, увеличение с предыдущим годом на 3,06% за счет увеличения штатной численности на 64,5 ед.; косвенные затраты составили 2,07%, рост по отношению к предыдущему году на 0,47%; на 1 руб. затрат выполнено 0,06 исследования, увеличение с предыдущим годом на 150%.

Как видно из таблицы 6, в 1-м полугодии 2013 года выполнено 3 587 301 исследование, увеличение по сравнению с 2011 г. составило 156,1%; на 1 штатную единицу пришлось 37 271 исследование, что по сравнению с 2011 г. меньше на 12%. Мы связываем это с тем, что не все параметры, которые выдают автоматические анализаторы,

учитываются (например: клинический анализатор крови, анализатор выдает 18 показателей, но, согласно Приказу № 380, в клиническом анализе крови должно быть 7 показателей, то есть в отчет включаются 7 показателей); себестоимость 1 исследования по сравнению с 2011 годом с 27,58 уменьшилось до 12,13 руб., что составило 212,7%; на 1 руб. затрат выполнено 0,077 исследования, то есть увеличение по сравнению с 2011 годом составило 214%.

В 2011 году пролечено больных — 19 821, среднее количество 115,9 исследования на 1 больного; в первом полугодии 2013 года пролечено больных — 10 323, среднее количество 112 исследований на 1 больного (табл. 7).



Таблица 7

Сравнительная таблица основных экономических показателей по клинико-диагностической в 2010–2013 гг.

Наименование показателя	До реконструкции – 2010 год	После реконструкции – до централизации – 2011 год	Год централизации – 2012 год	После централизации – 2013 год 1 п.г.	Отклонение 2013 г. к 2011 г.
1	2	3	4	5	6
Виды исследований	163	207	240	250	120,8
Количество исследований	1 054 635	2 297 557	5 341 534	3 587 301	156,1
в том числе по централизации лаб. сл.			2 608 762	2 428 321	
Количество штатных единиц, всего	57,00	63,25	98,25	115,25	182,2
в том числе врачи	17	15,25	29,00	30,00	196,7
средний мед. персонал	37,5	39,00	56,25	66,25	169,9
Количество исследований на 1 шт. ед.	19 351	42 351	62 657	37 271	88,0
Стоимость 1 исследования, прямые затраты, руб.	13,88	27,15	15,26	11,96	212,1
Стоимость 1 исследования, с косвен. затратами, руб.		27,58	15,58	12,13	212,6
Количество пролеченных больных	22 973	19 821	25 419	10 323	52,1
Среднее количество исследований на 1 больного, без объемов централизации	46	115,92	107,51	112,27	96,9
Фактические затраты на КДЛ, руб.	14 639 439,59	63 368 034,16	83 226 405,20	46 520 035,29	73,4
Количество исследований на 1 руб. затрат	0,0720	0,0363	0,0642	0,0771	212,7

Выходы

Проведя анализ работы клинико-диагностической лаборатории за 2010–2013 гг., можно сделать первые выводы об эффективности проекта централизации лабораторной службы города:

1. Средняя стоимость 1 анализа уменьшилась на 212%;
2. Количество исследований на пациентов на 1 руб. затрат увеличилось на 212,7%;
3. Количество исследований на 1 пролеченного больного увеличилось на 0,8%;
4. Коэффициент экономической эффективности составляет 212,6%;

5. Произошло улучшение качества анализов для амбулаторных учреждений;

6. Повысилась производительность труда: на 1 сотрудника — на 146%; на 1 шт. ед. — на 148%;

7. При централизации лабораторной службы загруженность оборудования возросла до 95%.

Заключение

Решение проблемы повышения эффективности лабораторной службы и качества исследований в государственных автономных и бюджетных медицинских организациях воз-





можно путем создания централизованной лаборатории. В статье освещается опыт создания такого подразделения на базе крупного многопрофильного медицинского учреждения, ГАУЗ РТ БСМП г. Набережные

Челны. Имеются веские доказательства на основании экономических расчетов, что при этом решаются вопросы повышения производительности труда и повышения эффективности.



ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Берестовская В.С., Козлов А.В. Централизация исследований как этап развития лабораторной службы//Медицинский алфавит. — 2012. — № 2. — С. 5–8.
- 2.** Годков М.А. Рентабельность лаборатории как средство повышения эффективности работы//Клиническая лабораторная диагностика. — 2010. — № 9. — С. 14.
- 3.** Ермакова Р.В., Макарова И.В. Организация лабораторной службы в много-профильной больнице экстренной помощи//Аллергология и иммунология. — 2006. — Т. 7. — № 3. — С. 444.
- 4.** Камышников В.С. Лабораторная медицина за рубежом: подготовка и клинико-лабораторная деятельность специалистов с медицинским и немедицинским образованием//Медицинские новости. — 2011. — № 3. — С. 55–61.
- 5.** Кишкун А.А., Баранова Н.И. Доказательная медицина и экономическая эффективность клинических лабораторных исследований//Клиническая лабораторная диагностика. — 2010. — № 9. — С. 15.
- 6.** Меньшиков В.В. О международном опыте стандартизации методов клинических лабораторных исследований//Клиническая лабораторная диагностика. — 2011. — № 4. — С. 53.
- 7.** Свещинский М.Л. Централизация лабораторной диагностики как путь практического обеспечения качества лечебного процесса//Здравоохранение. — 2005. — № 2. — С. 23–27.

UDC 614.2

Gilmanov A.A., Khayrullin I.I., Nurmyeva L.A., Leontyeva O.I. Efficiency of centralization of city medical institutions laboratories based on clinical diagnostic laboratory of large multi-discipline hospital (Kazan State Medical University, Kazan, Russia; GAUZ RT «Hospital of first medical aid» NaberejnyiChelni, Russia)

Abstract. There is processed a statistics-economic analysis of consequences of centralizing laboratory services. In order to complete it, there was finalized an analysis study of clinic-diagnostics laboratory work flow in the period of 2010–2013 years. It was proven a financial efficiency of laboratory services centralization.

Keywords: centralization, efficiency, clinical laboratory.



**С.А. Стерликов,
И.М. Сон,
О.Б. Нечаева,**

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия, sofы@yandex.ru

МЕТОДИКА РАСЧЕТА ОТРАСЛЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕГИСТРАЦИИ, ДИАГНОСТИКИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

УДК 614.2

Стерликов С.А., Сон И.М., Нечаева О.Б. Методика расчета отраслевых показателей регистрации, диагностики и эффективности лечения больных туберкулезом (Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)

Аннотация: Расчет отраслевых показателей регистрации, диагностики и лечения больных туберкулезом позволяет выявить основные проблемы, возникающие в ходе выявления, диагностики и лечения больных туберкулезом. В основу расчета показателей положены современные принципы биостатистики, опыт реализации международных программ по борьбе с туберкулезом, а также действующие нормативные документы. Изложены основные механизмы, влияющие на величину показателей, а также принятие управлеченческих решений в зависимости от соответствия показателей ожидаемым значениям.

Методические рекомендации предназначены для организаторов здравоохранения и врачей-фтизиатров, работающих в медицинских организациях регионального уровня управления системы здравоохранения, а также научных работников и специалистов по медицинской статистике.

Ключевые слова: туберкулез, регистрация, диагностика, эффективность лечения, отраслевые показатели, методика расчета

Введение

13

февраля 2003 года Минздравом России был принят Приказ № 50 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза», положивший начало новой системе отраслевой статистической отчетности, основанной на международных критериях регистрации случаев лечения больных туберкулезом. Сильной стороной системы мониторинга туберкулеза было обеспечение возможности анализа информации и принятия управлеченческих решений на любом уровне — от муниципального до федерального.

Принципы расчета показателей регистрации больных были опубликованы через 4 года после издания указанного приказа (Богородская Е.М. и соавт., 2008). Первые методические рекомендации, обеспечивающие возможность принятия управлеченческих решений, были разработаны Институтом фтизиопульмонологии в 2008 г. и рассматривали только расчет показателей регистрации и лечения без рекомендаций по их использованию в управлении. Однако в декабре 2008 года было издано информационное письмо, в результате которого были изменены отчет-

© С.А. Стерликов, И.М. Сон, О.Б. Нечаева, 2013 г.



ные формы мониторинга туберкулеза. В результате появились принципиально новые возможности по расчету показателей регистрации и эффективности лечения, которые не были отражены в указанных методических рекомендациях (раздельное выявление в общей лечебной сети впервые выявленных больных и больных рецидивом туберкулеза легких с бактериовыделением, определяемым методом микроскопии мокроты, раздельный расчет больных с неэффективным курсом химиотерапии и больных, перерегистрированных на 4 режим лечения вследствие выявления МЛУ МБТ и т.п.). Расчет части показателей качества микробиологической диагностики туберкулеза и эффективности лечения был изложен в разных источниках (Голышевская В.И. и соавт., 2009; Стерликов С.А. и соавт., 2012).

В настоящее время назрела необходимость создать на основании накопленного опыта рекомендации по расчету и оценке показателей регистрации и лечения, которые бы учитывали все внесенные в отчетные формы мониторинга туберкулеза изменения, а также позволили разрабатывать управленические решения в соответствии с их значениями.

Расчет и оценивание показателей регистрации

Расчет показателей регистрации позволяет оценить ее полноту у больных различной категории, спланировать потребность больных туберкулезом в лекарственном обеспечении.

При расчете полноты зарегистрированных для лечения впервые выявленных больных следует исходить из того, что для лечения должны быть зарегистрированы все впервые выявленные больные, за исключением выявленных посмертно.

Суммарное количество впервые выявленных больных туберкулезом определяется по форме 2-ТБ (стр. 1 гр. 3). Сумма указанных значений по гражданскому и пенитенциарному секторам должна соответствовать количе-

ству впервые выявленных больных туберкулезом, включенных в ф. № 8 Федерального статистического наблюдения «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» (за исключением больных, выявленных посмертно). Несоответствие количества больных в большинстве случаев указывает на дефекты регистрации.

Общее число случаев, зарегистрированных для лечения по 4 режиму химиотерапии, также определяется исходя из сведений стр. 8 гр. 10 формы 2-ТБ. Ожидаемое количество зарегистрированных для лечения по 4 режиму больных гражданского сектора приблизительно соответствует половине их среднегодового количества, определяемого исходя из сведений формы № 33 Федерального статистического наблюдения «Сведения о больных туберкулезом».

Расчет и оценивание показателей выявления больных туберкулезом

При оценивании выявления больных туберкулезом рассчитываются показатели, характеризующие выявление бактериовыделителей в общей лечебной сети, а также анализируется количество больных туберкулезом легких, у которых процесс был выявлен без распада легочной ткани и бактериовыделения. Все эти показатели рассчитываются с использованием сведений из формы 7-ТБ «Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболеваний туберкулезом».

Выявление наиболее эпидемически опасных больных, у которых бактериовыделение определяется методом микроскопии мокроты на КУМ, в ЛПУ ПМСП рассчитывается раздельно для впервые выявленных больных и больных рецидивом по формулам [1] и [2].

$$\% \text{BVTLM+OLC} = 100 \times \frac{m.1003c.1гр.1 \text{чиситель}}{m.1000c1гр.4}, [1]$$

где $\% \text{BVTLM+OLC}$ — доля впервые выявленных больных туберкулезом легких в учрежде-



ниях общей лечебной сети. Рекомендуемое международными проектами значение этого показателя составляет 70%, однако случаи достижения указанного показателя были единичными. Тем не менее, практика показывает, что при достаточном уровне реализации стратегии он вполне может достигать 50%.

Низкое значение этого показателя отмечается при вне- и внутрилабораторных дефектах микробиологической диагностики в учреждениях общей лечебной сети:

— нарушение отбора лиц с симптомами, подозрительными на туберкулез. При неправильном отборе, с одной стороны, могут не направляться на исследование лица, у которых могло бы быть выявлено бактериовыделение. С другой стороны, может направляться избыточное количество лиц, не показанных для проведения им микроскопического исследования мокроты, что приводит к перегрузке лаборатории и нарушениям методики микроскопии.

— отсутствие сбора мокроты в зоне обслуживания ФАПов. Медицинские работники ФАПов должны принимать активное участие в выявлении наиболее эпидемически опасных больных, собирать у них мокроту и доставлять в лабораторию;

— нарушение кратности сбора материала. Все направляемые лица должны быть обследованы трехкратно. Нарушение этого правила ведет к снижению чувствительности метода. Для того, чтобы установить это нарушение, рекомендуется путем анализа журнала 04-ТБ/у дополнительно рассчитать показатель кратности. Удовлетворительной можно считать кратность 2,7 и более исследований мокроты на одного больного, направленного с целью диагностики. Неудовлетворительная кратность исследования чаще всего обусловлена отсутствием выделенного лица, отвечающего за инструктаж больных, сбор мокроты и обеспечение качества собранного материала. Как показывают практические наблюдения, участко-

вые медицинские сестры не могут выполнять эту работу удовлетворительно;

— нарушение качества собираемого материала. На исследование должна направляться только мокрота. Слюна выбраковывается на долабораторном этапе;

— нарушения методики приготовления, окраски и микроскопии мазка мокроты. Для выявления этих внутрилабораторных причин следует проводить регулярный внешний контроль качества микроскопических исследований:

$$\%PTLM+OLC = 100 \times \frac{m.1003c.1gr.1_знаменатель}{m.1000c.1gr.5}, [2]$$

где $\%PTLM+OLC$ — доля больных рецидивом туберкулеза легких, выявленных в общей лечебной сети. Индикаторное значение этого показателя не разработана, однако нулевое (или близкое к нулю) значение этого показателя может наводить на мысль о несоблюдении диагностического алгоритма обследования больных, перенесших туберкулез.

Качество выявления больных туберкулезом при профилактических флюорографических осмотрах оценивается путем расчета доли впервые выявленных больных туберкулезом легких, у которых при регистрации не было ни массивного бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты, ни распада легочной ткани [3]:

$$\%BVTLM-KB- = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.6 - c.2gr.6}{m.1000c.1gr.4 + 6}, [3]$$

где $\%BVTLM-KB-$ — доля впервые выявленных больных туберкулезом легких, у которых при регистрации не было ни массивного бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты, ни распада легочной ткани.

Рекомендуемое значение данного показателя еще не разработано. В целом по России оно в 2011 и 2012 гг. составляло 47,7%.





Расчет показателей охвата больных туберкулезом микробиологической диагностикой и ее качества

Показатели охвата микробиологической диагностикой, а также ее качество рассчитываются исходя из сведений формы 7-ТБ «Сведения о впервые выявленных больных и рецидивах заболеваний туберкулезом».

Показатели охвата больных туберкулезом легких микроскопическими методами исследования рассчитываются по формулам [4] и [5], а методом культуральной диагностики — по формулам [6] и [7].

$$\text{ПОВВТЛМ} = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.4 + 6 - m.1002c.1gr.1}{m.1000c.1gr.4 + 6}, \quad [4]$$

$$\text{ПОРТЛМ} = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.5 + 7 - m.1002c.1gr.2}{m.1000c.1gr.5 + 7}, \quad [5]$$

$$\text{ПОВВТЛКД} = 100 \times \frac{m.2000c.1gr.4 + 6 - m.2002c.1gr.1 \text{ (числитель+знаменатель)}}{m.2000c.1gr.4 + 6}, \quad [6]$$

$$\text{ПОРТЛКД} = 100 \times \frac{m.2000c.1gr.5 + 7 - m.2002c.1gr.1 \text{ (числитель+знаменатель)}}{m.2000c.1gr.5 + 7}, \quad [7]$$

где **ПОВВТЛМ** — показатель охвата впервые выявленных больных туберкулезом легких микроскопией;

ПОРТЛМ — показатель охвата больных рецидивом туберкулеза легких микроскопией;

ПОВВТЛКД — показатель охвата впервые выявленных больных туберкулезом легких культуральной диагностикой;

ПОРТЛКД — показатель охвата больных рецидивом туберкулеза легких культуральной диагностикой.

Рекомендуемое значение этих показателей составляет более 90%, однако при 100%-ном охвате микроскопическими методами исследования по этим индикаторам следует удостовериться в соблюдении следующих правил:

- использование в качестве материала только мокроты; своевременная выбраковка образцов слюны или лаважной жидкости, помеченных как мокрота;

- взятие образцов мокроты до начала курса химиотерапии;

- корректность переноса информации из ф. 01-ТБ/у в ф. 03-ТБ/у, а также составления отчета по ф. 7-ТБ на основе региональной ф. 03-ТБ/у.

В том случае, если в качестве материала для исследования была взята не мокрота, либо если материал был взят в ходе начавшегося курса химиотерапии, следует считать исследование несделанным. При отражении результатов культуральных исследований рекомендуется считать посев несделанным также в том случае, если в качестве результата была получена микробная контаминация.

В случае недостаточного охвата микроскопическими исследованиями следует провести обучение лиц, осуществляющих контроль за сбором мокроты; при отсутствии таких лиц следует их назначить и обучить. При недостаточном охвате культуральной диагностикой следует обратить внимание как на сбор материала, так и на его движение от мест сбора до места обследования. Кроме того, следует провести анализ показателей работы бактериологических лабораторий — долю анализов с микробной контаминацией. Приемлемым считается уровень контаминации 2–5% для твердых и 5–8% для жидких питательных сред (Голышевская В.И. и соавт., 2009).

Эффективность микробиологической диагностики туберкулеза с использованием метода микроскопии мокроты может оцениваться по некоторым индикаторам:

- доля впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты (%**BVTLM+**):

$$\%BVTLM+ = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.4}{m.1000c.1gr.4 + 6 - m.1002c.1gr.1}, \quad [8]$$

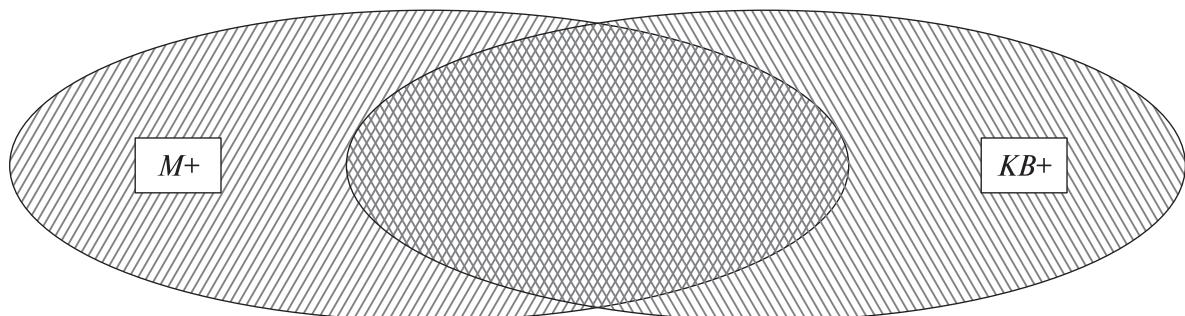


Рис. 1. Логическая взаимосвязь между впервые выявленными больными туберкулезом легких с наличием бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты на КУМ (M^+) и наличием полости распада (KB^+)

— соотношение числа впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации к числу впервые выявленных больных с распадом легочной ткани (M^+/KB^+):

$$M^+/KB^+ = \frac{m.1000c.1_{gr.4}}{m.1000c.2_{gr.4} + 6 - TBm.1002c.1_{gr.1}}, [9]$$

— доля больных с распадом легочной ткани и положительным результатом микроскопии мокроты среди всех впервые выявленных больных с распадом легочной ткани ($M^+/KB^+/KB^+$):

$$M^+/KB^+/KB^+ = 100 \times \frac{m.1000c.2_{gr.4}}{m.1000c.2_{gr.4} + 6}, [10]$$

Рекомендуемое значение показателя 50–60%, однако на его величину оказывает влияние состояние работы по раннему выявлению больных с использованием профилактических флюорографических осмотров, в связи с этим целесообразен анализ альтернативных показателей

Соотношение числа впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации к числу впервые выявленных больных с распадом легочной ткани традиционно применялось для определения качества микроскопической диагностики туберкулеза. Однако логически эти категории больных (с положительной

микроскопией мокроты и с распадом легочной ткани) не пересекаются (рис. 1), что не позволяет оценить статистическую достоверность различий с использованием современных методов биостатистики; например, невозможен расчет доверительных интервалов.

Таким образом, использовать данный индикатор для оценки качества микробиологической диагностики не рекомендуется.

Доля больных с распадом легочной ткани и положительным результатом микроскопии мокроты среди всех впервые выявленных больных с распадом легочной ткани — оптимальный показатель, позволяющий оценить качество микроскопической диагностики туберкулеза в регионах с высоким (более 90%) охватом микроскопическими методами исследования. В отличие от соотношения M^+/KB^+ , при его расчете определяется доля частного от общей совокупности случаев (рис. 2), что создает возможность применения стандартных методов статистического анализа — вычисление доверительных интервалов, отношения шансов и т.п.

Рекомендуемое минимальное значение индикатора, установленное на основании анализа сведений, полученных из регионов с высоким качеством микробиологической диагностики, равно 70%.

Снижение этого индикатора может происходить в силу следующих причин:

- недостаточный охват микроскопическими исследованиями;



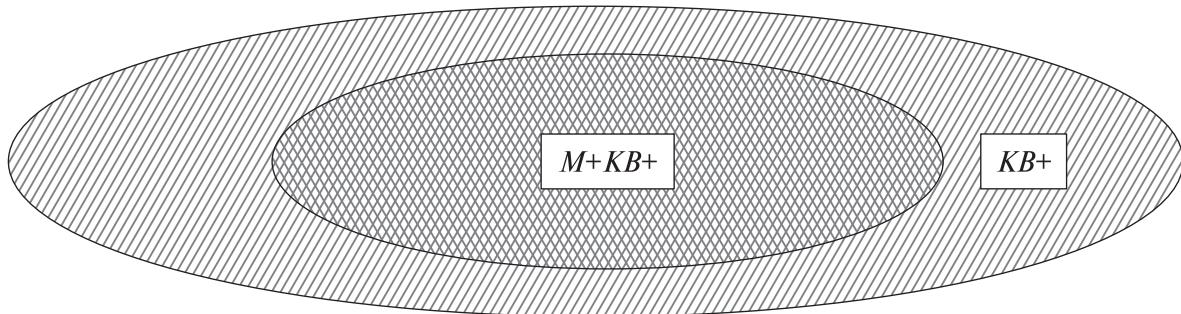


Рис. 2. Логическая взаимосвязь между впервые выявленными больными туберкулезом легких с наличием бактериовыделения, определяемого методом микроскопии мокроты на КУМ, и наличием полости распада ($M+KB+$) и совокупностью всех впервые выявленных больных, имеющих полость распада ($KB+$)

- недостаточное качество собираемого материала;
- ошибочное внесение в формы 01-ТБ/у и 03-ТБ/у результатов микроскопии материала, отличного от мокроты: слюны, лаважной жидкости и т.п.
- недостаточное качество приготовления, окраски и микроскопии мазков мокроты;
- микроскопия нативной мокроты;
- недостаточное качество микроскопов, используемых бактериологическими лабораториями.

Качество культуральной диагностики бактериовыделения у больных туберкулезом легких определяется путем расчета доли впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом посева мокроты среди всех впервые выявленных больных туберкулезом легких, за исключением больных, у которых посев не был сделан ($\%BBTЛK+$):

$$\%BBTЛK+ = 100 \times \frac{m.2000c.2гр.4 + 6}{m.1000c.1гр.4 + 6 - m.2002c.1гр.1числитель + знаменатель} , \quad [11]$$

Рекомендуемое значение этого индикатора в проходивших на территории России международных проектах устанавливалось как 55% (в рамках проекта МБРР) или 75% (в рамках проекта ГФ). Величина этого показателя в меньшей степени зависит от работы по раннему выявлению больных туберкулезом, поскольку культуральная диагностика обладает большей чувствительностью по сравнению с микроскопией. В регионах с хорошо развитой системой микробиологической диагностики туберкулеза значение этого показателя составляет не менее 60%.

В некоторых случаях недостаточное качество культуральной диагностики может быть обусловлено причинами, снижающими витальность микобактерий (взятие анализа мокроты на фоне проводящегося лечения, избыточная продолжительность или неправильный режим деконтаминации материала и т.п.). Установить наличие этих причин можно путем анализа показателя, отражающего долю впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты, но с отрицательным результатом культуральной диагностики ($BBTЛM+K-$) [12]:

$$\%BBTЛM+K- = 100 \times \frac{m.2000c.3гр.4 - m.2002c.1гр.1числитель}{m.2000c.1гр.4} , \quad [12]$$

Значение этого показателя не должно превышать 4–5%:

- взятие образцов мокроты на фоне проводимой химиотерапии;



- исследование материала, отличающегося от мокроты;
- нарушение условий хранения мокроты;
- чрезмерная деконтаминация;
- перегревание при центрифугировании;
- неоптимальный состав питательных сред;
- недостаточно длительная инкубация посевов;
- присутствие в мазках мокроты нетуберкулезных микобактерий.

Чрезмерную деконтаминацию в качестве причины удается также установить путем анализа частоты контаминации. Количество проростов менее 2% свидетельствует о чрезмерно жестком режиме деконтаминации.

В отдельных случаях бывает полезно анализировать показатель, учитывающий дополнительное выявление больных туберкулезом с бактериовыделением методом посева по сравнению с методом микроскопии — долю впервые выявленных больных туберкулезом легких с отрицательным результатом микроскопии, но положительной культуральной диагностикой (%*BVTLM-K+*) [13]:

$$\%BVTLM+K- = 100 \times \frac{m.2000c.2gr.6}{m.2000c.1gr.6}, \quad [13]$$

Оптимальное значение этого показателя составляет 20–35%¹.

Тестирование больных туберкулезом на лекарственную чувствительность возбудителя к противотуберкулезным препаратам

Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам представляет существенную угрозу для эффективности проводимых противотуберкулезных мероприятий любого уровня. В связи с этим целесообразно добиваться наиболее высокого охвата больных туберкулезом тестами на лекарственную чувствительность возбу-

дителя к противотуберкулезным препаратом, а также высокого качества тестов. Тестирование на лекарственную чувствительность МБТ к ПТП должно проводиться всем больным туберкулезом легких с положительным результатом культуральной диагностики, за исключением случаев роста единичной колонии (см. Приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003, Приложение № 11). Охват тестами на ЛЧ МБТ к ПТП впервые выявленных больных туберкулезом легких (%*TLЧВВТЛ*) и больных рецидивом туберкулеза легких (%*TLЧРТЛ*) рассчитывается по формулам [14] и [15]:

$$\%TLЧВВТЛ = 100 \times \frac{m.2001c.1gr.1}{m.2000c.2gr.4 + 6}, \quad [14]$$

$$\%TLЧРТЛ = 100 \times \frac{m.2001c.1gr.2}{m.2000c.2gr.5 + 7}, \quad [15]$$

Первичная лекарственная устойчивость МБТ к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам (*ПЛУ*) рассчитывается по формуле [16], а первичная множественная лекарственная устойчивость (*ПМЛУ*) — по формуле [17]:

$$PLU = 100 \times \frac{m.2001c.1gr.3}{m.2001c.1gr.1}, \quad [16]$$

$$PMLU = 100 \times \frac{m.2001c.1gr.5}{m.2001c.1gr.1}, \quad [17]$$

В ряде случаев может быть полезен показатель лекарственной устойчивости у больных рецидивом туберкулеза легких (%*ЛУРТЛ*) [18], в том числе множественной (%*МЛУРТЛ*) [19]:

$$\%LURTL = 100 \times \frac{m.2001c.1gr.4}{m.2001c.1gr.2}, \quad [18]$$

$$\%MLURTL = 100 \times \frac{m.2001c.1gr.6}{m.2001c.1gr.2}, \quad [19]$$

Частота множественной лекарственной устойчивости возбудителя у других случаев повторного лечения (%*МЛУДСПЛ*) может быть

¹ Севатьянова.





определенена косвенно, исходя из данных формы 2-ТБ «Сведения о больных, зарегистрированных для лечения», то есть по доле больных соответствующей категории, зарегистрированных для лечения по 4 режиму химиотерапии [20]:

$$\% \text{МЛУДСПЛ} = 100 \times \frac{m.1000c.3гр.10}{m.1000c.3гр.3}, \quad [20]$$

Аналогично этому можно рассчитать показатель для случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии, после прерывания курса химиотерапии и прочих случаев повторного лечения, однако следует учесть, что при всех подобных расчетах показатель существенно искажается тем, что он рассчитывается на общее число случаев повторного лечения, значительная часть из которых может не иметь результатов тестов на лекарственную чувствительность, а также положительных результатов культуральной диагностики вообще. Кроме того, некоторым больным 4 режим химиотерапии назначается без лабораторно подтвержденной множественной лекарственной устойчивости возбудителя, что является нарушением действующей инструкции по химиотерапии и также искажает значение показателя.

Оценивание эффективности лечения больных туберкулезом и выявление основных причин, препятствующих эффективному лечению больных туберкулезом

Важную роль в оценивании эффективности мероприятий по лечению больных туберкулезом играют показатели эффективности отдельных курсов химиотерапии, которые рассчитываются с использованием сведений формы 8-ТБ «Сведения о результатах курсов химиотерапии больных туберкулезом легких». Для анализа основных проблем, препятствующих успешному излечению больных туберкулезом, традиционно рассматривают «индикаторную» группу впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации.

Однако эта группа лиц, благодаря мероприятиям по активному выявлению больных туберкулезом (и отчасти недостаточной эффективности микробиологической диагностики), во многих регионах невелика. В этом случае прибегают к изучению всех впервые выявленных больных туберкулезом. Изучение причин, препятствующих эффективному излечению больных рецидивом туберкулеза и с другими курсами повторного лечения МБТ+ (за исключением больных, получающих лечение по 4 режиму химиотерапии), имеет вспомогательное значение.

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких с эффективным курсом химиотерапии ($\% \text{ВВТЛМ+ЭКХТ}$) рассчитывается по формуле [21] для индикаторной группы и по формуле [22] для всех впервые выявленных больных туберкулезом легких ($\% \text{ВВТЛЭКХТ}$):

$$\% \text{ВВТЛМ+ЭКХТ} = 100 \times \frac{m.1000c.1гр.4 + 5}{m.1000c.1гр.13}, \quad [21]$$

$$\% \text{ВВТЛЭКХТ} = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2гр.4 + 5}{m.1000c.1 + 2гр.13}, \quad [22]$$

Этот показатель при принятии управлений решений имеет вспомогательное значение, поскольку основные причины, приводящие к снижению эффективности лечения больных туберкулезом, отражаются в регистрации других исходов курсов лечения.

Высокие значения доли больных туберкулезом легких с неэффективным курсом химиотерапии (впервые выявленных и из остальных категорий) могут быть прежде всего связаны с недостаточным контролем химиотерапии. В отдельных регионах с недостаточным качеством культуральной диагностики он может быть также обусловлен высоким уровнем лекарственной устойчивости при недостаточном охвате или качестве тестирования больных на лекарственную устойчивость к противотуберкулезным препаратам, что приводит к назначению неадекватных схем химиотерапии. Этот показатель рассчитывается по формуле [23] для впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным резуль-



татом микроскопии мокроты ($\%BBTLM+HKXT$) и по формуле [24] для всех впервые выявленных больных туберкулезом легких ($\%BBTЛНKXT$).

$$\%BBTLM+HKXT = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.6 + 7\text{числитель} - 7\text{знаменатель}}{m.1000c.1gr.13}, \quad [23]$$

$$\%BBTЛНKXT = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2gr.6 + 7\text{числитель} - \text{знаменатель}}{m.1000c.1 + 2gr.13}, \quad [24]$$

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких с исходом «Выявлена МЛУ МБТ» рассчитывается по формуле [25] для индикаторной группы ($\%BBTLM+MЛU$) и по формуле [26] для всех впервые выявленных больных туберкулезом легких ($\%BBTЛMMLU$).

$$\%BBTLM+MЛU = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.7\text{знаменатель}}{m.1000c.1gr.13}, \quad [25]$$

$$\%BBTЛMMLU = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2gr.7\text{знаменатель}}{m.1000c.1 + 2gr.13}, \quad [26]$$

Высокая доля больных, умерших от туберкулеза в ходе первого курса химиотерапии, отмечается при несвоевременном выявлении больных туберкулезом и косвенно указывает на дефекты активного выявления больных туберкулезом. Этот показатель аналогичен доле впервые выявленных больных, умерших от туберкулеза в течение первого года наблюдения, однако он точнее отражает летальность больных на ранних этапах, в ходе первого курса лечения, до воздействия других факторов, способствующих повышению летальности больного от туберкулеза (например, лекарственной устойчивости возбудителя). Для впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации ($\%BBTLM+УTB$) этот показатель рассчитывается по формуле [27], а для всех впервые выявленных больных ($\%BBTЛУTB$) — по формуле [28].

$$\%BBTLM+УTB = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.8}{m.1000c.1gr.13}, \quad [27]$$

$$\%BBTЛУTB = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2gr.8}{m.1000c.1 + 2gr.13}, \quad [28]$$

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких, умерших от других причин, для больных с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации ($\%BBTLM+УДП$) рассчитывается по формуле [29], а для всех впервые выявленных больных ($\%BBTЛУДП$) — по формуле [30]. Самостоятельное управленческое значение этого показателя невелико.

$$\%BBTLM+УДП = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.9}{m.1000c.1gr.13}, \quad [29]$$

$$\%BBTЛУДП = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2gr.9}{m.1000c.1 + 2gr.13}, \quad [30]$$

Высокая доля больных, прервавших курс химиотерапии, характеризует недостаточную мотивацию больных к лечению. Повысить мотивацию больных к лечению возможно путем внедрения мероприятий по социальной поддержке больных туберкулезом, принимающих препараты под непосредственным контролем медицинского работника без перерывов. Этот показатель рассчиты-





вается для индикаторной группы больных (%*BBTLM+ПрKXT*) по формуле [31], а для всех впервые выявленных больных (%*BBTЛПрKXT*) — по формуле [32]. Рекомендуемое значение показателя составляет не более 5%.

$$\%BBTLM+ПрKXT = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.10}{m.1000c.1gr.13}, \quad [31]$$

$$\%BBTЛПрKXT = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2gr.10}{m.1000c.1 + 2gr.13}, \quad [32]$$

Исход «Выбыл» регистрируется у больных туберкулезом, выбывших из-под наблюдения регионального противотуберкулезного учреждения, в том случае, если результат его лечения неизвестен. В случае известного результата лечения фиксируется не исход «Выбыл», а результат лечения. В том случае, если больной выбывает в известное врачу-фтизиатру место (например, в соседний регион), врач-фтизиатр самостоятельно или через организационно-методический отдел (кабинет) должен выяснить результат лечения больного. Только в том случае, если это сделать не удается, больной считается выбывшим и регистрируется вышеупомянутый исход. Высокое значение этого показателя также указывает на наличие дефектов мероприятий по формированию приверженности больных к лечению.

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких, выбывших в неизвестном направлении, для впервые выявленных больных с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации (%*BBTLM+Выб*) рассчитывается по формуле [33], а для всех впервые выявленных больных (%*BBTЛВыб*) — по формуле [34].

$$\%BBTLM+Выб = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.11}{m.1000c.1gr.13}, \quad [33]$$

$$\%BBTЛВыб = 100 \times \frac{m.1000c.1 + 2gr.11}{m.1000c.1 + 2gr.13}, \quad [34]$$

При принятии комплексной программы мотивирования больных туберкулезом к лечению в условиях удовлетворительного качества

культуральной диагностики с тестированием МБТ на лекарственную чувствительность к ПТП, рекомендуется рассматривать исход «Неэффективный курс химиотерапии», а также исходы «Прервал курс химиотерапии» и «Выбыл» в качестве единого показателя, характеризующего недостаточную приверженность больных к лечению (*ПНПЛ*). Для впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты этот показатель рассчитывается по формуле [35]:

$$\%ПНПЛ = 100 \times \frac{m.1000c.1gr.6 + 7числитель - 7знаменатель + gr.10 + gr.10}{m.1000c.1gr.13}$$

Для больных рецидивом туберкулеза можно рассчитать аналогичные показатели, однако ввиду меньшей численности когорты больных рецидивом туберкулеза легких, а также ввиду отдельных особенностей этих больных применение этих показателей с управлеченческой целью ограничено. Для больных с другими курсами повторного лечения (за исключением больных, получающих лечение по 4 режиму химиотерапии) аналогичные показатели рассчитываются с использованием данных из строки 5 т. 1000 формы № 8-ТБ.

В ряде случаев бывает важно оценить отдельные показатели, касающиеся результатов интенсивной фазы лечения больных туберкулезом, рассчитываемые по форме 10-ТБ «Результаты интенсивной фазы лечения впервые выявленных больных по микроскопии мокроты». Наибольшее значение с точки зрения управления имеет доля впервые выявленных больных, прервавших курс химиотерапии в интенсивную fazu лечения (%*BBTLM+ПрKXT_ИФ*), рассчитываемая по формуле [36]:

$$\%BBTLM+ПрKXT_ИФ = 100 \times \frac{T.1001c.1gr.3}{T.1000c.1gr.3}, \quad [36]$$

Высокое значение этого показателя (более трети от доли впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты при регистрации,



прервавших курс химиотерапии) указывает на необходимость совершенствования мероприятий по мотивированию больных к лечению на стационарном его этапе.

Заключение

Показатели, определяемые с использованием форм отраслевого статистического наблюдения, существенно расширяют возможности индикативного управления противотуберкулезными мероприятиями. В настоя-

щих рекомендациях приведена методика расчета и анализа только основных индикаторов, характеризующих противотуберкулезную работу. Тем не менее, на основании указанных форм при необходимости мониторинга тех или иных разделов противотуберкулезной работы с учетом описанных принципов возможно формирование собственных индикаторов, позволяющих оценить ход мероприятий по совершенствованию различных разделов противотуберкулезной работы.



Литература

- 1.** Богородская Е.М., Стерликов С.А., Полов С.А. Проблемы формирования эпидемиологических показателей по туберкулезу//Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2008. — № 7. — С. 8–14.
- 2.** Голышевская В.И., Севастьянова Э.В., Иртуганова О.А., Петрова Л.В. Разработка критериев оценки качества и эффективности микробиологических исследований в учреждениях противотуберкулезной службы и общей лечебной сети//Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 3. — С. 55–60.
- 3.** Информационное письмо «Отдельные разъяснения по заполнению учетно-отчетной документации, утвержденной Приказом Минздрава России от 13 февраля 2004 г. «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза»/Михайлова Л.А., Богородская Е.М., Пунга В.В., Сон И.М., Скачкова Е.И., Белиловский Е.М., Данилова И.Д., утв. В.И. Стародубов, М.И. Перельман 19.12.2008. — 10 с.
- 4.** Одинцов В.Е. Индикативное управление противотуберкулезными мероприятиями в учреждениях уголовно-исполнительной системы//Автореф. дисс... канд. мед. наук. М., 2013. — 25 с.
- 5.** Одинцов В.Е., Скачкова Е.И., Стерликов С.А., Шестаков М.Г. Выявление, диагностика и лечение туберкулеза в учреждениях пенитенциарной системы в 2008–2009 гг. (по данным отраслевой статистики)//Социальные аспекты здоровья населения. — 2010. — № 4 (16). Электронный журнал. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/240/30/>
- 6.** Отраслевые показатели противотуберкулезной работы в 2010–2011 гг. Анализ основных показателей и принятие управленческих решений/Ред. С.А. Стерликов, И.М. Сон, Е.М. Богородская, С.В. Смердин, В.Е. Одинцов, О.Б. Нечаева. — М., 2012. — 81 с.
- 7.** Расчет показателей регистрации и лечения больных туберкулезом с использованием когортного метода. Методические рекомендации/Ред. Е.М. Богородская, Л.А. Михайлова, И.Д. Данилова, Е.М. Белиловский. — М., 2008.— 19 с.
- 8.** Стерликов С.А., Сон И.М., Богородская Е.М. Регистрация и результаты основного курса лечения больных туберкулезом в 2009 г./Туберкулез и болезни легких. — 2012. — № 12.— С. 8–14.

UDC 614.2

Sterlikov S.A., Son I.M., Nечаева O.B. Methodology of calculating industrial registration indicators, diagnostics and efficiency of medical treatment for patients suffering from tuberculosis (Federal Public Health Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Public Health of Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract: There are announced the principal mechanisms affecting the size of registration indicators, diagnostics and treatment efficiency for patients suffering from tuberculosis. There are presented the consequences of a number of management solutions.

Keywords: tuberculosis, registration, diagnostics, treatment efficiency, industrial indicators, methodology of calculation.





О.В. Романовская,

д.ю.н., профессор кафедры «Частное и публичное право» Пензенского государственного университета, г. Пенза, Россия, vlad93@sura.ru



ЗАКОННЫЕ ПРЕДСТАВИТЕЛИ В ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ПРАВООТНОШЕНИЯХ¹

УДК 347.155.5

Романовская О.В. Законные представители в здравоохранительных правоотношениях (Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия)

Аннотация: В статье анализируется правовой статус законного представителя в различных моделях правоотношений в сфере здравоохранения (от получения согласия на медицинское вмешательство до допуска к пациенту). Выделены основные трудности, с которыми может столкнуться медицинский работник при определении полномочий законного представителя пациента. Особое внимание уделено органам опеки и попечительства, а также различным организациям, уполномоченным представлять граждан в силу закона.

Ключевые слова: законные представители, пациент, здравоохранение, медицинская организация.



Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан) регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (статья 1). Классической структурой самых распространенных отношений будут являться возникающие таковые между врачом и пациентом. Понятие пациента также представлено в Законе — это «физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния». В то же время законодательство учитывает, что в соответствии со статьей 60 Конституции РФ гражданин может самостоятельно осуществлять в полном объеме свои права и обязанности с 18 лет. Гражданское законодательство оперирует таким понятием, как дееспособность, и вводит институт законных представителей, которые уполномачиваются на совершение действий, влекущих за собой юридические последствия. Закон об основах охраны здоровья граждан также учитывает данную ситуацию, вводя законных представителей в круг субъектов здравоохранительных правоотношений.

Следует отметить, что нормы, упоминающие законных представителей на определенные действия, «раскиданы» по всему тексту Закона об основах охраны здоровья граждан. Можно их систематизировать, выделив нормы, в которых предусматривается вовлечение в круг здравоохранительных правоотношений законных представителей:

— статья 13 — с их согласия допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну;

¹ Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта № 13-03-00132.



— статья 19 — пациент имеет право на допуск к нему законного представителя для защиты своих прав;

— статья 20 — необходимость получения согласия на медицинское вмешательство (возможность отказа от медицинского вмешательства);

— статья 21 — реализация права на выбор врача;

— статья 22 — предоставление информации о состоянии здоровья (в том числе знакомство с медицинской документацией и получение соответствующих выписок, копий документов и др.);

— статья 47 — согласие на трансплантацию (пересадку) органов и тканей человека;

— статья 51 — предоставление возможности находиться совместно с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка;

— статья 56 — инициатива судебного рассмотрения вопроса об искусственном прерывании беременности у недееспособной;

— статья 57 — инициатива судебного рассмотрения вопроса о стерилизации недееспособной;

— статья 67 — участие в принятии решения о проведении патолого-анатомических вскрытий;

— статья 68 — возможность использования тела, органов и тканей умершего человека при отсутствии законных представителей;

— статья 70 — инициатива приглашения для консультаций врачей-специалистов и созыва консилиума;

— статья 80 — бесплатность пребывания законного представителя в стационаре с несовершеннолетним ребенком.

Степень участия в здравоохранительных правоотношениях в каждом случае далеко неравнозначна. Например, в статье 19 Закона указывается на право пациента на допуск

к нему законного представителя. Активной стороной выступает гражданин, обратившийся за медицинской помощью. В большинстве статей закона описывается ситуация, когда гражданин юридически или фактически не может выразить свою волю. В этом случае законный представитель дает согласие на медицинское вмешательство, осуществляет выбор медицинской организации, инициирует судебное санкционирование каких-то медицинских процедур и др. В ряде случаев законный представитель выступает как дополнительное лицо, чье мнение может определять какие-то юридические последствия. Так, статья 67 Закона об основах охраны здоровья граждан, определяя основания непроведения патолого-анатомического вскрытия, устанавливает общее правило: патолого-анатомическое вскрытие не производится по религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника. Далее устанавливается дополнение, что если таковые отсутствуют, тогда заявление могут подписать законные представители. Таким же образом решается вопрос о праве пригласить врача-специалиста для участия в патолого-анатомическом вскрытии и выдаче его результатов. Получается, законный представитель появляется только тогда, когда отсутствуют супруг (супруга), близкие родственники. Допускается альтернативное участие законного представителя в тех или иных правоотношениях. Так, статья 70 Закона об основах охраны здоровья граждан закрепляет обязанность лечащего врача предоставлять информацию о состоянии здоровья по требованию пациента или его законного представителя². Союз «или» указывает, что данное требование может быть заявлено как пациентом, так и его законным представителем. Их воля не обусловлена взаимными требованиями.

Следует определиться также с перечнем законных представителей.

² Необходимо учитывать также институт врачебной тайны в российском праве. См.: [2].





1. Законными представителями граждан, не достигших 18 лет, являются родители, усыновители, опекуны (до 14 лет), попечители (от 14 до 18 лет).

При кажущейся простоте формулы есть определенные нюансы, которые могут серьезным образом осложнить работу любой медицинской организации.

Во-первых, следует учитывать, что статья 27 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ) предусматривает эмансипацию несовершеннолетнего. Часть 2 статьи 21 ГК РФ устанавливает: «В случае, когда законом допускается вступление в брак до достижения восемнадцати лет, гражданин, не достигший восемнадцатилетнего возраста, приобретает дееспособность в полном объеме со времени вступления в брак». Статья 13 Семейного кодекса РФ (СК РФ) закрепляет: «Порядок и условия, при наличии которых вступление в брак в виде исключения с учетом особых обстоятельств может быть разрешено до достижения возраста шестнадцати лет, могут быть установлены законами субъектов Российской Федерации». В ряде субъектов такие законы приняты [3]. Для примера: Закон Московской области от 30 апреля 2008 г. № 61/2008-ОЗ «О порядке и условиях вступления в брак на территории Московской области лиц, не достигших возраста шестнадцати лет»; Закон Республики Адыгея от 30 ноября 1998 г. № 101 «О порядке и условиях вступления в брак граждан Российской Федерации в возрасте от четырнадцати до шестнадцати лет, постоянно либо преимущественно проживающих на территории Республики Адыгея»; Закон Кабардино-Балкарской Республики от 17 июля 1998 г. № 9-РЗ «Об условиях и порядке вступления в брак лиц, не достигших возраста шестнадцати лет»; Закон Карачаево-Черкесской Республики от 12 февраля 1999 г. № 589-XXII «Об условиях и порядке вступления в брак лиц, достигших пятнадцати лет»; Закон Белгородской области от 13 декабря 2000 г. № 121 «О порядке и условиях вступления в брак несовершенно-

летних граждан на территории Белгородской области»; Закон Вологодской области от 14 августа 1996 г. № 95-ОЗ «О снижении брачного возраста» и др. Исходя из приведенных обстоятельств, гражданин, не достигший 18 лет, но эмансипированный или находящийся в официальных брачных отношениях, является самостоятельным субъектом здравоохранительных отношений. В соответствии с нормами Закона об основах охраны здоровья граждан он дает согласие на медицинское вмешательство, выбор врача и т.д. Родители перестают быть законными представителями. Это не означает прекращение отношений родительства. Мы все остаемся детьми своих родителей, и эти отношения возникают в силу особого признака — родства. Родители переходят в состав близких родственников, которые также в некоторых случаях участвуют в здравоохранительных правоотношениях, но уже в другом — специальном статусе. Подтверждением полной дееспособности гражданина будет таким образом свидетельство о заключении брака либо решение органа опеки и попечительства (с согласия обоих родителей, усыновителей, попечителей), либо решение суда (при отсутствии упомянутого согласия).

Во-вторых, законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов, попечителей), как правило, двое. В соответствии со статьей 61 СК РФ родители имеют равные права и несут равные обязанности в отношении своих детей. Все вопросы, касающиеся воспитания и образования детей, решаются родителями по их взаимному согласию (п. 2 ст. 65 СК РФ). Закон об основах охраны здоровья граждан не всегда придерживается одной модели поведения. В ряде статей для совершения юридически значимых действий достаточно волеизъявления одного из законных представителей. Например, статья 20: условием медицинского вмешательства в отношении гражданина, не достигшего 15 лет (общее правило), является согласие одного из родителей. Аналогичное правило



закреплено в статье 47 о согласии на трансплантацию (пересадку) органов и тканей человека. Статья 22, указывая на предоставление информации о состоянии здоровья (в том числе отраженной в медицинской документации), не связывает это право с согласием законных представителей между собой. Этим правом обладает каждый вне зависимости от того, совпадают ли их интересы и не втянуты ли все стороны в какой-то юридический спор. Несмотря на то, что для Закона об основах охраны здоровья граждан достаточно воли одного из законных представителей, ситуация не так проста. Часть 2 статьи 64 СК РФ устанавливает: «Родители не вправе представлять интересы своих детей, если органом опеки и попечительства установлено, что между интересами родителей и детей имеются противоречия. В случае разногласий между родителями и детьми орган опеки и попечительства обязан назначить представителя для защиты прав и интересов детей». Если среди родителей нет согласия по поводу медицинского вмешательства, то можно констатировать, что у ребенка хотя бы с одним из родителей есть противоречие. Значит, «включается» статья 64 СК РФ, и врач должен отложить медицинское вмешательство до совершения действий органом опеки и попечительства, который должен назначить представителя для защиты прав и интересов детей. Письмо Минобразования РФ от 29 марта 2002 г. № 483/28-5 «Об организации работы по передаче детей на воспитание в семьи, организации работы по осуществлению опеки (попечительства) над детьми» предусматривает: «Таким представителем может стать социальный работник, общественный инспектор, утвержденный в установленном порядке и полномочный оказать необходимую помощь». В то же время неясно, может ли данная ситуация распространяться на здравоохранительные правоотношения? Закон об основах охраны здоровья граждан ни о каком ином представителе (кроме как законном) не упоминает.

Непонятно соотношение правового статуса представителя и родителей, семейное законодательство не содержит перечня приобретаемых представителем полномочий [4]. Такое представительство является вынужденной мерой и носит временный характер, но временные рамки неясны. Будет ли решение органа опеки, попечительства касаться только какого-то конкретного полномочия: например, дачи согласия на медицинское вмешательство? Тогда во всех других отношениях будут представлять интересы несовершеннолетнего сами родители. При отсутствии оснований органы опеки и попечительства отменяют представительство [5]. Необходимо добавить, что при наличии разногласий среди родителей и противоречий с интересами ребенка заложником конфликта может стать медицинский работник, который в любом случае для одной из сторон будет ассоциироваться с непосредственной угрозой своим интересам.

В-третьих, возникают сложности, когда сам законный представитель пациента является несовершеннолетним. Например, рождается ребенок, матерью которого является пятнадцатилетняя девушка, по отношению к которому она выступает как законный представитель. Если брак не оформлен, полная дееспособность не наступает, но законное представительство не связано с достижением полной дееспособности самим родителем.

В-четвертых, статья 77 СК РФ допускает отобрание ребенка при непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью. Орган опеки и попечительства вправе это сделать немедленно. При отобрании ребенка орган опеки и попечительства обязан незамедлительно уведомить прокурора, обеспечить временное устройство ребенка и в течение семи дней после вынесения органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации акта об отобрании ребенка обратиться в суд с иском о лишении родителей родительских прав или об ограничении их родительских прав. Подчеркнем, что





основанием лишения или ограничения родительских прав будет судебное решение.

Рассмотрим также, какие документы предъявляются законными представителями в качестве подтверждения своего статуса. Родители должны предъявить свидетельство о рождении ребенка и документы, удостоверяющие личность. Для определения статуса опекунов и попечителей в соответствии со статьей 11 Федерального закона от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве» [6] необходимо представить акт органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя. В акте органа опеки и попечительства о назначении опекуна или попечителя может быть указан срок действия полномочий опекуна или попечителя, определяемый периодом или указанием на наступление определенного события. Часть 9 статьи 10 Закона «Об опеке и попечительстве» закрепляет: «При назначении нескольких опекунов или попечителей обязанности по обеспечению подопечного уходом и содействию в своевременном получении им медицинской помощи, а в отношении несовершеннолетнего подопечного также обязанности по его обучению и воспитанию распределяются между опекунами или попечителями в соответствии с актом органа опеки и попечительства об их назначении либо договором об осуществлении опеки или попечительства. В случае, если указанные обязанности не распределены, опекуны или попечители несут солидарную ответственность за их неисполнение или ненадлежащее исполнение». Исходя из этого, в акте может быть указано, кто именно из опекунов или попечителей вправе представлять интересы ребенка в медицинских организациях.

Добавим, что если опекун или попечитель действует вопреки интересам ребенка, то орган опеки и попечительства вправе обязать опекуна или попечителя устраниТЬ нарушения прав и законных интересов ребенка. Например, опекун не дает согласие на медицинское вмешательство, отсутствие которого причинит

вред жизни и здоровью ребенка. Медицинская организация может обратиться в органы опеки и попечительства, которые и должны обязать опекуна дать требуемое согласие. Однако если опекун не подчиняется решению органа опеки и попечительства, необходимо обращение в суд, который и будет разрешать спор исходя из интересов ребенка и с учетом его мнения. Неисполнение решения суда является основанием для отстранения опекуна или попечителя от исполнения возложенных на них обязанностей.

2. Российское законодательство учитывает, что родители могут отсутствовать в силу разных причин либо они могут быть лишены своих прав. Статья 123 СК РФ определяет порядок устройства детей, оставшихся без попечения родителей. Дети, оставшиеся без попечения родителей, подлежат передаче в семью на воспитание (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в патронатную семью), а при отсутствии такой возможности в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, всех типов. До такого устройства детей, оставшихся без попечения родителей, на воспитание в семью или в указанные организации, исполнение обязанностей опекуна (попечителя) детей временно возлагается на органы опеки и попечительства. Статья 6 Федерального закона «Об опеке и попечительстве» закрепляет: «Органами опеки и попечительства являются органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации». В подавляющем большинстве регионов данные полномочия переданы органам местного самоуправления. Такая передача оформлена принятием специального закона субъекта Российской Федерации. Например, в настоящее время приняты:

— Закон Республики Адыгея от 6 июня 2008 г. № 183 «О наделении органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями Республики Адыгея





по опеке и попечительству в отношении отдельных категорий совершеннолетних лиц»;

— Закон Республики Бурятия от 4 марта 2008 г. № 137-IV «Об организации и осуществлении деятельности по опеке и попечительству, обеспечению прав детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, на отдых и оздоровление в Республике Бурятия и наделении органов местного самоуправления муниципальных образований в Республике Бурятия отдельными государственными полномочиями»;

— Закон Республики Мордовия от 18 декабря 2008 г. № 134-З «О наделении органов местного самоуправления государственными полномочиями по организации деятельности по опеке и попечительству»;

— Закон Забайкальского края от 13 ноября 2009 г. № 272-ЗЗК «О наделении органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов государственным полномочием по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству над несовершеннолетними»;

— Закон Волгоградской области от 15 ноября 2007 г. № 1557-ОД «О наделении органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями Волгоградской области по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству»;

— Закон Мурманской области от 17 декабря 2009 г. № 1177-01-ЗМО «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований со статусом городского округа и муниципального района отдельными государственными полномочиями по опеке и попечительству и иными полномочиями в отношении совершеннолетних граждан»;

— Закон Сахалинской области от 3 августа 2009 г. № 80-ЗО «О наделении органов местного самоуправления государственными полномочиями Сахалинской области по опеке и попечительству».

Примеров принятия таких законов можно приводить еще много. Кроме того, при наделении полномочиями органов опеки и попечительства следует учитывать, что в системе

местного самоуправления могут создаваться различные органы. Необходимо также «проследить», какой именно орган местного самоуправления выполняет функции органа опеки и попечительства. Есть, кстати, и обратные примеры. Так, Законом Тверской области от 10 марта 2010 г. № 23-ЗО прекращено с 1 июня 2010 г. осуществление органами местного самоуправления муниципальных районов и городских округов Тверской области отдельных государственных полномочий Тверской области по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству, переданных им в соответствии с законом Тверской области от 11 декабря 2007 г. № 146-ЗО.

Контроль за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних граждан выполняет Рособрнадзор [7]. Приказом Минобрнауки от 24 сентября 2010 г. № 957 утвержден Административный регламент исполнения Федеральной службой по надзору в сфере образования и науки государственной функции по осуществлению контроля за деятельностью органов опеки и попечительства в отношении несовершеннолетних граждан [8]. Это означает, что медицинская организация, посчитавшая, что органы опеки и попечительства плохо выполняют свои функции законного представителя в здравоохранительных правоотношениях, может обратиться в Рособрнадзор с соответствующим обращением. Правда, последствия такого обращения весьма туманны. Чтобы сделать такое заключение, достаточно почитать упомянутый Административный регламент № 957.

3. Часть 4 статьи 35 ГК РФ предусматривает: «Недееспособным или не полностью дееспособным гражданам, помещенным под надзор в образовательные организации, медицинские организации, организации, оказывающие социальные услуги, или иные организации, в том числе в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, опекуны или попечители не назначаются. Исполнение обязанностей опекунов или попечителей возлагается на ука-





занные организации». Исходя из приведенного перечня, можно увидеть, что функции законного представителя могут выполнять:

- образовательные организации;
- медицинские организации;
- организации, оказывающие социальные услуги;
- иные организации.

Поочередно проанализируем статус каждой организации. В соответствии со статьей 26 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [9] единоличным исполнительным органом образовательной организации является руководитель образовательной организации (ректор, директор, заведующий, начальник или иной руководитель), который осуществляет текущее руководство деятельностью образовательной организации. В то же время в образовательной организации формируются коллегиальные органы управления (часть из них предусмотрены законом, часть могут устанавливаться уставом образовательной организации). Порядок принятия решения каждым из указанных органов, а также порядок выступления от имени образовательной организации определяется уставом образовательной организации.

Статья 2 Федерального закона об основах охраны здоровья граждан дает понятие медицинской организации (цитируем полностью): «юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения настоящего Федерального закона, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие, наряду с основной (уставной) деятельностью, медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся

медицинской деятельности. В целях настоящего Федерального закона к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность». Это означает, что медицинские организации могут быть государственными (эти в свою очередь федеральными и региональными), муниципальными и частными. Необходимо в каждом случае определяться с организационно-правовой формой медицинской организации и выделять систему органов управления. Для государственных и муниципальных медицинских организаций наиболее распространенной формой выступает учреждение. В соответствии со статьей 120 ГК РФ государственное или муниципальное учреждение может быть автономным, бюджетным или казенным учреждением. В России действуют: Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» [10], Федеральный закон от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» [11], Бюджетный кодекс РФ (дает понятие казенного учреждения). Например, статья 13 Федерального закона «Об автономных учреждениях» закрепляет:

«1. К компетенции руководителя автономного учреждения (директора, генерального директора, ректора, главного врача, художественного руководителя, управляющего и другого) относятся вопросы осуществления текущего руководства деятельностью автономного учреждения, за исключением вопросов, отнесенных федеральными законами или уставом автономного учреждения к компетенции учредителя автономного учреждения, наблюдательного совета автономного учреждения или иных органов автономного учреждения.

2. Руководитель автономного учреждения без доверенности действует от имени автономного учреждения, в том числе представляет его интересы и совершает сделки от его имени, представляет его годовую бухгалтерскую отчетность наблюдательному совету для утверждения, утверждает штатное расписание автономного учреждения, план его



финансово-хозяйственной деятельности, регламентирующие деятельность автономного учреждения внутренние документы, издает приказы и дает указания, обязательные для исполнения всеми работниками автономного учреждения».

Перечень организаций, оказывающих социальные услуги, весьма широкий. Статья 4 Федерального закона от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» [12] закрепляет системы социальных служб. Статья 10 посвящена социальному обслуживанию в стационарных учреждениях. Однако полномочия по выполнению стационарными учреждениями функций опекунов и попечителей (в отношении граждан пожилого возраста и инвалидов) закреплены в статье 21 Федерального закона от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» [13].

Статья 17 Закона «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» устанавливает перечень учреждений социального обслуживания, к которым относятся

- 1)** комплексные центры социального обслуживания населения;
- 2)** территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- 3)** центры социального обслуживания;
- 4)** социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- 5)** центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- 6)** социальные приюты для детей и подростков;
- 7)** центры психолого-педагогической помощи населению;
- 8)** центры экстренной психологической помощи по телефону;
- 9)** центры (отделения) социальной помощи на дому;
- 10)** дома ночного пребывания;
- 11)** специальные дома для одиноких престарелых;

12) стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для умственно отсталых детей, дома-интернаты для детей с физическими недостатками);

13) геронтологические центры;

14) иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

По многим из приведенных учреждений социального обслуживания Правительством РФ приняты примерные положения. Например, Постановлением Правительства РФ от 27 ноября 2000 г. № 896 [14] утверждены Примерные положения о социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних, о социальном приюте для детей, о центре помощи детям, оставшимся без попечения родителей. Ни в каждом из них указывается на то, что социальное учреждение конкретного вида выполняет функции опекунов и попечителей. Необходимо это учитывать в медицинской практике. Попадая в то или иное социальное учреждение, гражданин не попадает к ним в какую-то кабалу, он получает гарантированный государством набор тех или иных социальных услуг. Гражданин не утрачивает своих прав, в том числе по личному участию в здравоохранительных правоотношениях.

Обобщая, укажем, что при обращении к медицинскому работнику пациента, находящегося под опекой и попечительством одной из указанных организаций, необходимо получить устав организации (заверенный в установленном порядке), выявить лицо, непосредственно уполномоченное выполнять функции опекуна, проверить его полномочия (документы о назначении на должность, документ, удостоверяющий личность) и только после этого учитывать волеизъявление лица при решении того или иного вопроса. Если от имени организации выступает лицо, которое не обладает таким правом без подтверждения полномочий, врачу необходимо также проверить оформление соответствующих полномочий (доверенность, приказ о наделе-





ний полномочий, административный акт, иной документ).

Статья 39 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [15] предусматривает обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара, в числе которых — «выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя». В указанной норме есть неопределенности. Закон закрепляет, что функции законного представителя выполняют и администрация, и медицинский персонал одновременно без какой-либо дифференциации. Понятие медицинского персонала весьма широко и охватывает собой практически всех медицинских работников. Закон об основах охраны здоровья граждан вводит ключевое понятие лечащего врача, несущего персональную ответственность за ведение больного. Администрация стационара — тоже весьма емкое понятие. Кроме того, статья 35 ГК РФ указывает, что выполнение функций опекуна и попечителя осуществляется организацией. «Администрация и персонал» статьей не предусмотрены. По-видимому, необходимо исходить из приоритета ГК РФ. Тем более, что Закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» — частный случай общей ситуации, описанной в статье 35 ГК РФ.

Подводя некий итог, представим еще одну «юридическую головоломку»: можно ли доверить полномочия законного представителя? Распространенная ситуация, когда ребенок находится на каникулах у бабушки и дедушки. Или: ребенок в сопровождении родственника отправляется на отдых. Если при этом происходит перемещение государственной границы, оформление доверенности на сопровождение (нотариус заверяет согласие, но по содержанию больше соответствует доверенности) обязательно. Статья 22 (часть 2)

Федерального закона от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» [16] устанавливает: «При организованном выезде групп несовершеннолетних граждан Российской Федерации без сопровождения родителей, усыновителей, опекунов или попечителей обязанности законных представителей несовершеннолетних несут руководители выезжающих групп». Но данное правило действует за пределами Российской Федерации. Если же несовершеннолетний гражданин иностранного государства пребывает на территории России, то полномочия законного представителя определяются законодательством того государства, гражданином которого выступает несовершеннолетний. Если же российский ребенок находится в пределах нашего государства, а его законные представители не находятся рядом с ним, то можно воспользоваться статьей 185 ГК РФ, согласно которой доверенностью признается письменное уполномочие, выдаваемое одним лицом другому лицу для представительства перед третьими лицами. Исходя из этого, при отправке ребенка к бабушке и дедушке, как это описывалось выше, лучше оформить соответствующую доверенность в простой письменной форме. В противном случае медицинский работник должен принимать решения, исходя из принципов крайней необходимости. Бабушка и дедушка не являются законными представителями ребенка своих детей.

Вышеизложенные ситуации создают дополнительные сложности. Если юристам необходимо разбираться в правовых «дебрях» при выявлении статуса законного представителя, то можно представить, какие трудности приходится преодолевать медицинским работникам. По-видимому, выход должен быть в упрощении формы участия законных представителей в тех или иных здравоохранительных правоотношениях. Применительно к каждой ситуации необходимо либо утвердить специальный бланк, который заполняется законным представителем, либо установить четкую процедуру



ру проверки полномочий (наподобие административного регламента, принимаемого для государственных служащих). В первом случае можно проиллюстрировать получением согласия на медицинское вмешательство, форму которого необходимо разработать отраслевым органом управления здравоохранением. Наибольшую актуальность утверждение формы приобретает при получении согласия от организаций (органов), выполняющих функции законного представителя. Во втором случае необходимо сослаться на Порядок прове-

дения паталого-анатомических вскрытий, который лишь вскользь упоминает о законных представителях. По-видимому, Порядок проведения паталого-анатомических вскрытий должен закреплять также пошаговую инструкцию для медицинской организации по истребованию возможных заявлений от законных представителей. В настоящее же время каких-либо уточняющих документов относительно участия законных представителей в здравоохранительных правоотношениях Министерством здравоохранения РФ не принято.



Литература

- 1.** Собрание законодательства РФ. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.
- 2.** Романовский Г.Б. Право на врачебную тайну в системе прав пациента// Медицинское право. — 2004. — № 4. — С. 18.
- 3.** Косарева И.А. К вопросу о брачном возрасте//Бюллетень нотариальной практики. — 2008. — № 3.
- 4.** Пешина И.Ю. К вопросу о законном представительстве ребенка в семейных правоотношениях//Семейное и жилищное право. — 2012. — № 6. — С. 21–24.
- 5.** Беспалов Ю.Ф. Осуществление семейных прав через представителя//Нотариус. — 2005. — № 3.
- 6.** Собрание законодательства РФ. — 2008. — № 17. — Ст. 1755.
- 7.** Постановление Правительства РФ от 25 июня 2009 г. № 535//Собрание законодательства РФ. — 2009. — № 26. — Ст. 3209.
- 8.** Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2010. — № 50.
- 9.** Собрание законодательства РФ. — 2012. — № 53 (ч. 1). — Ст. 7598.
- 10.** Собрание законодательства РФ. — 1996. — № 3. — Ст. 145.
- 11.** Собрание законодательства РФ. — 2006. — № 45. — Ст. 4626.
- 12.** Собрание законодательства РФ. — 1995. — № 50. — Ст. 4872.
- 13.** Собрание законодательства РФ. — 1995. — № 32. — Ст. 3198.
- 14.** Собрание законодательства РФ. — 2000. — № 49. — Ст. 4822.
- 15.** Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. — 1992. — № 33. — Ст. 1913.
- 16.** Собрание законодательства РФ. — 1996. — № 34. — Ст. 4029.

UDC 347.155.5

Romanovskaya O.V. Legal representatives in the health care (Penza State University, Penza, Russia)

Abstract: This article analyzes the legal status of a legal representative in the various models of legal relations in the sphere of health care (with the consent to medical intervention prior to admittance to the patient). The basic challenges that may face a medical professional when determining the authority of the legal representative patient. Particular attention is paid to the guardianship authorities, as well as various organizations authorized to represent citizens under the law.

Keywords: legal representatives, patient, health care, medical organization.





Д.В. Пивень,

д.м.н., профессор, эксперт по вопросам нормативно-правового регулирования деятельности здравоохранения, г. Санкт-Петербург, Россия, piven_dv@mail.ru

И.С. Кицул,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru



НОВЫЕ ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ: ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ РУКОВОДИТЕЛЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. *Новые правила оказания платных образовательных услуг: что необходимо знать руководителю медицинской организации [г. Санкт-Петербург, г. Иркутск, Россия]*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы, связанные с вступлением в действие новых Правил оказания платных образовательных услуг. Данными Правилами введены новые понятия — «недостаток платных образовательных услуг» и «существенный недостаток платных образовательных услуг». Соответственно возникают вопросы: «Что конкретно является недостатком платных образовательных услуг? Какие действия может предпринять руководитель медицинской организации в случае, если он является заказчиком данных услуг, а при их оказании выявлены недостатки?». Статья дает ответы на указанные вопросы.

Ключевые слова: платные образовательные услуги, недостаток платных образовательных услуг, руководитель медицинской организации, договор, обучающиеся медицинские работники.

Последние годы характеризуются стремительным как количественным, так и качественным изменением нормативно-правовой базы здравоохранения. Особенно остро данная ситуация проявила себя в этом году, что сопровождалось выходом значительного количества новых подзаконных актов, существенным образом повлиявших на деятельность медицинских организаций и вызвавших много дискуссий [3, 7, 8, 10]. Не менее значимые события в сфере нормативно-правового регулирования происходят и в образовании. В данной сфере уже сейчас можно встретить публикации, указывающие на появление многочисленных и при этом непростых вопросов для руководителей в связи с недавно принятым законом «Об образовании в Российской Федерации» [9]. Нельзя не отметить и появление еще одного документа, принятого во исполнение указанного закона, действие которого напрямую затрагивает профессиональные интересы значительного числа руководителей медицинских организаций и непосредственно медицинских работников. Речь идет о Правилах оказания платных образовательных услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 15.08.2013 № 706 (далее — Правила).

В данной статье мы рассмотрим только один аспект, обозначенный в указанных Правилах, а именно то, что связано с вновь введенными поня-

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2013 г.



тиями: «недостаток платных образовательных услуг» и «существенный недостаток платных образовательных услуг». Данные понятия в нормативном документе появились впервые, что четко отражает государственный курс, на более полную регламентацию прав заказчиков платных образовательных услуг и обучающихся, а также на повышение ответственности со стороны тех, кто данные услуги оказывает. Об этом и должны иметь четкое представление руководители медицинских организаций всех организационно-правовых форм, так как именно они чаще всего являются заказчиками платных образовательных услуг для медицинских работников своих организаций. В этой связи и руководители медицинских организаций, и обучающиеся за плату медицинские работники, рассчитывая на качественное обучение, должны знать не только о своих правах, но и представлять возможный алгоритм действий в случае их нарушения.

Следует отметить, что в периодических изданиях сферы образования достаточно много публикаций, посвященных вопросам ценообразования на платные образовательные услуги и организации договорной работы [1, 2, 4, 6, 11]. Выполняются и соответствующие научные исследования [5]. Вместе с тем считаем, что должного внимания требует и рассмотрение проблем, связанных с качеством и возможными недостатками предоставляемых услуг. Тем более, что этой теме значительное место уделено в новых Правилах.

Так что же такое недостаток платных образовательных услуг и существенный недостаток платных образовательных услуг? Правила трактуют это таким образом.

Недостаток платных образовательных услуг — несоответствие платных образовательных услуг или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям), или целям, для которых платные обра-

зовательные услуги обычно используются, или целям, о которых исполнитель был поставлен в известность заказчиком при заключении договора, в том числе оказания их не в полном объеме, предусмотренном образовательными программами (частью образовательной программы);

Существенный недостаток платных образовательных услуг — неустранимый недостаток, или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки.

Важно, что в третьем разделе Правил, который называется «Ответственность исполнителя и заказчика», достаточно подробно прописаны права заказчика в случае выявления недостатка и(или) существенного недостатка платных образовательных услуг.

Конкретно в Правилах сказано следующее:

«17. При обнаружении недостатка платных образовательных услуг, в том числе оказания их не в полном объеме, предусмотренном образовательными программами (частью образовательной программы), заказчик вправе по своему выбору потребовать:

a) безвозмездного оказания образовательных услуг;

b) соразмерного уменьшения стоимости оказанных платных образовательных услуг;

в) возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанных платных образовательных услуг своими силами или третьими лицами.

18. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный договором срок недостатки платных образовательных услуг не устранены исполнителем. Заказчик также вправе отказаться от исполнения договора, если им обнаружен существенный недостаток оказанных платных образовательных услуг или иные существенные отступления от условий договора.





19. Если исполнитель нарушил сроки оказания платных образовательных услуг (сроки начала и (или) окончания оказания платных образовательных услуг и (или) промежуточные сроки оказания платной образовательной услуги) либо если во время оказания платных образовательных услуг стало очевидным, что они не будут осуществлены в срок, заказчик вправе по своему выбору:

а) назначить исполнителю новый срок, в течение которого исполнитель должен приступить к оказанию платных образовательных услуг и (или) закончить оказание платных образовательных услуг;

б) поручить оказывать платные образовательные услуги третьим лицам за разумную цену и потребовать от исполнителя возмещения понесенных расходов;

в) потребовать уменьшения стоимости платных образовательных услуг;

г) расторгнуть договор.

20. Заказчик вправе потребовать полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков начала и (или) окончания оказания платных образовательных услуг, а также в связи с недостатками платных образовательных услуг.

Таким образом, каждый медицинский работник, повышающий в системе последипломного образования свою квалификацию или получающий новую специальность на платной основе, имеет широкие права в части получения качественного образовательного продукта и в полном соответствии с договором. Кстати, к содержанию договора на оказание платных образовательных услуг Правила предъявляют также достаточно жесткие требования. Проблема в том, что большинство заказчиков (в основном руководителей медицинских организаций), как и большинство обучающихся на платной основе медицинских работников, далеко не всегда хорошо представляют, что же все-таки конкретно подразумевают под собой приведенные выше определения «недостатка платных образовательных услуг» и «существенно-

го недостатка платных образовательных услуг». Да и в используемых во многих образовательных организациях форм договоров часто об этом ничего не сказано. Постараемся восполнить этот пробел.

Как было отмечено выше, в соответствии с Правилами к недостаткам платных образовательных услуг относится в том числе оказание их не в полном объеме, предусмотренном образовательными программами (частью образовательной программы). Безусловно, этим перечень возможных недостатков не ограничивается. Кроме данного недостатка, необходимо выделять и следующие:

- Нарушение сроков оказания платных образовательных услуг (сроков начала и(или) окончания оказания платных образовательных услуг и (или) промежуточных сроков оказания платной образовательной услуги) либо, если во время оказания платных образовательных услуг стало очевидным, что они не будут осуществлены в срок.

- Оказание платных образовательных услуг в месте, расположенном по иному адресу, в отличие от того, который указан в договоре на оказание платных услуг.

- Несоблюдение исполнителем, то есть образовательной организацией, утвержденного учебного плана, календарного учебного графика и расписания занятий.

- По окончании обучения обучающемуся медицинскому работнику выдан документ не той формы, которая оговорена в договоре.

- Недостаточное (несвоевременное) обеспечение или необеспечение обучающихся медицинских работников учебной литературой и другими учебными материалами в случае, если указанное обеспечение предусмотрено договором.

- Привлечение к оказанию платных образовательных услуг педагогических работников, не указанных в договоре, в случае, если в договоре были указаны конкретные педагогические работники.

- Отсутствие у исполнителя, то есть у образовательной организации, необходимо-



го оборудования (как общего, например, мультимедийная система, так и специального, соответствующего направленности обучения) для качественного оказания платных образовательных услуг.

- Несоответствие уровня образования и квалификации педагогических работников установленным требованиям или условиям договора.

- Конструктивные, производственные или иные недостатки образовательной услуги, вследствие которых причинен или может быть причинен вред жизни, здоровью или имуществу обучающегося медицинского работника.

- Несоответствие условий оказания платной образовательной услуги санитарным и иным нормам, правилам, требованиям, установленным для оказания образовательных услуг.

- Недостаточное качество оказания платной образовательной услуги (форма изложения, презентационные материалы, используемые методы обучения, комментарии педагогического работника, неполные ответы на вопросы обучающихся или отсутствие ответов вообще, отсутствие возможности задавать вопросы, обращение с обучающимися в грубой, некорректной или иной недопустимой форме и т.д.).

- Конфликт интересов педагогического работника, оказывающего платные образовательные услуги. Возникает, например, при ведении платных и бесплатных занятий у одних тех же обучающихся. В этом случае педагогический работников должен быть отстранен от обучения.

- Нарушение прав обучающихся медицинских работников при оказании платных образовательных услуг.

Помимо приведенных выше, безусловно, возможны и иные недостатки и(или) существенные недостатки платных образовательных услуг, выявляемые заказчиком и(или) обучающимся медицинским работником, так как трудно представить себе их исчерпывающий перечень.

После обнаружения (выявления) недостатков и(или) существенных недостатков платных образовательных услуг перед заказчиком платных образовательных услуг возникает, во всяком случае обязан возникнуть, следующий вопрос: «Что делать дальше?».

Возможны следующие варианты дальнейших действий.

Первый вариант.

В идеале у образовательной организации должен быть свой внутренний документ (локальный нормативный акт), определяющий порядок действий заказчика и исполнителя платных образовательных услуг при выявлении их недостатков и(или) существенных недостатков. Но это в идеале, который, как известно, чаще всего далек от реалий жизни.

На этот случай существует второй вариант.

Целесообразно отразить в договоре на оказание платных образовательных услуг действия заказчика и исполнителя данных услуг при обнаружении недостатка и(или) существенного недостатка платных образовательных услуг.

Например, в договоре могут быть обозначены следующие действия.

- При обнаружении недостатка платных образовательных услуг заказчик, если иное не предусмотрено договором, в произвольной форме пишет заявление о выявлении недостатка платных образовательных услуг (далее Заявление) на имя руководителя образовательной организации (далее Руководителя), в котором излагает суть выявленного(ых) недостатка(ов) и требование(я) в соответствии с указанными в Правилах правами заказчика (устранение недостатков, возврат денежных средств, обучение за счет исполнителя, расторжение договора и т.д.).

- С Заявлением заказчик обращается к ответственному лицу исполнителя за оказание платных образовательных услуг (далее Ответственное лицо).

- Ответственное лицо после получения Заявления обеспечивает:





— регистрацию Заявления в установленном у исполнителя порядке и оперативное информирование Руководителя о поступившем Заявлении;

— организацию рассмотрения Заявления с целью немедленного устранения недостатков образовательных услуг и наиболее полного удовлетворения законных интересов и требований заказчика;

— сбор необходимых материалов и их направление на комиссию исполнителя по урегулированию споров между участниками образовательных отношений (такая комиссия должна быть в каждой образовательной организации) в случаях, если недостатком образовательной услуги являются сообщенные в Заявлении сведения относятся к компетенции комиссии.

- Если недостатком платной образовательной услуги по сведениям Заказчика является конфликт интересов педагогического работника, то Руководитель до принятия решения комиссии исполнителя по урегулированию споров между участниками образовательных отношений в соответствии с действующим законодательством принимает все необходимые меры по недопущению возможных негативных последствий возникшего или возможного конфликта интересов для участников образовательных отношений при оказании платных образовательных услуг. Из ст. 2 Закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в РФ»: «Конфликт интересов педагогического работника — ситуация, при которой у педагогического работника при осуществлении им профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении материальной выгоды или иного преимущества и которая влияет или может повлиять на надлежащее исполнение педагогическим работником профессиональных обязанностей вследствие противоречия между его личной заинтересованностью и интересами обучающегося...»

- В период рассмотрения Заявления исполнитель принимает все необходимые

меры по устраниению выявленных недостатков платных образовательных услуг и урегулированию возникших вопросов в целях полного исполнения условий договора. Целесообразно уже в договоре обозначить срок, в течение которого данное Заявление будет рассматриваться, например, не более 3-х дней.

- Если заказчиком обнаружен существенный недостаток оказанных (оказываемых) платных образовательных услуг или иные существенные отступления от условий договора и заказчик отказывается от дальнейшего исполнения договора, то в этом случае договор расторгается в предусмотренном договором порядке.

В ближайшее время, возможно, уже к моменту выхода данной статьи, Минобрнауки РФ должно утвердить типовую форму договора на оказание платных образовательных услуг. Не исключено, что в данной форме не будет сделан акцент на действиях заказчика и исполнителя платных образовательных услуг при выявлении их недостатков. В этом случае соответствующий порядок действий можно было бы прописать в дополнительном соглашении к данному договору.

Считаем, что предложенный алгоритм действий заказчика и исполнителя платных образовательных услуг при выявлении их недостатков вносит определенную ясность и понимание в схему решения этих весьма непростых и при этом малоприятных вопросов.

Очевидно и то, что понимание рассматриваемых в данной статье вопросов между заказчиком и исполнителем платных образовательных услуг уже на этапе заключения договора будет дисциплинировать исполнителя, который, безусловно, должен быть заинтересован в превентивном принятии всех необходимых мер по предотвращению появления недостатков и(или) существенных недостатков платных образовательных услуг.



Литература

- 1.** Басалаева Н.А. Репетиторство — платные услуги учреждения//Электронный журнал «Учет в сфере образования» (Свидетельство о регистрации эл№ ФС77-44831). — 2009. — № 12.
- 2.** Вифлеемский А.Б. Платные дополнительные образовательные услуги// Бюджетные учреждения образования: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2008. — № 11. — С. 17–21.
- 3.** Галанова Г.И. «Провозглашать принцип качества, не изменив способ организации — ставить повозку впереди лошади»//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 5. — С. 62–65.
- 4.** Жукова Т.В. Договор возмездного оказания образовательных услуг//Диссертация на соискание ученой степени доктора юридических наук. — 2004. — 203 с.
- 5.** Зернова И.С. Платные образовательные услуги//Бюджетные учреждения образования: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2009. — № 8. — С. 12–15.
- 6.** Ищук Т.Л. Ценовая политика государства и ВУЗов на рынке образовательных услуг высшей школы//Креативная экономика. — 2009. — № 7(31). — С. 25–31.
- 7.** Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 16–26.
- 8.** Пивень Д.В., Кицул И.С. Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 6–12.
- 9.** Синякова Т.А. Кто проконсультирует директора по вопросам нового закона «Об образовании в РФ»?//Журнал руководителя управления образованием. — 2013. — № 5. — С. 79–80.
- 10.** Старченко А.А. Безопасность медицинской деятельности: законодательное нормирование необходимо//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 64–69.
- 11.** Сырых В.М. Качество нормативно-правовых актов образовательного права// Право и образование. — 2003. — № 4. — С. 33–50.



Piven D.V., Kitsul I.S. **New rules of providing paid educational services: what head of the medical organization should know** (Saint Petersburg, Russia; Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia)

Abstract. In the article the questions connected with enactment of the new Rules of providing of paid educational services. These Rules introduced new concepts — «disadvantage of paid educational services» and «significant disadvantage of paid educational services». Accordingly, questions are: «What is a disadvantage of paid educational services? What action can be taken by head of the medical organization if it is customer service and delivery disadvantages?» This article gives the answers to these questions.

Keywords: paid educational services, the disadvantage of paid educational services, the head of the medical organization, contract, trained medical workers.



С.В. Фролов,

д.т.н., профессор, заведующий кафедрой «Биомедицинская техника», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тамбовский государственный технический университет», г. Тамбов, Россия, sergej.frolov@gmail.com

М.С. Фролова,

аспирант кафедры «Биомедицинская техника», Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тамбовский государственный технический университет», г. Тамбов, Россия, maria_frolova@list.ru

МИРОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ ДЛЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Фролов С.В., Фролова М.С. *Мировые проблемы при выборе медицинского изделия для учреждения здравоохранения* (Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Тамбовский государственный технический университет», г. Тамбов, Россия)

Аннотация: Проведен анализ мировых и российских проблем организации здравоохранения, препятствующих рациональному оснащению лечебно-профилактических учреждений медицинскими изделиями. Предложены пути преодоления выявленных сложностей. Показано, что рациональный выбор медицинского изделия возможен только в случае, когда основное внимание уделяется потребностям здравоохранения и требованиям конкретного лечебного учреждения.

Ключевые слова: медицинское изделие, лечебно-профилактическое учреждение, система поддержки принятия решений, оптимизация выбора.

Введение

Приоритетными задачами ВОЗ являются обеспечение доступа к медицинским изделиям (МИ), улучшение их качества и адекватное использование МИ для улучшения врачебной помощи и здоровья населения [1]. Рынок МИ — одна из самых динамичных отраслей мировой экономики [2]. Доход от продаж МИ ежегодно увеличивается на 6%. Такой стремительный и стабильный рост достигается в отрасли, которая объединяет более 27 000 производителей МИ и более миллиона сотрудников [3].

Многообразие представленных МИ — множество типов МИ, их конфигураций, областей применения, пользователей нередко препятствует рациональному использованию МИ в ЛПУ.

Проблемы выбора МИ для ЛПУ можно далее представить, используя материалы глубокого исследования, проведенного экспертами ВОЗ [4].

Отсутствие объективной оценки и информации о медицинском изделии

Решение о закупке конкретного МИ часто основано только на предположении, что МИ сможет улучшить работу ЛПУ. Но при обдуманном выборе МИ необходимо вначале выявить потребности ЛПУ, провести

© С.В. Фролов, М.С. Фролова, 2013 г.



анализ и соотнести эти потребности с выбранным МИ. Очевидно, что недостаток информации на любом из этих этапов усложнит выбор МИ. В результате неверной оценки свойств МИ его закупка не оправдает свою цель — не улучшит качество врачебной помощи в ЛПУ [4].

Исследование [5] подтверждает этот факт, что значительная часть финансовых средств, предназначенных для повышения качества здравоохранения в мире, была потрачена в результате не по назначению. Проблема, вызванная отсутствием опыта при сравнении различных МИ, будет усиливаться вместе с ростом отрасли и распространением передовых технологий. Несмотря на то, что врачи при закупке чаще выбирают МИ с передовыми технологиями, экономическая эффективность такого МИ неоднозначна [6].

Невозможность объективной оценки и недостаток информации сопровождают не только высокотехнологичные и дорогостоящие МИ, но и более часто используемые в практике МИ для рутинных операций [4].

Другой фактор, затрудняющий объективную оценку инновационных МИ, заключается в недостаточном количестве проводимых клинических испытаний. Небольшое количество испытаний не позволяет выявить неспецифические недостатки МИ. Известно, что проведение клинических испытаний широко используется в фармакологии, но применение, например, эффекта плацебо недопустимо при исследовании эффективности МИ. Результатом этого в Европе, согласно обзору [7], клиническая и финансовая эффективность инновационных технологий не всегда доказуема.

Проводимые предпродажные клинические испытания также нередко сообщают ложные сведения о МИ. Для объективности оценки специалисты, участвующие в клинических испытаниях, должны нейтрально оценивать изделия, не должны быть проинформированы заранее о недостатках МИ и не должны относиться предвзято к МИ, например, из-за

предыдущего положительного опыта работы с предыдущими моделями тестируемого МИ. Однако чаще всего специалисты, принимающие участие в предпродажных тестированиях МИ, «прошли тренинги по работе с тестируемым МИ и осведомлены о его возможных неполадках. Кроме того, происходит специальный отбор пациентов для проводимых испытаний». В итоге после внедрения этого МИ в реальную клиническую практику, при использовании его менее опытным врачом для лечения большего количества различных пациентов проявляются недостатки МИ, не обозначенные ранее маркетологами [4, 8, 26].

Всегда ли необходимы инновационные технологии?

Наличие новых опций и суперсовременных технологий может «ослепить» специалистов, принимающих решение при закупке МИ [4]. Порой только факт того, что МИ оснащено инновационной технологией, является решающим при его закупке. Необходимость данного МИ в ЛПУ, его влияние на улучшение качества врачебной помощи отходит на второй план.

Стоит отметить, что интересы производителей МИ, врачей и пациентов при организации технического оснащения ЛПУ различны. Врач заинтересован в наличии в ЛПУ удобного для него МИ. В поставках дорогостоящих МИ в ЛПУ заинтересован производитель. Пациент желает проходить лечение в таких ЛПУ, оснащенных лучшими, по его мнению, и соответственно дорогими МИ.

Хотя стоит отметить, что в последние годы в США и в Европе имеется тенденция к спаду интереса при закупке дорогостоящих МИ. Новейшие технологии, которые совсем недавно являлись главной характеристикой МИ, подвергаются сегодня критике из-за удороожания МИ. ВОЗ выявила, что использование высокотехнологичных приложений МИ для визуализации обосновано только в 20–30% клинических случаев, когда другие методы не позволяют поставить диагноз [4].





Владельцы частных клиник и страховых компаний, распоряжающиеся финансовыми ресурсами, в первую очередь хотят видеть связь инноваций с экономической эффективностью [9].

Имея на рынке несколько тысяч производителей, дистрибуторов и каталогов, описывающих достоинства «новых и современных» МИ, задача выбора МИ для Министерства здравоохранения, чиновников на местах и врачей усложняется. Недостаточная осведомленность о технической стороне вопроса еще более усугубляет проблему.

Увлеченность инновационными технологиями, недостаточная проработанность методологии анализа использования дорогостоящих МИ и системы медико-экономического обоснования его приобретения характерны и для РФ. В РФ проблема усугубляется тем, что сейчас отсутствует концепция оснащения ЛПУ сложными МИ с учетом анализа уровня оказания медицинской помощи. Имеются многочисленные примеры закупок дорогостоящих МИ ЛПУ, которые не могут обеспечить их эффективного использования [10, 11]. Кроме того, повсеместно не соблюдается и другой принцип — преемственности и единобразия МИ [12].

Личные предпочтения при выборе медицинского изделия

В ходе своей практической деятельности врачи выбирают наиболее удобное для работы МИ. Используя МИ каждодневно, врач нарабатывает опыт и далее стремится закупить МИ, максимально приближенное к уже известному ему.

Например, поиск оптимального для себя МИ особенно актуален для хирургов [4]. Считается, что эффективность работы хирурга выше, если он работает с инструментом, к которому он привык. Выбор оптимального МИ в таком случае часто основывается на личных предпочтениях специалиста. Общая стоимость МИ, которые врач выбирает согласно своим личным предпочтениям,

составляет более 50% бюджета ЛПУ, предназначенного для закупки МИ [9]. Таким образом, при закупке нового МИ большое внимание уделяется модели вида МИ, с которой ранее работал специалист. Но для оптимизации выбора МИ первоочередным должен быть анализ потребностей ЛПУ, а не предпочтения врача или стоимость МИ. Кроме того, стоит отметить, что лоббирование врачом интересов определенных поставщиков, с которыми он давно сотрудничает, считается непрофессиональным, неэтичным и может негативно повлиять на ход лечебного процесса [4].

Стоимость медицинских изделий, очевидная и скрытая

МИ и их стоимость сегодня особенно важны для стран, где средняя продолжительность жизни составляет более 70 лет. Число таких стран увеличивается с каждым годом, поэтому потребность в улучшении качества здравоохранения также возрастает. К началу этого века МИ составляли 5–6% всех затрат на здравоохранение в Европе, США и Японии. В некоторых европейских странах этот процент был даже выше — 8–9% в Бельгии, Германии, Словакии и 11–12% в Латвии и Литве [4, 13].

Сегодня актуален вопрос, достаточно ли внимание уделяется экономической эффективности новых технологий в медицине [14]. В развитых странах чаще рассчитывается экономическая эффективность конкретного ЛПУ, но совсем немногие специалисты уделяют должное внимание экономической эффективности МИ.

Страны, где на здравоохранение выделяется недостаточное количество финансовых средств, также имеют свои проблемы. В таких странах, в том числе и в РФ, при выборе МИ основную роль играет его цена. Но закупочная цена МИ — это чаще всего только вершина финансового айсберга [4]. Стоимость гарантии на МИ, сервисных контрактов на обслуживание, инсталляции, запасных



частей, обслуживания, реагентов, обучения персонала, дополнительного оборудования и т.д. составляет до 80% от стоимости МИ [15–17].

Как можно избежать закупки МИ по завышенной цене? Возможно ли снижение расходов? При сравнении цен на МИ при их закупке принято обращаться к отчетам о результатах работы, к каталогам поставщиков и другим источникам информации. Для выбора МИ с наиболее привлекательной ценой необходимо изучить все имеющиеся на рынке цены и выявить подходящее предложение. Но такой анализ требует затраты временных ресурсов. Некоторые эксперты выходом из сложившейся ситуации видят выбор нескольких постоянных поставщиков, предоставляющих всегда выгодные цены. В этом случае специалисту, принимающему решение при закупке МИ, будет проще ориентироваться в предлагаемом ассортименте.

Оптовые/массовые закупки МИ также снижают стоимость единичного продукта. Такой способ закупок обычно используется международными организациями (например, ВОЗ) для закупки МИ от имени государств-членов.

В некоторых регионах сформированы организации для объединения закупок. Примером может служить Совет сотрудничества арабских государств (Gulf Cooperation Council), который объединяет 6 государств Персидского залива [18].

Для снижения расходов возможен и подход, когда несколько ЛПУ используют совместно специальный механизм закупок: одна группа специалистов занимается закупкой МИ для ряда лечебных учреждений [19].

Для того, чтобы избежать завышение цен, необходимо сделать открытыми прайс-листы на МИ, используемые в некоторых странах.

Стоит также отметить, что специалистам, принимающим решение при закупке МИ, при оценке стоимости необходимо обращать внимание на указанную цену, а также на возможные расходы на поддержку работоспособности МИ.

Отсутствие единой номенклатуры

Отсутствие единой номенклатуры негативно влияет на выбор оптимального МИ. В мире процесс согласования и гармонизации различных национальных стандартов идет уже несколько десятилетий.

Обилие различных номенклатурных классификаций осложняет коммуникацию между специалистами, занимающимися закупками МИ: врачом, менеджером по маркетингу, специалистом по сертификации и учету и т.д. В США, например, сотрудники Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (*Food and Drug Administration, FDA*) считают, что унифицированная система классификации МИ «поможет уменьшить медицинские ошибки, выявить несовместимость с другими устройствами, улучшить контроль инвентаризации и возможные компенсации, а также сократить случаи подделки МИ» [20].

Необходимо создать универсальную номенклатурную классификацию, определяющую каждое МИ в соответствии с его применением. Очевидно, что отсутствие единой, всемирно признанной международной номенклатуры — неоспоримая преграда при выборе оптимального МИ.

Незаконные договоренности и коррупция

Очевидно, что незаконные договоренности между врачами, лицами, принимающими решение при закупке, и между поставщиками препятствуют оптимальному выбору МИ. Доказано, что коррупция распространена как в развитых, так и в развивающихся странах [21–23].

Неправительственная организация по борьбе с коррупцией и исследованию ее уровня по всему миру Transparency International отметила отрасль МИ и лекарственных средств как четвертую в списке отраслей с высоким риском коррупции. В ходе исследования было выявлено, что официальные пред-





ставители Министерства здравоохранения, будучи в сговоре с поставщиками, преднамеренно завышают цену МИ, а затем присваивают оставшуюся разницу стоимости. Заявленная цена может быть более чем в 5 раз выше объективной цены [24]. Крупные государственные программы в США потеряли 5–10% своего бюджета вследствие подобных махинаций [24]. Другая непоследовательность в ценообразовании была выявлена в Бенине (западная Африка), где было произведено сравнение цен на 10 выбранных приборов 10 отдельных компаний. Эти МИ были закуплены министерством здравоохранения и владельцами частных клиник. В ходе исследования выявлено, что с 1998 по 2008 гг. при закупке министерство платило от 2 до 6 раз больше, чем частные ЛПУ [25].

Обнародование информации — один из мировых способов борьбы с коррупцией. Отчет неправительственной организации по борьбе с коррупцией Transparency International показал, что в Аргентине после распространения министерством информации о различиях в ценах на медикаменты, закупаемые различными лечебными учреждениями, разброс цен упал до 50%. Закупочные цены на эти медикаменты снизились в среднем на 12% [24].

Большое количество компаний-посредников при продаже медицинских изделий

Сфера поставок МИ привлекает значительное количество посредников, каждый из которых вправе устанавливать цену на МИ по своему усмотрению, что приводит к их значительному удорожанию. Снижение стоимости МИ возможно при его закупке через официальное представительство, а не через дистрибуторов, так как каждое звено в дилерской сети имеет свой доход. При закупках МИ необходимо провести исследование рынка МИ с целью выявления недобросовестных посредников — поставщиков МИ.

Несостоятельность системы послепродажной оценки медицинского изделия

Для ЛПУ при выборе МИ основополагающим фактором, помимо стоимости, являются его эффективность и безопасность во время реальной работы. Поддержка обратной связи с клиентом после продажи МИ — это способ контролировать уровень безопасности и эффективности МИ при их применении во врачебной практике.

Производители МИ обязаны проводить постпродажный контроль всех МИ, которые они предложили для продажи. Контролирующие органы требуют, чтобы производители сообщали о незапланированных ошибках в работе с МИ, проводили постпродажные анализы. Но, к сожалению, система оценки МИ после его установки в ЛПУ сегодня несовершенна.

Работа системы послепродажной оценки МИ основывается на полученных данных о произошедших ошибках. Этот процесс ненадежен, так как число реальных ошибок при работе МИ превосходит число ошибок, отмеченных в отчетах. В США FDA была внедрена система обязательной отчетности об ошибках работы МИ для пользователей. Стоит отметить, что количество отчетов, присланных производителями, превосходит число отчетов из ЛПУ. Похожая система используется и Управлением по контролю за оборотом лекарственных средств и МИ Соединенного Королевства (MHRA) в Великобритании [4].

На практике получается, что только немногие пользователи составляют отчеты при возникновении ошибок. Исследование, проведенное по запросу Конгресса США в 1980-х годах, выявило, что лишь 1% ошибок работы МИ был занесен сотрудниками ЛПУ в отчеты для FDA [26].

Другой сложностью оценки МИ является невозможность представления данных о возможных рисках возникновения ошибок. Такие данные могут внести путаницу при определе-



нии безопасности МИ. Системы мониторинга, используемые производителям, во многом (но не полностью) основываются на оценке числа МИ с зафиксированной неисправностью. Но эти системы мониторинга неточны из-за различного среднего срока службы МИ.

Несостоятельность системы послепродажной оценки МИ приводит к отсутствию надежного механизма для контроля за ошибками, возникающими при использовании МИ. Сегодняшняя система основывается на изолированной базе данных, которая поддерживается профессиональными ассоциациями и заполняется добровольными отчетами отдельных врачей [4].

Подделка медицинских изделий. Контрафакция

Незаконное использование фирменных обозначений, то есть производство и реализация МИ с указанием на них фирменных обозначений, принадлежащих другим фирмам, как правило, широко известным и хорошо зарекомендовавшим себя на рынке, осложняет выбор оптимального МИ. Случай подделки при производстве МИ происходят все чаще. В 2007 году в мире было зафиксировано 1500 случаев подделок (в основном в области фармацевтики). Согласно отчету ВОЗ, представленному на 61 Всемирной ассамблее здравоохранения в 2008 г., это количество примерно на 20% превосходит прошлый год и в 10 раз больше, чем в 2000 году [27].

Случай подделки продукции в области здравоохранения, включая МИ и лекарственные средства, были зафиксированы в 193 государствах-членах ВОЗ. К МИ относили контактные линзы, презервативы, тестовые полоски для определения глюкозы в крови и т.д. [4, 27].

Организация Eucomed — важнейшая организация для производителей МИ в Европе, призывает своих членов «создать для своих МИ такие отличительные особенности, чтобы минимизировать подделки» [28]. Кроме того, предлагается ужесточить нака-

зание для лиц, подделывающих МИ и лекарственные средства.

Европейская Комиссия предлагает добавить трассировку товара к основным требованиям при выпуске МИ [29]. Предлагается отслеживать движения товара в цепочке от производителя до потребителя. Как правило, партия товара отслеживается по номеру партии, а отдельные экземпляры — по серийному номеру.

Коалиция, выступающая против подделок в сфере здравоохранения, IMPACT, ранее специализировавшаяся только на лекарственных средствах, официально включила в ноябре 2008 г. в поле своего наблюдения и МИ.

Неточности в клинических руководствах и стандартах оказания медицинской помощи

Клинические руководства способны, основываясь на потребности ЛПУ, практических результатах, необходимом курсе лечения, описать применение оптимального МИ.

Клинические руководства — это инструмент, которым пользуются врачи, менеджеры больниц и амбулаторий, специалисты по планированию общественного здравоохранения, экономисты здравоохранения и другие специалисты для принятия решений по клиническим вопросам с целью улучшения качества и сокращения затрат.

Однако до сих пор многие сотрудники ЛПУ не обращают должного внимания на клинические руководства [30, 31]. Были выявлены основные причины, тормозящие распространение клинических руководств: несогласие врачей с рекомендациями руководств, скептицизм к успеху применения руководств, незнание содержания руководств, нежелание задуматься о возможных положительных результатах применения руководств, нежелание менять свои профессиональные привычки [30].

Стоит отметить, что часть проблемы — это сами клинические руководства [4]. Некоторые руководства не называют МИ, которое рекомендовано при выполнении описывае-





мой манипуляции. Кроме того, дополнительное оборудование, включающее в себя обширную и разнообразную группу МИ, не уточнено в клинических руководствах [32].

При огромном количестве национальных и международных ассоциаций, выпускающих клинические руководства, невозможно избежать множества рекомендаций по одной теме. Каждая из этих рекомендаций основывается на своих предпосылках и клинических результатах [31]. Некоторые рекомендации или незавершены, или же не указывают источник результатов, на которых они основываются [30]. А те клинические рекомендации, которые не уточняют источники, обычно базируются на сомнительных результатах [33].

Другая проблема при составлении клинических руководств — это поддержание их актуальности. МИ постоянно совершенствуются, внедряются инновационные технологии, вместе с этим меняется и работа врачей.

Проблемы, возникающие при выборе медицинского изделия в РФ

Описанные выше проблемы, препятствующие выбору оптимального МИ для ЛПУ, распространены во всем мире. Но для РФ, кроме уже указанных, существуют и только свойственные нашей стране сложности, содержащие решение вопросов обеспечения ЛПУ современными высокотехнологичными МИ.

Известно, что последние годы Министерством здравоохранения РФ проводится целенаправленная работа по развитию материально-технической базы ЛПУ с приобретением МИ с целью замены морально и физически изношенных МИ и внедрения современных медицинских технологий [34]. Но, тем не менее, имеется достаточное количество технически изношенных МИ [35].

В связи с высоким износом МИ и с целью развития высокотехнологичной и специализированной помощи населению необходимо продолжение замены и модернизации МИ в ЛПУ [35].

Недостаточное нормативно-правовое регулирование обращения медицинских изделий. В РФ отсутствует система регулярного обновления классификатора МИ [36]. Правовая база регулирования оборота МИ устарела и необходимо скорейшее принятие закона о МИ [37]. Улучшение нормативно-правового регулирования обращения МИ упростило бы задачу выбора оптимального МИ для ЛПУ.

Бессистемность, стихийность в оснащении ЛПУ медицинскими изделиями. Имеются различия в подходах при оснащении МИ частных и государственных медицинских учреждений. Работающие на коммерческой основе и приобретающие МИ частные клиники обычно тщательно прорабатывают вопрос закупки. Их выбор МИ чаще всего хорошо обоснован. Государственные же ЛПУ в последние годы стали интенсивно оснащаться дорогостоящими МИ: томографами, аппаратами для УЗИ и т.д. Однако этот процесс зачастую недостаточно хорошо организован и имеет признаки бессистемности [10, 38]. До сих пор не производится прогноз перспективных потребностей в новых МИ с учетом покупательной способности ЛПУ. Важным моментом в укреплении материально-технической базы ЛПУ является их комплексное оснащение, то есть поставка современных МИ должна осуществляться не для отдельных процедур вне связи их между собой, а определенного функционального цикла. Комплексный подход не только гарантирует совместимость различных элементов поставляемых МИ, но и оптимизирует затраты на МИ за счет его более эффективного использования. Комплексное оснащение, таким образом, является наиболее перспективным и положительным образом оказывается на качестве предоставляемого медицинского обслуживания.

Неурегулированное взаимодействие врачей и чиновников при закупках медицинских изделий. Особенностью процесса технического оснащения МИ ЛПУ является то, что решение по закупке того или иного



вида МИ зачастую принимается не врачами, а чиновниками, не понимающими специфику врачебной деятельности. Поэтому нередко наблюдается слабая профессиональная ориентация при закупке МИ. Особенно это актуально при выборе сложных МИ: компьютерных томографов, биохимических анализаторов и т.д. Результатом некомпетентного выбора МИ является неэффективное использование бюджетных средств.

В любой системе здравоохранения процесс принятия решений представляет собой сложную совокупность взаимодействий между различными заинтересованными сторонами. Он является важным результатом успешного использования научных данных и практического применения полученных с их помощью рекомендаций [39].

Преобладание на рынке медицинских изделий импортного производства. Особенностью российского здравоохранения является то, что более 70% объема российского медико-технического рынка оставляют импортные МИ. Основное место в структуре импорта МИ составляют дорогостоящие медицинские приборы и аппараты. Отечественные МИ не позволяют реализовать основные современные методики диагностики и лечения. Однако имеются примеры производства отечественных высокотехнологичных МИ [10].

Оснащение и переоснащение ЛПУ современными МИ будет происходить более эффективно, если уменьшить поставку импортных товаров в пользу отечественных, которые являются конкурентоспособными, более доступными в цене, в обслуживании и в эксплуатации. Необходимо доводить до работников ЛПУ информацию о передовых отечественных МИ [40].

Проблема постпродажного обслуживания медицинских изделий. Постпродажное обслуживание МИ становится все более высокотехнологичной и наукоемкой деятельностью. От поставщиков МИ требуется не просто соблюдение гарантийных обязательств, а комплексного сервиса. В настоящее время имеют-

ся серьезные проблемы при эксплуатации МИ в ЛПУ: серьезный недостаток квалифицированных кадров, занимающихся обслуживанием МИ, простой МИ по причинам отсутствия обслуживания либо чрезмерной бюрократизации процедуры ремонта. Простой и неэффективное использование дорогостоящих МИ — серьезная проблема здравоохранения РФ. В новом Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [41] отсутствует статья о возможности работы в ЛПУ техников, инженеров.

Как отмечают эксперты, в ближайшее время в ЛПУ РФ произойдет насыщение МИ [42], для уменьшения простое необходимо перераспределение бюджета в сторону сервиса и расходных материалов для МИ.

Поставки в ЛПУ МИ и одновременное заключение контракта с поставщиком на комплексное сервисное обслуживание МИ решают в большей степени проблему постпродажного обслуживания МИ.

Простой МИ в ЛПУ вызваны и отсутствием медицинских специалистов, обладающих квалификацией для работы с высокотехнологичными МИ [43]. Эту проблему решит создание новых эффективных форм повышения квалификации медицинских работников, например, использование возможностей телемедицины в дистанционного обучения [40, 44–47].

Нередко причиной нежелания медицинских работников осваивать высокотехнологичные МИ является их материальная незаинтересованность. Создание материальных стимулов для медицинских работников при освоении новых МИ снижает простой МИ в ЛПУ.

Возможные решения проблем оснащения ЛПУ МИ

Проведенный анализ проблем оснащения ЛПУ МИ можно обобщить и предложить возможные пути решения проблем в виде схемы (рис. 1).

При анализе рис. 1 очевидно, что курсивом указаны схожие пути решения обозначенных проблем. Из 16 выявленных в резуль-





Проблемы оснащения ЛПУ МИ	Возможные решения
Многообразие моделей одного вида МИ, их конфигураций и опций	Создание системы, включающей в себя информацию по всем моделям МИ определенного вида, позволяющей сравнивать модели МИ по выбранным критериям
Сложность в оценке необходимости применения инновационных опций МИ	Создание системы, обеспечивающей выбор вида и модели МИ согласно потребностям конкретного ЛПУ
Отсутствие объективной оценки и информации об МИ	Создание системы, позволяющей сравнивать модели одного вида МИ и выявлять различия между ними
Простой МИ в ЛПУ	Создание системы, обеспечивающей выбор такого вида и модели МИ, при которых исключаются простой МИ в ЛПУ
Лоббирование врачом своих интересов при выборе МИ	Создание системы, объективно оценивающей модели МИ в соответствии с заданными критериями
Высокая стоимость МИ	Создание системы, обеспечивающей выбор МИ с наименьшей ценой и наиболее полным набором необходимых опций
Недостаточное постпродажное обслуживание МИ, отсутствие системы повышения квалификации персонала ЛПУ по работе с МИ	Создание системы, обеспечивающей выбор МИ, поставщики которого предлагают обучение персонала ЛПУ по работе с МИ и постпродажное обслуживание МИ
Неурегулированное взаимодействие врачей и чиновников при выборе МИ для ЛПУ	Создание системы, обеспечивающей совместную работу всех участников процесса при выборе МИ
Преобладание МИ импортного производства	Создание системы, в базе данных которой содержится информация обо всех отечественных и импортных моделях МИ. В этой системе выбор оптимальных МИ должен зависеть только от заданных критериев
Отсутствие единой номенклатуры МИ	Создание универсальной номенклатуры МИ, которая соответствует единой международной номенклатуре МИ
Коррупция	Увеличение прозрачности процесса закупок МИ
Подделка МИ	Введение обязательной трассировки МИ
Неточности в клинических руководствах и стандартах оказания медицинской помощи	Пересмотр и разработка новых эффективных клинических руководств и стандартов оказания медицинской помощи
Несостоятельность системы постпродажной оценки эксплуатации МИ	Составление отчетов об ошибках при эксплуатации МИ
Недостаточное нормативно-правовое регулирование обращения МИ	Совершенствование законодательной базы, к ведомственным приказам и инструкциям по вопросам регулирования отрасли оборота МИ, создание единой официальной терминологии
Бессистемность при оснащении ЛПУ МИ	Создание и совершенствование программы развития лечебной сети; составление планов закупок МИ; создание стандартов оснащения ЛПУ в зависимости от уровня оказания медицинской помощи

Рис. 1. Проблемы и возможные решения проблем оснащения ЛПУ МИ



тате анализа проблем оснащения ЛПУ МИ 9 проблем могут решаться на основе автоматизированной информационной системы, обеспечивающей выбор оптимальных МИ в соответствии с заданными критериями.

Стоит отметить, что основную сложность при оснащении ЛПУ МИ представляет выбор оптимальных моделей изделий медицинской техники (ИМТ). Подмножество ИМТ является в общем объеме поставок МИ в ЛПУ экономически более значимым.

Для решения указанных проблем создана бета-версия системы поддержки принятия решений (СППР) выбора оптимальной модели ИМТ для ЛПУ [48], представляющая собой автоматизированную компьютерную систему и предназначенную для оптимизации работы врача, чиновника, менеджера. Она направлена на экономию финансовых ресурсов и повышение уровня здравоохранения, призвана освободить врачей и чиновников от субъективной оценки при выборе ИМТ, проводя поддержку принятия решения по выбору оптимального ИМТ в соответствии с заданными критериями. Разработанная система оценивает потребность конкретного ЛПУ в ИМТ, принимая во внимание стоимость ИМТ. В таком случае оптимальное ИМТ обладает заданными функциями при минимальной стоимости. Поэтому, с одной стороны, выбранные с помощью СППР оптимальные модели ИМТ полностью обеспечивают потребности ЛПУ; с другой стороны, не происходит увеличение затрат на приобретение более дорогих моделей ИМТ, которые не дают преимуществ в повышении качества лечебно-диагностического процесса. Созданная СППР позволяет при планировании закупок ИМТ предупреждать ошибки, которые могут привести к значительным финансовым потерям ЛПУ и региона в целом.

Литература

1. Medium-term strategic plan 2008–2013: progress report. Programme, budget and administration committee of the Executive Board, Fourth meeting, provisional agenda item 3.2., 11 May 2006 (EBPBAC4/4). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/gb/pbac/pdf_files/fourth/PBAC4_4-en.pdf.
2. Praveenkumar S. Susceptibility of the European medical device industry amidst economic downturn. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.frost.com/prod/servlet/market-insight-top.pag?docid=156819802>.

Внедрение указанной СППР обеспечит оптимальное техническое оснащение ЛПУ ИМТ.

Заключение

Анализ мировых проблем, возникающих при оптимальном оснащении ЛПУ МИ, показал, многие МИ не могут быть использованы после поставки в ЛПУ по разным причинам — например, из-за отсутствия запасных частей для ремонта, недостатка информации для поддержания рабочего состояния, недостатка специалистов, обученных для работы с МИ. Препятствия для оптимального выбора МИ: увлеченностю новыми технологиями, агрессивный маркетинг, завышенная стоимость и ложная информация о МИ [4]. Эти случаи являются частью мировой проблемы — слабо развитой системы менеджмента МИ. Но все же основным фактором, тормозящим развитие в верном направлении, является несоответствие между выбором МИ и потребностями здравоохранения. При выборе оптимального МИ необходимо обращать внимание на конкретную потребность ЛПУ и, выбрав МИ, убедиться, что именно это МИ может быть использовано максимально эффективно для улучшения здоровья пациентов. Недостаточно обдуманный выбор МИ ведет к неверному использованию или к простому МИ, а как следствие, — к пустой трате финансовых средств.

Учитывая значительный объем поставок в ЛПУ МИ и имеющиеся проблемы в организации оснащения ЛПУ МИ, актуальной является разработка методов решения комплексной задачи оптимального оснащения ЛПУ МИ с использованием подходов медико-технических наук, а также системного анализа, логистики, теории принятия решений.





3. Wilkinson J. Medical technology in Europe, 6th March 2009 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.eucomed.org>
4. Medical Devices: Managing the Mismatch: An Outcome of the Priority Medical Devices Project. — WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010.
5. Feldman M.D. et al. Who is responsible for evaluating the safety and effectiveness of medical devices? The role of independent technology assessment//Journal of General Internal Medicine. — 2008. — 23 (Suppl. 1). — P. 57–63.
6. Top 10 hospital technology issues: C-Suite watch list for 2009 and beyond. ECRI (Emergency Care Research Institute), 2009 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.ecri.org/Forms/Pages/Top_10_Technologies.aspx.
7. Schreyögg J., Baumler B., Busse R. Balancing adoption and affordability of medical devices in Europe//Health Policy. — 2009. — 92 (2). — P. 218–224.
8. ISO 14155:2011. Clinical investigation of medical devices for human subjects — Good clinical practice.
9. Special report on health care technology//The Economist. — 2009. — April 16th.
10. Блинов Н.Н., Васильев А.Ю., Зиниченко В.Я. О необходимости и достаточности параметров технического переоснащения аппаратуры для лучевой диагностики. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://vniiimt.org/ru/thermenu-31/3/172-2012-04-06-08-34-49.html>.
11. Виленский А.В., Зиниченко В.Я. Общероссийская номенклатура медицинских изделий в национальной и международной системах регулирования оборота медицинской продукции//Врач и информационные технологии. — 2007. — № 3. — С. 30–32.
12. Виленский А.В., Федосеев В.Н. Российский медико-технический рынок: состояние, проблемы, перспективы. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.medtexnika.ru/spec/articles/art_08.htm.
13. Innovation, value and collaboration: the European medical technology industry activity report 2007–2008. Brussels, Eucomed, 2008 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.eucomed.com>.
14. McGinnity E. Managing the cost of physician preference items: if you keep doing what you're doing, you'll keep getting what you're getting//Healthcare Purchasing News. — 2003. — Nov.
15. Petkova H. et al. Barriers to innovation in the field of medical devices [Background Paper 6 of the Priority Medical Devices project]. Geneva, World Health Organization. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_EHT_DIM_10.6_eng.pdf.
16. Malkin R.A. Barriers for medical devices for the developing world//Expert Review of Medical Devices. — 2007. — 4(6). — P. 759–763.
17. Malkin R.A. Design of health care technologies for the developing world//Annual Review of Biomedical Engineering. — 2007. — 9. — P. 567–587.
18. Multi country regional pooled procurement of medicines. Meeting report, 15–16 January 2007. — Geneva World Health Organization, 2007 (WHO/TCM/MPM/ /2007.1). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/medicines/publications/PooledProcurement.pdf>.
19. Integrated healthcare networks market overview. — Trumbull CT, Knowledge Source Healthcare market information, 2009.
20. Eastern Research Group. Unique identification for medical devices — final report. U.S. Food and Drug Administration, 2006.
21. Nordberg C., Vian T. Corruption in the health sector (Updated November 2008). U4 Anti-Corruption Resource Centre, 2008 (U4 ISSUE 7:2008).
22. Perlman L. Shed light on 'physician preference': full disclosure needed in light of secret deals between docs, device makers//Modern Health Care. — 2007. — 37 (50). — P. 23.
23. Harris G. Crackdown on doctors who take kickbacks. — New York Times, March 4, 2009 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.nytimes.com/2009/03/04/health/policy/04doctors.html>.
24. Transparency International. Global corruption report 2006. — London: Pluto Press, 2006.
25. Houngbo P.T. et al. Policy and management of medical devices for the public health care sector in Benin//IET Digest. — 2008. — 12213. — P. 2.
26. Brown S.L., Bright R.A., Travis D.A. Medical device epidemiology and surveillance. — Chichester, Wiley, 2007.
27. Counterfeit medical products. In: Sixty-first World Health Assembly A61/16 11.13, Geneva, 7 April 2008. — Geneva, World Health Organization, 2008 (A61/16).
28. Eucomed contribution to the public consultation of the European Commission in the context of the study on distribution channels for medical devices: combating counterfeit medical devices and safe medical devices in the distribution chain. — Brussels, Eucomed, 2008. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.eucomed.be>.



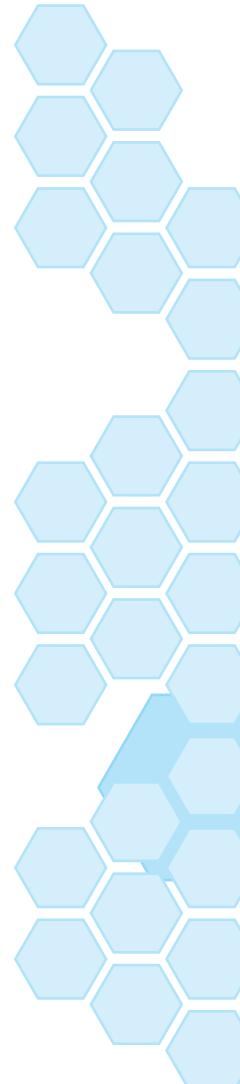
- 29.** Recast of the medical devices directives: public consultation. — Brussels, European Commission, 2008.
- 30.** Global Programme on Evidence for Health Policy. Guidelines for WHO guidelines. — Geneva, World Health Organization, 2003 (EIP/GPE/EQC/2003.1).
- 31.** Cabana M.D. et all. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement//The Journal of the American Medical Association. — 1999. — 282 (15). — P. 1458–1465.
- 32.** Bougie T. et al. Building bridges between diseases, disabilities and assistive devices: linking the GBD, ICF and ISO 9999 [Background Paper 2 of the Priority Medical Devices project]. Geneva, World Health Organization. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HSS_EHT_DIM_10.2_eng.pdf.
- 33.** McAlister F.A. et all. How evidence-based are the recommendations in evidence-based guidelines?//Plos Medicine. — 2007. — 4(8). — e250.
- 34.** Тарабукина С.М., Муксунов Д.Д. Об оснащении диагностическим оборудованием муниципальных учреждений здравоохранения по приоритетному национальному проекту «Здоровье»//Якутский медицинский журнал. — 2008. — № 4 (24) — С. 46–48.
- 35.** Александров В.Л., Тарабукина С.М., Муксунов Д.Д., Саввина Н.В. Проблемы оснащения медицинским оборудованием учреждений здравоохранения Республики Саха (Якутия)//Якутский медицинский журнал. — 2010. — № 1 (29). — С. 51–54.
- 36.** Муксунов Д.Д., Саввина Н.В. Нормативно-правовое регулирование обращения медицинской техники//Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. — 2011. — №1 (выпуск №2), [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://vozzdvr.fesmu.ru/20111/2011116.aspx>.
- 37.** Колесников С.И. Законодательная основа инновационного развития отечественного рынка медицинской техники//Аналитический вестник Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации. — 2010. — № 4 (390). — С. 9–16.
- 38.** Блинов Н.Н., Васильев А.Ю., Зинченко В.Я. Необходимость и достаточность технического переоснащения отечественного здравоохранения//Медицинская техника. — 2011. — № 5. — С. 26–29.
- 39.** Kelley E., Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers N 23, 2006 (DELSA/HEA/WD/HWP(2006)3). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/36262363.pdf>.
- 40.** Рожкова Н.И., Кочетова Г.П. Анализ технической оснащенности маммографической службы Российской Федерации//Медицинская техника. — 2011. — № 5. — С. 23–26.
- 41.** Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 23.07.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.09.2013). [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_148786.
- 42.** При оснащении ЛПУ новым медицинским оборудованием остро встает проблема его постпродажного обслуживания//ГлавВрач. — 2012. — №1. — С. 69–70.
- 43.** Харатьян Н.В. Всероссийский форум «Поставки медицинского оборудования и изделий медицинского назначения в ЛПУ. Стратегия 2012»//ГлавВрач. — 2012. — № 8. — С. 79–80.
- 44.** Куракова Н.Г. Модернизация материально-технической базы ЛПУ: оборудование есть, кадров нет//Менеджер здравоохранения. — 2012. — № 5. — С. 59–65.
- 45.** Фролов С.В., Фролова М.С. Дистанционное образование в медицине//Открытое образование. — 2005. — № 4. — С. 77–80.
- 46.** Фролов С.В., Фролова М.С. Современные направления телемедицинских технологий//Врач и информационные технологии. — 2006. — № 1. — С. 45–52.
- 47.** Фролов С.В., Фролова М.С. Тенденции развития телемедицинских технологий в Российской Федерации//Вестник ТГТУ. — 2005. — Т. 11. — № 2. — С. 1–13.
- 48.** Фролова М.С. Система поддержки принятия решений выбора оптимальной модели изделия медицинской техники для лечебно-профилактического учреждения//Пятая Международная конференция «Системный анализ и информационные технологии» САИТ—2013 (19–25 сентября 2013 г., г. Красноярск, Россия): Труды конференции. — Т. 2 — Красноярск: ИМБ СО РАН, 2013. — С. 94–102.

UDC 614.2

Frolov S.V., Frolova M.S. *World problems of the medical device choice for healthcare institutions* (Tambov State Technical University, Tambov, Russia)

Annotation: World and Russian problems that stop rational equipping of the hospitals were analyzed. The ways of solving these problems were suggested. It was shown that rational choice of a medical device is only possible, when healthcare needs and requirements of a hospital plan are taken into consideration.

Keywords: medical device, healthcare institution, decision support system, choice optimization.





ПОТОЛОЧНЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ: ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА



Современные исследования свидетельствуют: пациента в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) окружает среда, являющаяся потенциальным резервуаром патогенных микроорганизмов, которые могут негативно повлиять на процесс выздоровления и способствовать развитию осложнений. Поэтому так важно в помещениях ЛПУ поддерживать чистоту и определенный микроклимат.

Мировой лидер в производстве подвесных потолочных систем, компания Armstrong специально для медицинских учреждений разработала функциональные потолочные решения с антимикробным покрытием Bioguard, препятствующим росту и размножению бактерий. Потолки Bioguard, как и вся продукция Armstrong для ЛПУ, соответ-

ствуют российским требованиям СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», и ГОСТ Р 52539-2006 «Чистота воздуха в лечебных учреждениях», а также стандартам Международной организации по стандартизации (ISO) и имеют сертификаты качества.

Серия Bioguard представлена на рынке четырьмя типами панелей из минераловолокна и металла в разном ценовом диапазоне: Bioguard Plain 90 RH, Biogurd Plain, Bioguard Acoustic, Orcal Bioguard. Они соответствуют различным классам чистоты и в зависимости от типа плиты применяются как в общих зонах (коридоры, вестибюли, холлы), так и в помещениях с



Потолочное решение Bioguard Acoustic в госпитале Ruzomberok (Словакия)



особыми требованиями к чистоте и гигиене (операционные, родовые, палаты для недоношенных, лаборатории и т.д.). Важно, что потолки серии Bioguard обладают влагостойкостью не менее 90%, что позволяет подвергать их регулярной влажной уборке и дезинфекции.

«Потолки серии Bioguard вос требованы лечебно-профилактическими учреждениями прежде всего благодаря соотношению доступной цены, с одной стороны, и высокому качеству и набору функциональных свойств (антибактериальное покрытие, акустика, светоотражение, влагостойкость, прочность и т.д.), с другой, — рассказывает Екатерина Загребельная, менеджер по маркетингу и поддержке продаж Armstrong. — Недавно потолочное решение Orcal Bioguard было применено в Детской городской больнице № 17 Санкт-Петербурга. Для удобства заказчика на строительной площадке смонтировали шоу-рум, что позволило оценить визуальные и опробовать функциональные преимущества потолочной плиты».

Главный врач больницы Владимир Левиз говорит: «Выбор потолка был непростым. ЛПУ было необходимо решение, соответствующее самому высокому классу чистоты, надежное, долговечное, удобное в эксплуатации. Сотрудники Armstrong помогли подобрать продукт, полностью отвечающий нашим требованиям. Мы довольны сделанным выбором: потолок легко мыть и обрабатывать».

Помимо популярной серии Bioguard, в продажу не так давно поступила последняя разработка компании — потолочная плита из твердого минерального волокна Alpina. Она имеет гладкую лами-



Потолочное решение Orcal Bioguard в Детской больнице № 17 в Санкт-Петербурге

нированную поверхность, обладает повышенной прочностью и устойчивостью к царапинам, мытью и дезинфекции (влагостойкость плиты составляет 95% RH). Благодаря отсутствию направленного в определенную сторону рисунка плита проста в установке.

Alpina рекомендована к использованию в помещениях с классом чистоты не ниже ISO 5, то есть в операционных и послеоперационных палатах, реанимационных залах, родовых и др. Примечательно, что, объединив самые важные функциональные

свойства медицинского потолка, Alpina выполнена как экономичный вариант и ориентирована прежде всего на бюджетные учреждения здравоохранения.

В настоящее время потолочные системы Armstrong установлены и успешно эксплуатируются во многих лечебно-профилактических учреждениях по всей России: в онкологической больнице в поселке Песочный Курортного района Санкт-Петербурга, в перинатальных центрах в Ростове-на-Дону, Кирове, Твери, НИИ нейрохирургии им. Бурденко и др.





Проблемам безопасности медицинской деятельности в нашем журнале был посвящен ряд статей и откликов на них. Поводом для возвращения к этой вечной теме безопасности стало утверждение Минздравом России Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внесшего существенное изменение в толкование проблемы исполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

В этой связи возникает ряд вопросов:

1. Может ли быть безопасной медицинская деятельность, игнорирующая стандарты и порядки оказания медицинской помощи?
2. Разве исполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи не является инструментом безопасности медицинской деятельности?
3. Что такое безопасность медицинской деятельности?

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, сопредседатель Комитета независимой медицинской экспертизы НП «Национальная медицинская палата», г. Москва, Россия, alexstarchenko@mail.ru

БЕЗОПАСНОСТЬ И СТАНДАРТИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: ПРОБЛЕМЫ НОРМИРОВАНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Вступление в силу с 1 января 2012 года Закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» ознаменовало введение в России системы государственного контроля безопасности медицинской деятельности. Однако в статье 2 Закона № 323-ФЗ среди основных понятий в контексте проблемы государственного контроля безопасности медицинской деятельности указано только определение медицинской деятельности: «10) медицинская деятельность — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятель-

ность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

Собственно контролю безопасности медицинской деятельности посвящены специальные статьи Закона РФ № 323-ФЗ. Статья 87 «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности» определяет формы контроля:

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

- 1) государственный контроль;
- 2) ведомственный контроль;
- 3) внутренний контроль».

Далее статьи 88–90 посвящены отдельным вопросам указанных выше форм контроля.



Однако в целом в законе отсутствуют понятия безопасности медицинской деятельности и качества медицинской деятельности.

Поэтому судить о предметах контроля — о качестве и о безопасности медицинской деятельности можно исключительно по косвенным признакам, изложенным как в Законе РФ № 323-ФЗ, так и в других законах.

Так, в статье 2 Закона № 323-ФЗ среди основных понятий имеется определение качества медицинской помощи: «**21) качество медицинской помощи — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».**

Из этого следует, что ключевыми характеристиками качества медицинской деятельности являются:

- своевременность медицинской деятельности (помощи);
- правильность выбора методов медицинской деятельности (помощи);
- степень достижения запланированного результата медицинской деятельности (помощи).

В соответствии с нормой статьи 87 контроль качества и безопасности медицинской деятельности в основном осуществляется:

- 1)** соблюдением требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством РФ;
- 2)** определением показателей качества деятельности медицинских организаций;
- 3)** соблюдением объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об ОМС;
- 4)** созданием системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;
- 5)** созданием информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в

том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

Формулировки перечисленных мероприятий контроля носят общий характер, но при этом подтверждают особую юрисдикцию специального законодательства об ОМС при контроле качества и безопасности медицинской деятельности, осуществляющейся в рамках системы ОМС.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с нормой статьи 88 осуществляется путем:

- 1)** проведения проверок соблюдения медицинскими и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 2)** осуществления лицензирования медицинской деятельности;
- 3)** проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 4)** проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;
- 5)** проведения проверок соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);
- 6)** проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности;
- 7)** проведения проверок организации и осуществления ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями.

Таким образом, признаками качества и безопасности медицинской деятельности, которые следует применять в практике контроля в системе ОМС, являются:





1) соблюдение медицинскими и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;

2) наличие лицензии на медицинскую деятельность;

3) соблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

4) соблюдение медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

5) осуществление ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности органами и организациями.

При отсутствии фактов исполнения указанных требований в медицинской организации СМО вправе констатировать ненадлежащее качество и отсутствие безопасности медицинской деятельности и применить финансовые санкции.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 утверждено «Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности». Задачами государственного контроля объявлены: предупреждение, выявление и пресечение нарушения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (далее — обязательные требования), и принятие предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению и (или) устраниению последствий нарушения обязательных требований.

Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в основном путем:

а) проведения проверок соблюдения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан;

б) осуществления лицензирования медицинской деятельности;

в) проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

г) проведения проверок соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций, фармацевтическими работниками и руководителями аптечных организаций ограничений, применяемых к указанным лицам при осуществлении профессиональной деятельности в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Таким образом, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 признаками ненадлежащего качества и отсутствия безопасности медицинской деятельности в практике контроля в системе ОМС являются:

1) несоблюдение медицинскими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья;

2) отсутствие лицензии на медицинскую деятельность;

3) несоблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

4) несоблюдение медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

5) отсутствие актов ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.



При выявлении признаков ненадлежащего качества и отсутствия безопасности медицинской деятельности в практике контроля в медицинской организации СМО вправе применить финансовые санкции.

Одной из характеристик безопасности медицинской деятельности является отсутствие необоснованного риска причинения вреда жизни, здоровью и имуществу пациента.

Статья 238 УК РФ устанавливает уголовную ответственность за оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности. Причем в соответствии с частью 1 статьи 238 УК уголовная ответственность наступает даже за сам факт оказания услуг, не отвечающих требованиям безопасности, не сопряженный с причинением вреда жизни и здоровью пациента.

1. Оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни или здоровья потребителей, наказывается штрафом в размере до трехсот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до двух лет либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок.

2. Те же деяния, если они:

- а)** совершены группой лиц по предварительному сговору или организованной группой;
- б)** совершены в отношении услуг, предназначенных для детей в возрасте до шести лет;
- в)** повлекли по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека, — наказываются штрафом в размере от ста до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы, или иного дохода осужденного за период от одного года до трех лет либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на срок до шести лет со штрафом в размере до пятисот тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех лет или без такового.

3. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, повлекшие по неосторожности смерть двух или более лиц, наказываются принудительными работами на срок до пяти лет либо лишением свободы на срок до десяти лет.

Субъективная сторона данного преступления — умышленная вина по отношению к оказанию услуг, не отвечающему требованиям безопасности; неосторожная вина по отношению к причиненному вреду. Виновный осознает, что выполняет услугу, не отвечающую требованиям безопасности жизни или здоровья людей; предвидит возможность наступления от этого общественно опасных последствий, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на их предотвращение либо не предвидит наступления указанных последствий, хотя должен был и мог их предвидеть.

Закон РФ «О защите прав потребителей» также не дает четкого определения безопасности услуг, в том числе медицинских, ограничиваясь в преамбуле формальным определением:

безопасность услуги — безопасность услуги для жизни, здоровья, имущества потребителя, а также безопасность процесса оказания услуги.

Косвенным признаком отсутствия безопасности медицинской услуги в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» может быть недостаток медицинской услуги, выявляемый как несоответствие медицинской услуги:

а) обязательным требованиям, предусмотренным законом или установленному законом порядку;

б) условиям договора (при их отсутствии или неполноте условий обычно предъявляемым требованиям);

в) целям, о которых исполнитель был поставлен в известность пациентом.

Национальная медицинская палата в отсутствие федерального законодательного нормирования проблемы безопасности медицинской деятельности и регулирования ее на уровне федерального органа исполнительной





власти полагает издание соответствующего нормативного акта палаты с целью формулирования обычая делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении по безопасности медицинской деятельности в соответствии с нормами статьи 309 Гражданского кодекса РФ:

1. Безопасность медицинской помощи (услуги, вмешательства) — отсутствие необоснованного риска при допущении обоснованного риска медицинского вмешательства, соответствующего номенклатуре медицинских услуг, выполняемого с диагностической или лечебной целью по показаниям в соответствии с имеющимся заболеванием, с учетом противопоказаний к вмешательству, в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении специалистом, имеющим допуск к выполнению вмешательства на основании имеющихся у него документа об образовании и сертификата специалиста.

2. Риск медицинского вмешательства — вероятность наступления неблагоприятного исхода для жизни или здоровья пациента, а также вероятность недостижения той цели, ради которой проводится медицинское вмешательство; оценивается экспертом:

a) по наличию объективных и субъективных условий для возникновения неблагоприятного исхода или недостижения поставленной цели медицинского вмешательства;

б) по выполнению объема и качества профилактических мер неблагоприятного исхода и недостижения цели медицинского вмешательства.

3. Риск в здравоохранении является обоснованным при выполнении следующих условий:

3.1. Рискованное медицинское вмешательство предусмотрено номенклатурой медицинских услуг.

3.2. Рискованное медицинское вмешательство выполняется медицинским работником, имеющим допуск к его выполнению, на основании имеющихся у него: документа об образовании и сертификата специалиста.

3.3. Рискованное медицинское вмешательство выполняется в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении с обязательным исполнением стандарта его оснащения и оборудования.

3.4. Рискованное действие осуществляют для достижения общественно полезной цели, то есть сохранения жизни и здоровья пациента.

3.5. Применение данного метода диагностики или лечения показано и не имеет противопоказаний по другим параметрам состояния здоровья пациента.

3.6. Цель не может быть достигнута без риска.

3.7. Риск развития ятогенного осложнения меньше, чем риск неблагоприятного исхода без применения данного метода.

3.8. Наступление вредных последствий лишь возможно, но не неизбежно.

3.9. Использованы без положительного результата все менее опасные методы диагностики и лечения.

3.10. Врач предвидит возможные осложнения применяемого метода и предпринимает меры для их предотвращения, своевременно выявления и лечения.

3.11. Пациент должен быть согласен на применение рискованных медицинских действий.

3.12. Безопасность медицинской деятельности в контексте решения Палаты — это прежде всего организационные усилия и деятельность руководства медицинской организации по тотальному исключению из практики условий и обстоятельств оказания небезопасных услуг пациентам. В этом контексте исполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, в которых и изложены специальные требования (в том числе организационные, общие и специальные) по оснащению, лекарственному и кадровому обеспечению, технологическим составляющим (перечень медицинских услуг с кратностью), является инструментом безопасности медицинской деятельности. Соблюдение требований порядков и стандартов оказания



медицинской помощи — залог оправдательного приговора суда при обвинении в оказании услуг, не отвечающих требованиям безопасности.

Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 2 декабря 2009 г. № 528-ст утвержден Национальный стандарт Российской Федерации «Изделия медицинские. Применение менеджмента риска к медицинским изделиям» ГОСТ Р ИСО 14971-2009, введенный в действие 1 января 2011 года, в разделе 2 которого имеются следующие термины и определения:

«2.24. Безопасность (safety): отсутствие недопустимого риска.

2.27. Ошибка применения (use error): выполнение или невыполнение действия, приводящее к функционированию медицинского изделия, отличающемуся от предусмотренного изготовителем или ожидаемого пользователем.

Примечания:

1. К ошибкам применения относят промахи, упущения и заблуждения.

2. Неадекватную физиологическую реакцию пациента саму по себе не относят к ошибке применения».

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1340н утвержден «Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», имеющий существенное значение и для контроля качества и безопасности медицинской деятельности в системе ОМС, так как фактически устанавливает единые требования к таковому контролю.

К таковым единым правилам контроля качества и безопасности медицинской деятельности в системе ОМС следует отнести следующие.

1. П. 4 Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утверждено:

«4. Ведомственный контроль включает проведение проверок:

1) соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

2) соблюдения медицинскими организациями требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий;

3) соблюдения медицинскими работниками, руководителями медицинских организаций ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности».

2. П. 9 Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утверждены поводы для осуществления контрольных мероприятий:

«д) несоответствия показателей деятельности подведомственного органа или организации установленным целевым показателям деятельности;

е) невыполнения подведомственным органом или организацией установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи».

3. П. 15 Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утвержден предмет контроля и оценки исполнения порядков оказания медицинской помощи:

«15. При проверке соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи оцениваются:

1) соблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему виду, профилю заболеваний или состояний;

2) соответствие организации деятельности медицинской организации, ее структурного подразделения, врача требованиям положений, регламентированных порядками оказания медицинской помощи;

3) соблюдение требований стандартов оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;

4) соответствие штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам;





5) соответствие деятельности организации иным установленным положениям исходя из особенностей оказания медицинской помощи».

4. П. 16 Порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности утвержден предмет контроля и оценки исполнения стандартов медицинской помощи:

«**16.** При проверке соблюдения медицинскими организациями стандартов медицинской помощи оцениваются:

1) соблюдение выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения, обоснованность назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту менее 1,0, полнота выполнения услуг с усредненной частотой 1,0;

2) обоснованность и полнота назначения лекарственных препаратов, компонентов крови;

3) обоснованность и полнота назначения имплантируемых в организм человека медицинских изделий;

4) обоснованность и полнота назначения видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

иные положения, исходя из особенностей заболевания (состояния)».

Методом оценки факта невыполнения стандарта по медицинским услугам, имеющим усредненную частоту менее 1,0 при выполнении медико-экономической экспертизы в системе ОМС, может быть статистический метод проверки выполнения стандарта медицинской помощи, при котором анализу подвергаются 100 (или более) единиц первичной медицинской документации, подпадающей под реквизиты конкретного стандарта медицинской помощи, с выяснением истинной выполненной медицинской организацией частоты исполнения стандарта. При несовпадении истинной частоты выполнения медицинской услуги — составляющей стандарта, с требуемой стандартом частотой применению финансовой санкции подвергаются все исследованные единицы медицинской документации. Такой статистичес-

кий метод контроля в системе ОМС позволит избежать злоупотреблений со стороны медицинской организации в форме невыполнения требований стандарта медицинской помощи и соответственно позволит избежать причинения вреда жизни и здоровью застрахованных лиц неисполнением необходимых требований.

Таким образом, в соответствии с действующим законодательством в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования критериями ненадлежащего качества медицинской деятельности и отсутствия безопасности медицинской деятельности в системе ОМС являются:

1. Наличие необоснованного риска медицинской деятельности, помощи, услуги, вмешательства:

1) несоответствие вмешательства номенклатуре медицинских услуг;

2) выполнение в отсутствие медицинских (социальных) показаний;

3) выполнение в отсутствие заболевания;

4) выполнение без учета противопоказаний к вмешательству;

5) неисполнение требования о выполнении вмешательства в специально предусмотренном, нормируемом и приспособленном помещении;

6) выполнение специалистом, не имеющим допуск к выполнению вмешательства (отсутствие документа об образовании и сертификата специалиста, допуска руководства);

7) риск развития осложнения (в том числе ятрогенного) и летального исхода выше, чем риск неблагоприятного исхода без применения данного метода;

8) наступление вредных последствий неизбежно;

9) не использованы все менее опасные методы диагностики и лечения;

10) отсутствие реального плана предотвращения, своевременного выявления и лечения возможных осложнений;

11) отсутствие добровольного информированного согласия пациента на применение рискованных медицинских действий;



12) нарушения в правилах протоколирования добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство — отсутствие:

- полной информации о целях медицинского вмешательства, в том числе наименования;

- полной информации о методах оказания медицинской помощи;

- полной информации о риске, связанном с вмешательством и методами оказания помощи;

- полной информации о возможных вариантах медицинского вмешательства (перечисление вариантов);

- полной информации о последствиях медицинского вмешательства;

- формулировки предполагаемого результата оказания медицинской помощи;

- подписи пациента;

- подписи медицинского работника.

2. Несоблюдение медицинскими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья.

3. Отсутствие лицензии на медицинскую деятельность.

4. Не соблюдение медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи:

1) несоблюдение выполнения этапов, условий и сроков оказания медицинской помощи по соответствующему виду, профилю заболеваний или состояний;

2) несоответствие организации деятельности медицинской организации, ее структурного подразделения, врача требованиям положений, регламентированных порядками оказания медицинской помощи;

3) несоблюдение требований стандартов оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;

4) несоответствие штатного расписания рекомендуемым штатным нормативам;

5) несоответствие деятельности организации иным установленным положениям исходя из особенностей оказания медицинской помощи».

5. Несоблюдение медицинскими организациями стандартов медицинской помощи:

1) несоблюдение выполнения медицинских услуг в зависимости от усредненных показателей частоты и кратности их применения:

- отсутствие обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту менее 1,0;

- отсутствие обоснованности невыполнения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту менее 1,0, в том числе при анализе 100 (или более) единиц первичной медицинской документации;

- отсутствие выполнения услуг с усредненной частотой 1,0;

2) отсутствие обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, компонентов крови;

3) отсутствие обоснованности и полноты назначения имплантируемых в организм человека медицинских изделий;

4) отсутствие обоснованности и полноты назначения видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

5) недоучет иных положений, исходя из особенностей заболевания (состояния).

6. Несоблюдение медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований.

7. Отсутствие актов ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

8. Несоблюдение медицинскими организациями требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий.

9. Несоответствие показателей деятельности медицинской организации установленным целевым показателям деятельности.

10. Невыполнение медицинской организацией установленных объемов государственного задания по оказанию медицинской помощи.





От редакции:

Нормативная база введения эффективного контракта в целом сформирована. И приказы есть, и рекомендации. Но чего-то в них все-таки не хватает...

К нам в редакцию поступает много вопросов по поводу того, с чего начать переход на эффективный контракт, какие конкретные документы должны быть подготовлены, как они должны выглядеть (например, уведомление). Этому и посвящен данный материал.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



ПРОЦЕДУРА ПЕРЕХОДА НА ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРАКТ

КОНСУЛЬТИРУЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Причины внесения изменений в трудовой договор

В предыдущих публикациях мы уже указывали, что, с точки зрения трудового законодательства, введение эффективного контракта — это внесение изменений в действующий трудовой договор. В соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 апреля 2013 г. № 167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении эффективного контракта» (далее — Рекомендации Минтруда) предполагается вносить изменения в трудовые договоры в одностороннем порядке по инициативе работодателя в соответствии со статьей 74 Трудового кодекса Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс): «В соответствии с частью второй статьи 74 Трудового кодекса Российской Федерации о предстоящих изменениях, определенных сторонами, условий трудового договора, а также о причинах, вызвавших необходимость таких изменений, рабо-



тодатель обязан уведомить работника в письменной форме не позднее, чем за два месяца, если иное не предусмотрено Трудовым кодексом Российской Федерации».

При этом изменения в трудовом договоре по инициативе работодателя допускаются только тогда, когда определенные сторонами условия трудового договора не могут быть сохранены работодателем.

У работодателя должны быть объективные причины невозможности сохранения существующих в настоящее время условий трудового договора. Например, он вводит новое (дополнительное) оборудование, а потребность в услугах, оказываемых при его помощи, велика, что вынуждает перевести некоторых работников на другой график работы (вторая смена) и т.д.

Таким образом, работодатель должен не только указать причину изменений условий трудового договора, но и доказать, что прежние условия работы действительно невозможно было сохранить. То есть необходимо конкретизировать, какие именно причины являются основаниями для изменения условий трудового договора в данном конкретном случае. Их две: это изменения организационных или технологических условий труда. Поэтому, уведомляя работника об изменениях условий труда, необходимо сообщить ему о причинах введения подобных изменений. В противном случае действия работодателя (администрации учреждения или органа власти в отношении руководителя учреждения) будут считаться незаконными.

Какие условия действующего трудового договора с работником не могут быть сохранены?

Прежде, чем коснуться вопроса о том, какие условия действующего трудового договора с работником не могут быть сохранены (будут изменены), рассмотрим, что такое условия трудового договора.

Статья 57 Трудового кодекса посвящена содержанию трудового договора. В соответ-

ствии с этой статьей обязательными для включения в трудовой договор являются следующие условия:

- место работы, а в случае, когда работник принимается для работы в филиале, представительстве или ином обособленном структурном подразделении организации, расположенном в другой местности, — место работы с указанием обособленного структурного подразделения и его местонахождения;

- трудовая функция (работа по должности в соответствии со штатным расписанием, профессии, специальности с указанием квалификации; конкретный вид поручаемой работнику работы);

- дата начала работы, а в случае, когда заключается срочный трудовой договор, — также срок его действия и обстоятельства (причины), послужившие основанием для заключения срочного трудового договора в соответствии с Трудовым кодексом или иным федеральным законом;

- *условия оплаты труда (в том числе размер тарифной ставки или оклада (должностного оклада) работника, доплаты, надбавки и поощрительные выплаты);*

- режим рабочего времени и времени отдыха (если для данного работника он отличается от общих правил, действующих у данного работодателя);

- компенсации за тяжелую работу и работу с вредными и (или) опасными условиями труда, если работник принимается на работу в соответствующих условиях, с указанием характеристик условий труда на рабочем месте;

- условия, определяющие в необходимых случаях характер работы (подвижной, разъездной, в пути, другой характер работы);

- условие об обязательном социальном страховании работника в соответствии с Трудовым кодексом и иными федеральными законами;

- другие условия в случаях, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.





Из всех перечисленных в Трудовом кодексе условий трудового договора, очевидно, однозначно меняются при введении эффективного контракта лишь условия оплаты труда. Это будет ключевым изменением в условиях трудового договора.

Далее. В трудовом договоре могут предусматриваться дополнительные условия, не ухудшающие положение работника по сравнению с установленным трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, в частности, *об уточнении применительно к условиям работы данного работника прав и обязанностей работника* и работодателя, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права.

Итак, в рамках введения эффективного контракта:

- 1)** будут изменены следующие условия трудового договора: условия оплаты труда.
- 2)** будут уточнены обязанности работника (в части достижения показателей эффективности его деятельности и т.д.).

Именно эти условия не могут быть сохранены.

Неслучайно «эффективный контракт» определяется как «трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки». Это определение приведено в Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р (далее — Программа).

Могут поменяться и другие условия трудового договора (например, если введение эффективного контракта может совпасть с реорганизацией учреждения и т.д.).

Какие организационные или технологические условия труда изменились настолько, что определенные сторонами условия трудового договора не могут быть сохранены?

Закономерен вопрос о том, какие организационные или технологические условия труда неожиданно изменились настолько, что определенные сторонами условия трудового договора не могут быть сохранены? Вообще то данная статья рассчитана на другие ситуации: замена оборудования, предполагавшего ручной труд, на автоматизированные системы и т.д. Но другой более подходящей статьи для ситуации внедрения эффективного контракта в Трудовом кодексе не нашлось.

Напомним, что в статье 74 не установлен исчерпывающий перечень того, что подпадает под понятие «изменение организационных или технологических условий труда». В ней говорится: «в случае, когда по причинам, связанным с изменением организационных или технологических условий труда (изменения в технике и технологии производства, структурная реорганизация производства, *другие причины*)...».

Конечно, в рамках программ модернизации, других целевых программ и т.д. в учреждения поступила новая техника. Это может в ряде случаев привести к изменениям в технике и технологии (если новое медицинское оборудование предполагает другие технологии). Но это затрагивает далеко не все рабочие места, касается не всех работников. И структурная реорганизация затронет не всех работников. Следовательно, нужно искать указанные в Трудовом кодексе «другие причины».

При изменении трудового договора в одностороннем порядке работодатель обязан указать эти причины. Каковы же они?



Прежде всего отметим, что ими не могут быть изменения условий оплаты труда сами по себе, поскольку обуславливать изменение условий оплаты труда изменением условий оплаты труда — это логический замкнутый круг. Должны быть другие причины, вызвавшие необходимость как изменения условий оплаты труда, так и уточнение должностных обязанностей.

Далее. Нужно обосновать изменения, вносимые в трудовой договор с точки зрения их неизменности. Для этого целесообразно сослаться на Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», а также на другие связанные с введением эффективного контракта нормативные правовые акты.

Именно в этом документе содержатся причины, по которым определенные сторонами условия трудового договора не могут быть сохранены. Этими причинами является **установление для работников показателей и критериев оценки эффективности их деятельности.**

Именно появление этих показателей и критериев ведет к необходимости изменения условий оплаты труда и уточнению должностных обязанностей в трудовых договорах.

Как исчисляется 2 месяца?

На практике зачастую возникает вопрос, как исчислять 2 месяца срока предупреждения об изменении условий трудового договора. Для того, чтобы ответить на этот вопрос, необходимо обратиться к ст. 14 Трудового кодекса. Согласно ей, течение сроков, с которыми Трудовой кодекс связывает прекращение трудовых прав и обязанностей, начинается на следующий день после календарной даты, которой определено окончание трудовых отношений. То есть если вы предупредите сотрудника об изменении трудового договора 14 числа определенного

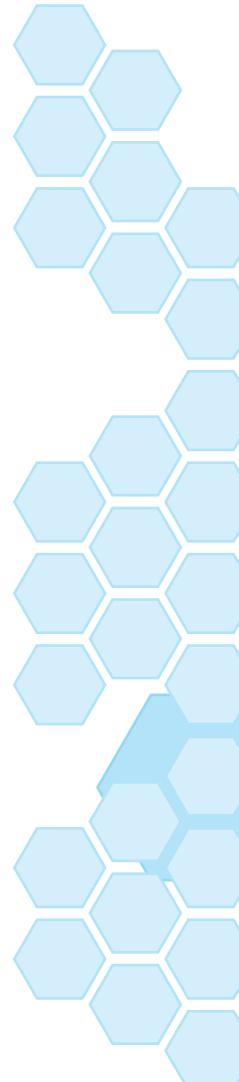
месяца, то исчисление двухмесячного срока начнется 15 числа этого месяца и соответственно днем увольнения будет 14 число соответствующего месяца.

Процедура изменения трудового договора в соответствии со ст. 74 Трудового кодекса

Процедура изменения трудового договора в соответствии со ст. 74 Трудового кодекса в принципе не является очень сложной. Специалисту кадровой службы необходимо подготовить два экземпляра уведомления с предупреждением об изменении существенных условий договора. При этом в уведомлении необходимо не только указать изменения трудового договора, которые предусматривает работодатель, но и причины, являющиеся основанием для введения таких изменений.

Один экземпляр выдается на руки работнику, на другом, оставшемся в учреждении, работник должен будет расписаться в получении своего экземпляра.

Сотрудник может не выразить сразу согласие или нежелание работать на новых условиях. Если речь идет об изменении условий трудового договора достаточно большого количества работников, то в конечном итоге сотрудник отдела кадров может забыть, кто согласился на новые условия работы, а кто от них отказался. Тем более, что нежелание работать в соответствии с новыми условиями трудового договора зачастую выражается работниками в устной форме. Поэтому лучше сразу при предупреждении работника об изменении условий труда предложить ему соответствующие вакансии. Это должны быть все вакансии учреждения — как соответствующие квалификации работника, так и вакансии, которые ниже его квалификации. Исключение составляют только те вакансии, которые находятся в другой местности. Их учреждение обязано предлагать, если это предусмотрено коллективным договором или соглашением. При этом следует помнить, что вакансии должны





соответствовать состоянию здоровья сотрудника. Поэтому можно подготовить либо отдельный документ в двух экземплярах (на том, что останется у администрации на руках, работник должен расписаться в получении), либо можно предложить вакансии уже в самом уведомлении об изменении условий трудового договора. При этом можно использовать примерно следующую формулировку: «В том случае, если Вы откажетесь от продолжения работы на новых условиях, мы можем предложить Вам следующие, имеющиеся в учреждении на настоящий момент вакансии...».

Соответственно, если работник не согласен на изменение условий трудового договора, но готов на перевод, последний оформляется в стандартном порядке. Если ни новые условия труда сотруднику не подошли, ни подходящей должности, на которой он хотел бы работать, не нашлось, необходимо уволить сотрудника по п. 7 ст. 77 Трудового кодекса (отказ работника от продолжения работы в связи с изменением определенных сторонами условий трудового договора).

Если же работник согласен работать на новых условиях, то спустя два месяца после получения им уведомления необходимо подписать с ним дополнительное соглашение к его трудовому договору.

Правда, следует обратить внимание на то, что некоторые юристы считают, что этого можно не делать. Их аргументация состоит в том, что если бы сотрудник изначально готов был подписать дополнительное соглашение — соблюдения процедуры, предусмотренной ст. 74 Трудового кодекса, для введения новых условий труда было бы не нужно. Можно было бы сразу же составить дополнение к трудовому договору и не ждать два месяца. В данном случае, считают сторонники указанной точки зрения, важно то, что работник не выразил несогласие с изменением определенных сторонами условий трудового договора, а значит, договор изменяется автоматически и составления никакого дополнительного документа не требуется. Тем не менее, на наш взгляд, подписание дополнительного соглашения к трудовому договору, а также издание соответствующего приказа в данном случае является целесообразным.

Это общая процедура изменения определенных сторонами условий трудового договора в соответствии со статьей 74 Трудового кодекса.

Уведомление об изменении условий трудового договора

Письменное уведомление составляется, как обычно, в двух экземплярах, один из которых передается работнику, а другой остается у работодателя. На экземпляре работодателя работник должен расписаться в получении уведомления (проставив дату). Если работник отказывается расписаться, его отказ актируется. Акт об отказе от получения уведомления или от подписи на нем может быть составлен как отдельный самостоятельный документ по всем правилам делопроизводства, а может быть сделан в упрощенной форме прямо на уведомлении.

Согласие или отказ работника могут быть сформулированы работником прямо на уведомлении (на экземпляре работодателя) либо путем подписания дополнительного соглашения к трудовому договору. Но это возможно только тогда, когда работник принимает решение сразу же, не раздумывая. Закон не уточняет, когда именно работник должен дать ответ, поэтому вполне возможно, что на раздумья ему понадобятся именно два месяца и в последний день он сообщит работодателю о своем решении. В таком случае это решение может быть оформлено в виде заявления о согласии или отказе от работы в соответствии с новыми условиями трудового договора. Выражение согласия опять-таки может быть оформлено путем подписания дополнительного соглашения к трудовому договору.

По логике закона отсутствие возражений со стороны уведомленного работника говорит о том, что он согласен на изменение условий



договора. Между тем одна только подпись об ознакомлении не означает согласия, и в суде работник может заявить об этом. На случай возможного спора администрации учреждения следует позаботиться, чтобы работник расписался не только о том, что извещен об изменениях, но и о том, что согласен на продолжение работы в таких условиях.

Итак, если работник соглашается на продолжение работы, с ним заключается дополнительное соглашение, в котором должны быть зафиксированы все произошедшие изменения в трудовом договоре.

Условия, которые необходимо соблюсти для того, чтобы увольнение работника по п. 7 ст. 77 Трудового кодекса было правомерным:

1) работник предупрежден о предстоящих изменениях за два месяца;

2) он отказался от продолжения работы;

3) в учреждении нет вакансий, подходящих ему.

Либо:

1) работник предупрежден о предстоящих изменениях за два месяца;

2) он отказался от продолжения работы;

3) ему предложена другая подходящая ему работа;

4) получен отказ работника от предложенной работы.

Документирование может осуществляться в следующем порядке:

A. В случае отсутствия вакансий, подходящих работнику с учетом его квалификации и состояния здоровья.

1. Работнику вручается письменное уведомление об изменении через два месяца существенных условий трудового договора. В уведомлении должно быть четко указано, какие конкретно условия будут изменены и как именно и когда это произойдет (не ранее, чем через два месяца).

2. На экземпляре уведомления, остающемся у работодателя, работник расписываетс

ется: «Уведомление получено (дата), подпись, расшифровка».

3. На этом же экземпляре уведомления или отдельным заявлением работник сообщает работодателю о своем отказе продолжать работу в новых условиях.

4. Работодатель издает приказ об увольнении работника, в котором указывается основание увольнения и фиксируется факт отсутствия подходящей вакансии, например: «уволить вследствие отказа от продолжения работы в связи с изменением условий трудового договора и отсутствием подходящих с учетом квалификации и состояния здоровья вакансий (пункт 7 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации)».

Основание:

1. Приказ о ведении новой формы трудового договора в рамках внедрения эффективного контракта от (дата) №... (формулировка приказа примерная)

2. Уведомление от (дата) № ...

3. Отказ от продолжения работы от (дата).

Б. В случае отказа от предложенной работы.

1. Работнику под расписку вручается уведомление об изменении условий трудового договора.

2. Работник пишет (на уведомлении или в форме заявления) отказ от продолжения работы.

3. Ему вручается список вакансий с указанием должностей (профессий) и размера заработной платы.

4. Работник в письменной форме выражает свой отказ от предложенных вакансий (или составляется акт об отказе).

5. Издается приказ об увольнении работника, в котором указывается основание увольнения и фиксируется факт отказа от предложенной работы: «уволить вследствие отказа от продолжения работы в связи с изменением условий трудового договора и отказа от предложенной работы, пункт 7 статьи 77 Трудового кодекса Российской Федерации».





Основание:

1. Приказ о ведении новой формы трудового договора в рамках внедрения эффективного контракта от (дата) №... (формулировка приказа примерная)
2. Уведомление от (дата) № ...
3. Отказ от продолжения работы от (дата).
4. Список вакансий на (дата).
5. Отказ от предложенной работы от (дата).

Ухудшение условий трудового договора по сравнению с предусмотренными коллективным договором

Изменения условий трудового договора, которые введены в соответствии со ст. 74 Трудового кодекса, не должны ухудшать положение работника по сравнению с установленным коллективным договором и соглашениями. Таким образом, работодатель не вправе предлагать работнику изменение условий труда, если они ухудшают положение работника по сравнению с условиями и гарантиями коллективного договора и действующих в отношении данного работодателя соглашений о социальном партнерстве (отраслевых, территориальных и др.).

Что может ухудшать условия трудового договора по сравнению с предусмотренными коллективным договором? Например, включение в трудовой договор графы «условия начисления выплат стимулирующего характера». Так, в качестве условия для осуществления «выплаты стимулирующего характера за качество работы» может выступать показатель «выполнение функции врачебной должности на 100%». Скорее всего, подписанный в прежние годы коллективный договор такого не предполагал, а ведь это дает основания для неначисления в ряде случаев выплат стимулирующего характера не только при низких показателях качества, но и при неполном выполнении функции врачебной должности. Формально это может интерпретироваться как ухудшение условий трудового

договора по сравнению с предусмотренными коллективным договором.

Отсюда следует простой вывод: прежде чем приступить к оформлению изменений в трудовые договоры с работниками, нужно пересмотреть коллективные договоры и положения об оплате труда работников.

Всегда ли необходимо уведомлять работника о переходе на эффективный контракт за 2 месяца?

Классическая ситуация: учреждения не получали от вышестоящих организаций никаких конкретных указаний о процедуре и сроках перевода работников на эффективный контракт и вдруг следуют жесткие указания отчитаться о процентах переведенных на эффективный контракт, а к началу следующего года нужно всех сотрудников перевести на эффективный контракт (за исключением находящихся в отпусках, в том числе в декретном, и т.д.).

Что делать?

Во-первых, отметим, в федеральных документах нет жестких требований по срокам перевода на эффективный контракт.

Во-вторых, как уже отмечалось в предыдущих публикациях, в Рекомендациях Минтруда указывается: «Дополнительное соглашение к трудовому договору рекомендуется заключать по мере разработки показателей и критериев оценки эффективности труда работников учреждения для определения размеров и условий осуществления стимулирующих выплат».

Поэтому при всем желании быстрее отчитаться перед вышестоящими органами о внедрении эффективного контракта нужно соблюдать логику и не заниматься внедрением эффективного контракта формально, для «галочки».

Причем нельзя взваливать ответственность за несвоевременность разработки показателей эффективности только на сами учреждения. Приказ Минздрава России от



28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников» пред назначен для субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления (что видно из самого названия документа). Они должны выработать соответствующие показатели и довести их до учреждений и/или дать учреждениям рекомендации по разработке показателей по тем категориям работников, по которым ни Минздрав России, но другие органы не предложили показателей для оценки труда. Понятно, что самостоятельная разработка показателей потребует определенного времени.

Но главное заключается в том, что на дворе уже ноябрь, и за два месяца до 2014 года уже никого невозможно предупредить. Что делать? Ситуация тупиковая? Нет! Введение эффективного контракта осуществляется в рамках Трудового кодекса. А он дает массу возможностей для творческого подхода — нужно знать его и уметь грамотно применять в своих целях. Мы уже говорили о том, что Рекомендации Минтруда предполагают введение эффективного контракта в соответствии со статьей 74 Трудового кодекса (в одностороннем порядке по инициативе работодателя). Но ведь имеется еще статья 72 Трудового кодекса (кстати, основная в части внесении изменений в трудовой договор). Она предполагает: «Изменение определенных сторонами условий трудового договора, в том числе перевод на другую работу, допускается только по соглашению сторон трудового договора, за исключением случаев, преду-

смотренных настоящим Кодексом. Соглашение об изменении определенных сторонами условий трудового договора заключается в письменной форме».

Поэтому можно осуществить следующую процедуру. Работник приглашается в отдел кадров и до него доводится информация о том, что в соответствии с целым рядом нормативных документов (они должны быть перечислены) по всей стране осуществляется перевод работников бюджетной сферы на эффективный контракт. В связи с этим работнику предлагается подписать дополнительное соглашение к трудовому договору, вступающее в силу с 01.01.2014 (или с первого дня следующего месяца — в зависимости от содержания дополнительного соглашения) идается для ознакомления данный документ.

В случае, если работник подпишет дополнение к трудовому договору, внесение изменений в трудовой договор считается произведенным в соответствии со статьей 72 Трудового кодекса, то есть по соглашению сторон. Никакого предупреждения за два месяца в данном случае не требуется — дата вступления в силу изменений к трудовому договору определяется соглашением сторон и может быть установлена как 1 января 2014 года и позже, так и 1 декабря 2013 года. Отметим, что внесение изменений в трудовой договор необязательно привязывать к 1 числу месяца, но это может вызвать сложности в расчете значений выплат стимулирующего характера по разным критериям (до и после внесений изменений в трудовой договор).

Если же работник не согласился с предложением добровольно подписать дополнительное соглашение к трудовому договору, ему вручается уведомление об изменении трудового договора в соответствии со статьей 74 Трудового кодекса и выполняется описанная выше процедура применительно к данной статье.





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



Какими документами руководствоваться при разработке штатных расписаний? Порядками? Можем ли мы отходить от них?

Часть 3 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы) устанавливает: «Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя: ... 4) **рекомендуемые** штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений».

Как видим, в Порядках оказания медицинской помощи содержатся лишь рекомендуемые штатные нормативы.

Пунктом 8 «Типовой формы трудового договора с руководителем государственного (муниципального) учреждения», утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2013 г. № 329, установлено, что руководитель имеет право на утверждение в установленном порядке структуры и штатного расписания.

Что это за «установленный порядок»?

Это нормативные документы, в которых отражены те или иные аспекты составления и утверждения штатных расписаний. Например, это Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 18 января 1996 года № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения».

Другой документ — «Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденная Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р (далее — Программа). В Программе указывается: **«Формирование штатной численности учреждений следует проводить с применением систем нормирования труда с учетом необходимости качественного оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ)».**

Распоряжение Правительства по статусу выше приказов министерств (в данном случае, утверждающих порядки оказания медицинской помощи). Это еще раз подтверждает, что штатное расписание может не соответствовать рекомендуемому в Порядках оказания медицинской помощи, и это не является нарушением



Имеет ли право бюджетное учреждение здравоохранения закупать оборудование свыше 100 000 рублей за счет средств, поступивших от оказания медицинской помощи беременным и роженицам (средства родовых сертификатов)?

Ограничений по стоимости оборудования нет. Так, в Приказе Минздравсоцразвития России от 1 февраля 2011 года № 72н «О порядке расходования средств, перечисленных медицинским организациям на оплату услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению ребенка в течение первого года жизни» говорится «оснащение медицинским оборудованием».



Мы оказываем платные медицинские услуги, работаем по договорам со страховыми компаниями. После введение в действие Приказа МЗ РФ № 1664М от 27.12.2011 об утверждении Номенклатуры медицинских услуг страховые компании начали требовать, чтобы каждая услуга была зашифрована согласно данному приказу, но в этой Номенклатуре отсутствуют некоторые услуги, которая наша больница оказывает по платным услугам. Подскажите, пожалуйста, есть ли нормативный документ, который нас обязывает весь прейскурант привести в соответствие по Номенклатуре, и вправе ли страховые компании требовать этого?

Страховая организация не права — такого требования не существует. Есть единственное требование, касающееся наименований медицинских услуг: в соответствии с п. 3 Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» «Платные медицинские услуги предоставляются медицинскими организациями на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке».

Конечно, единая система шифровки на основе Номенклатуры удобнее (это может быть полезным и для Вас), но это вопрос договоренностей. Как вариант можно договориться об использовании в качестве основы Номенклатуры и о дополнительной шифровке услуг, не вошедших в Номенклатуру.



Можно ли отказаться от прикрепления граждан в наше учреждение, если врачи не хотят прикреплять к себе дополнительно (участки перегружены)?

В данном случае аргумент по поводу права врачей на отказ не подойдет — при первичном прикреплении мнение врача не учитывается, как и мнение самого гражданина. Пункт 14 Приказа Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приказ № 543н) гласит: «Распределение населения по участкам осуществляется **руководителями медицинских организаций**, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан».

Право граждан на выбор врача (и на отказ со стороны врача) возникает при желании гражданина сменить врача, к которому он прикреплен. Неслучайно Приказ № 407 Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. так и называется: «Порядок содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача **в случае требования пациента о замене лечащего врача**».

Другими словами, если на территории учреждения построен новый дом, его жители должны быть в обязательном порядке прикреплены к одному из участков, к одному из участковых врачей. На данном этапе ни согласие жителей, ни





согласие врача не спрашивается. Это делается в первую очередь в интересах пациентов — чтобы они не теряли время на процедуру выбора врача при необходимости обращения за первичной медико-санитарной помощью (эта процедура занимает несколько дней). При несогласии с таким прикреплением, при желании поменять врача граждане могут воспользоваться правом на выбор врача.

Если имеющихся врачей не хватает, учреждение должно создать новые участки и принять на работу новых участковых врачей. Если мощностей учреждения (помещений) не хватает, должна быть организована работа в две смены и т.д. Если и это не обеспечивает возможности обеспечения помощью жителей, вопрос решается на более высоком уровне: прикрепление к другой поликлинике, строительство новой поликлиники и т.д. Пациенты в любом случае не должны остаться без медицинской помощи — они должны быть прикреплены к одному из учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, к одному из участковых врачей.

Наше учреждение заставляют прикреплять новых пациентов, а мы пытаемся отказываться — средняя перегрузка участков составляет 60% (наше учреждение на хорошем счету). Нам угрожают штрафными санкциями за необеспечение права граждан на выбор медицинской организации. Кто прав?

Вы правы.

Статья 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает: «При оказании гражданину медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи он **имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти**, и на выбор врача с учетом согласия врача».

То есть это не свобода выбора, это — регламентация!

Этот порядок определяется не только Приказом Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2012 г. № 406н «Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», но и другими приказами, касающимися этой проблемы. В том числе и Приказом № 543н.

А этот приказ в п. 15 определяет: «В целях обеспечения права граждан на выбор врача и медицинской организации **допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации**, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения **с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан**, установленной пунктом 18 настоящего Положения».

Это приказ, вышедший после Приказа № 543н, уточняет, конкретизирует положения Приказа № 406. И этот приказ не менее значим, чем Приказ № 406.

Поэтому основной вывод таков: Основы не определяют безусловной свободы граждан на выбор учреждения — Основы определяют, что порядок устанавливается Министерством. А Министерство, во-первых, установило, что прикрепление проживающих вне зоны обслуживания лишь допускается, но не является обязательным. И, во-вторых, должна учитываться численность прикрепленных граждан.

Все это дает Вам полное право оспорить возможные штрафные санкции в территориальном фонде ОМС или в суде. Основания для этого есть.



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

БЮДЖЕТ ФФОМС ЗА 2012 Г.: ОТЧЕТ О ИСПОЛНЕНИИ

Федеральный закон Государственной Думы Федерального Собрания от 30 сентября 2013 г. № 256-ФЗ

Подведены итоги исполнения бюджета ФФОМС за 2012 г.

Доходы Фонда составили 966 542,2 млн. руб. или 105,4% от утвержденного годового объема. Расходы — 932 157,8 млн. руб. (101,7% к утвержденным показателям и 97,5% — к уточненной росписи).

Объем межбюджетных трансфертов, полученных Фондом из госказны, составил 51 810 млн. руб. (100% от запланированного размера).

Из Фонда бюджету ФСС РФ перечислены трансферты в сумме 17 639,5 млн. руб. (92,7%).

Таким образом, бюджет Фонда за 2012 г. исполнен с профицитом в сумме 34 384,4 млн. руб. Последний сложился в основном за счет поступления страховых взносов сверх утвержденных объемов.

Общий объем страховых взносов на ОМС работающего населения за 2012 г. составил 615 134,3 млн. руб. Это в 1,9 раза больше, чем в 2011 г., и на 8,6% превысило планируемые значения. В отношении безработных перечислено 298 857,3 млн. руб. Поступления ЕНВД составили 1,3 млн. руб., ЕСХН — 0,2 млн. руб. Доходы от размещения Фондом временно свободных средств на депозитных счетах в банках — 648,2 млн. руб., от штрафов, налагаемых ПФР, — 3,8 млн. руб.

Остаток средств нормированного страхового запаса на начало 2013 г. составил 19 029,3 млн. руб.

В числе основных расходов Фонда — затраты на модернизацию здравоохранения (укрепление материально-технической базы, внедрение стандартов медпомощи и пр.), внедрение в медицину современных информационных систем, проведение диспансеризации.

ОБНОВЛЕН СТАТИСТУРМЕНТАРИЙ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РАБОТОЙ УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29 августа 2013 г. № 348 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации федерального статистического наблюдения за деятельностью федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»

Заново утверждены формы № 7-собес, а также № 7-Д, 7-А и 7-Ф (собес).

По ним соответственно представляются сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше, несовершеннолетних детей, о деятельности главного и федерального бюро МСЭК.

Формы вводятся в действие с отчета за 2013 г.

Установлен порядок их заполнения.

Прежние формы признаются утратившими силу с момента введения новых.





НА КАКИЕ ЕЩЕ РАСХОДЫ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ МИНЗДРАВА РОССИИ ВЫДЕЛЯЮТСЯ СУБСИДИИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2013 г. № 525н «О внесении изменения в перечень субсидий на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ), предоставляемых Министерством здравоохранения Российской Федерации федеральным государственным бюджетным учреждениям, в отношении которых Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет функции и полномочия учредителя, и цели их предоставления, являющийся приложением № 1 к Правилам предоставления в 2013–2015 годах ...» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 сентября 2013 г. Регистрационный № 29 996.

В 2013–2015 гг. бюджетным учреждениям Минздрава России выделяются субсидии на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ).

Расширяется перечень расходов, на оплату которых предоставляются такие субсидии.

Средства направляются в том числе на проведение научно-практических семинаров по охране здоровья матерей, новорожденных и детей в возрасте до 5 лет (Мускокская инициатива).

УТОЧНЕН ПОРЯДОК ВЫДАЧИ СЕРТИФИКАТА СПЕЦИАЛИСТА МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ РАБОТНИКАМ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2013 г. № 515н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2012 г. № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 августа 2013 г. Регистрационный № 29 853.

Скорректированы условия и порядок выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам.

Он выдается образовательными или научными организациями. Прежде речь шла только о государственных образовательных или научных организациях.

Уточняется, какие условия выдачи сертификата относятся к лицам, получившим медицинское или фармацевтическое образование в России, а какие касаются тех, кто обучался за рубежом.

Для сдачи сертификационного экзамена нужно подать определенные документы. В их числе — документ о профессиональной переподготовке (в случае получения новой специальности по результатам профессиональной переподготовки), документ о повышении квалификации (в случае получения сертификата повторно). Прежде предусматривалось, что эти документы должны быть гособразца.

Вносятся изменения в форму сертификата и технические требования к его бланку.

На сертификат наносится одноцветное изображение Государственного герба Российской Федерации без геральдического щита (а не Государственный герб Российской Федерации).

Закреплено, что для муниципальной образовательной и научной организации первые 2 цифры в серии бланка — это 10. Для негосударственной образовательной и научной организации — 11.

Твердая обложка изготавливается из тканевинила № 32 (ранее — из тканьвинила).



СКОРРЕКТИРОВАНЫ ПРАВИЛА ОМС

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 июня 2013 г. № 396н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 сентября 2013 г. Регистрационный № 30 004.

Часть изменений касается подачи заявления о выборе (замене) страховой медорганизации.

Оно может быть адресовано не только выбранному страховщику, но и иным организациям, уполномоченным субъектом Российской Федерации. В последнем случае заявление подается исключительно в случае выбора страховой медорганизации, в которой лицо было застраховано ранее. Исключена возможность направить такое заявление через единый портал госуслуг. Застрахованное лицо может заказать электронный полис в составе универсальной электронной карты. Для этого не позднее 5 рабочих дней после подачи заявления гражданин должен обратиться в уполномоченную региональную организацию за получением такой карты. В противном случае ему выдадут бумажный полис. Кроме того, застрахованные лица обязаны уведомлять страховщиков об изменении не только ФИО и места жительства, но и данных документа, удостоверяющего личность. Причем при смене «прописки» полис не переоформляется (как это предусматривалось ранее), а в остальных случаях это требуется.

Снижен размер штрафа за нецелевое использование медорганизацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медпомощи по ОМС. Теперь он составляет 10% от суммы указанных средств (ранее — 100%). Штраф и пени перечисляются в бюджет ТФОМС.

УМЕНЬШАЮТСЯ СУБСИДИИ, ВЫДЕЛЯЕМЫЕ РЕГИОНАМ В 2013 Г. НА СОФИНАНСИРОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ

Распоряжение Правительства РФ от 18 сентября 2013 г. № 1684-р «О распределении субсидий, предоставляемых в 2013 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

В 2013 г. регионам выделяются субсидии на софинансирование мероприятий по формированию здорового образа жизни у населения, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

Утверждено новое распределение указанных субсидий между регионами. Общий объем средств сокращается на 44 556,7 тыс. руб.

Субсидия для Кабардино-Балкарии уменьшается на 1839,2 тыс. руб. Для Карачаево-Черкесии — на 1558,1 тыс. Для Дагестана — на 1755,8 тыс. Для Карелии — на 1244,3 тыс. Для Коми — на 2403,3 тыс. Для Мордовии — на 1157,6 тыс. Для Якутии — на 1280,1 тыс. Для Северной Осетии-Алании — на 1158 тыс. Для Удмуртии — на 1673,2 тыс.

Ассигнования, выделяемые Забайкальскому краю, сокращаются на 1343,3 тыс. Камчатскому — на 1696,4 тыс. Пермскому — на 2449,2 тыс. Хабаровскому — на 1629,1 тыс.

Субсидия для Амурской области уменьшается на 2867,7 тыс. руб. Для Архангельской — на 1204,7 тыс. Для Владимирской — на 1277,2 тыс. руб. Для Иркутской — на 2756,1 тыс. Для Курганской — на 2308,5 тыс. Для Курской — на 1967,9 тыс. Для Магаданской — на 2108,7 тыс. Для Московской — на 2249,2 тыс. Для Мурманской — на 2741,8 тыс. Для Новосибирской — на 2465,7 тыс. Для Омской — на 1421,6 тыс.





СКОРРЕКТИРОВАН ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОГЛАШЕНИЙ О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2011–2013 ГГ.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 июня 2013 г. № 368н «О внесении изменений в Порядок заключения соглашений высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2013 годы, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 февраля 2011 г. № 141н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 сентября 2013 г. Регистрационный № 29 951.

В Закон об обязательном медицинском страховании внесли поправки. Они уточняют, на какие цели направляются средства, предусмотренные в бюджете ФФОМС РФ на финансирование региональных программ модернизации здравоохранения.

В связи с этим вносятся изменения в порядок заключения соглашений о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2013 гг.

В соглашениях закрепляются определенные обязанности регионального высшего исполнительного органа. В частности, он должен обеспечить финансирование программы при наличии проектно-сметных документаций в том числе на строительство, реконструкцию объектов капитального строительства и (или) их этапы. Ранее речь шла о проектно-сметных документациях только на завершение строительства ранее начатых объектов с указанием их технической готовности (не менее 80% фактических затрат застройщика от сметной стоимости строительства) по состоянию на 1 января 2011 г. и на проведение капримонта государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Должны иметься также перечни медицинского оборудования и санитарного транспорта с обоснованием стоимости их приобретения. Прежде помимо этого предусматривалось и наличие смет на текущий ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

В КАКИЕ СРОКИ БЮДЖЕТНАЯ И БУХОТЧЕТНОСТЬ ПОДАЕТСЯ В МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЕ ОПЕРАЦИОННОЕ УПРАВЛЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО КАЗНАЧЕЙСТВА?

Приказ Федерального казначейства от 20 сентября 2013 г. № 20н «О сроках представления главными распорядителями средств федерального бюджета, главными администраторами доходов федерального бюджета, главными администраторами источников финансирования дефицита федерального бюджета в Межрегиональное операционное управление Федерального казначейства сводной месячной, квартальной и годовой бюджетной отчетности, сводной квартальной и годовой бухгалтерской отчетности федеральных бюджетных и автономных учреждений в 2014 году» (не вступил в силу)

Установлены сроки представления в Межрегиональное операционное управление Федерального казначейства сводной квартальной и годовой бюджетной и бухотчетности федеральных бюджетных и автономных учреждений в 2014 г. Отчетность представляется главными распорядителями средств федерального бюджета, главными администраторами его доходов и источниками финансирования дефицита. Также установлено, что в 2014 г. главные администраторы средств федерального бюджета представляют сводную месячную бюджетную отчетность в электронном виде 15 числа месяца, следующего за отчетным.



КОГДА ФФОМС, ПФР И ФСС РОССИИ, А ТАКЖЕ РЕГИОНЫ ДОЛЖНЫ ОТЧИТАТЬСЯ ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТОВ?

Приказ Федерального казначейства от 20 сентября 2013 г. № 21н «О сроках представления годовой отчетности об исполнении бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, годовой отчетности об исполнении консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов, сводной бухгалтерской отчетности бюджетных и автономных учреждений, в отношении которых функции и полномочия учредителя осуществляются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, за 2013 год, месячной и квартальной отчетности в 2014 году» (не вступил в силу)

Установлены сроки представления органами управления ФФОМС, ПФР и ФСС России годовой отчетности об исполнении бюджетов за 2013 г. в электронном виде. Она представляется с 24 по 28 марта 2013 г. Кроме того, определены сроки направления финансовыми органами регионов годовой отчетности об исполнении консолидированных бюджетов и бюджетов территориальных внебюджетных госфондов за 2013 г. в электронном виде. Речь также идет о сводной годовой бухотчетности автономных и бюджетных учреждений, в отношении которых функции и полномочия учредителя осуществляют регионы и муниципалитеты.

Указано также, когда направлять в 2014 г. месячную и квартальную отчетность об исполнении бюджетов внебюджетных госфондов, консолидированных бюджетов регионов. Срок — 15 число месяца, следующего за отчетным.

25 число месяца, следующего за отчетным, — срок подачи сводной квартальной бухотчетности вышеуказанных учреждений.

УСЛУГИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ, ИНВАЛИДАМИ И ПРЕСТАРЕЛЬМИ ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ НДС

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина России от 4 июля 2013 г. № 03-07-11/25631 «О применении освобождения от налогообложения НДС услуг по уходу за больными, инвалидами и престарелыми»

От НДС освобождаются услуги по уходу за больными, инвалидами и престарелыми, необходимость ухода за которыми подтверждена заключениями организаций здравоохранения, органов соцзащиты населения и (или) федеральных учреждений медико-социальной защиты.

Норма НК РФ, предусматривающая это, не регулирует порядок определения стоимости таких услуг.

МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ: НОМЕНКЛАТУРА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 сентября 2013 г. Регистрационный № 29 950.

Утверждена номенклатура медицинских организаций.

Первая ее часть устанавливает категории организаций по виду медицинской деятельности. Она содержит 3 раздела: лечебно-профилактические организации, организации особого типа, организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Вторая часть делит организации государственной и муниципальной систем здравоохранения по территориальному признаку. Она включает в себя 6 категорий: федеральные; краевые, республиканские, областные, окружные; муниципальные; межрайонные; районные; городские.





Организации, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных учреждений, на базе которых ведется практическая подготовка медицинских работников (клинические базы), включают в свое наименование слово «клинический».

Приказ об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения признан утратившим силу. Данная номенклатура содержала 4 раздела: ЛПУ, учреждения здравоохранения особого типа, учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, аптечные учреждения.

СКОРАЯ МЕДПОМОЩЬ: СОСТАВ УКЛАДКИ (НАБОРА) ЗАВИСИТ ОТ ЕЕ НАЗНАЧЕНИЯ

*Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 августа 2013 г. № 549н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 9 сентября 2013 г. Регистрационный № 29 908.*

Установлено, какие лекарственные препараты и медизделия должны включаться в укладки и наборы для оказания скорой медпомощи.

Требования к комплектации дифференцированы в зависимости от назначения укладки (набора): общепрофильное, специализированное (реанимационное), акушерское, для дренирования плевральной полости, для канюлизации губчатых костей, для катетеризации пупочной и центральных вен, реанимационное неонатальное и педиатрическое, противоожоговое, токсикологическое, травматологическое. В частности, общепрофильная укладка комплектуется препаратами следующих групп: адреномиметики, антиконгестанты, нитраты, бронхолитики, витамины, заменители компонентов крови, растворы, влияющие на водно-электролитный баланс, местные анестетики, анальгетики. Это также адсорбирующие, антигистаминные, антигипертензивные, противомикробные, антихолинергические, гормональные, диуретические, детоксицирующие, седативные, противорвотные и антигипоксантные средства и пр.

Используемые препараты и медизделия должны быть зарегистрированы в России. Их нельзя заменять на средства других наименований. Набор для оказания скорой медпомощи размещается в чехле (саквояже) с прочными замками (фиксаторами), ручками и манипуляционным столиком. Для сбора и утилизации образовавшихся отходов используются специальные мешки. Они также входят в состав наборов.

Прежний состав медукладки выездной бригады скорой медпомощи признан утратившим силу. Приказ вступает в силу с 1 января 2014 г.

НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЦЕНТРЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПОЛУЧАТ ФИНАНСОВУЮ ГОСПОДДЕРЖКУ

Постановление Правительства РФ от 12 сентября 2013 г. № 801 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 23 августа 2011 г. № 713» (не вступило в силу)

Расширен перечень социально ориентированных некоммерческих организаций (НКО), которым оказывается господдержка.

В него включены НКО, занимающиеся профилактикой немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, комплексной реабилитацией и ресоциализацией лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях.

Указанные НКО получат финансовую поддержку. На это регионам выделят субсидии из федерального бюджета.



БОРЬБА С КОРЬЮ И КРАСНУХОЙ: ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ДО 2015 Г.

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17 апреля 2013 г. № 17 «Об утверждении Программы «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013–2015 гг.)» и плана ее реализации» (не вступило в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 августа 2013 г. Регистрационный № 29 831.

Утверждены программа «Профилактика кори и краснухи в период верификации их элиминации в Российской Федерации (2013–2015 гг.)» и план ее реализации.

Цель программы — достижение, поддержание и верификация элиминации кори и краснухи в России к 2015 г.

Предполагается, что повсеместный уровень заболеваемости должен составлять менее 1 на 1 млн. населения. Не должно быть случаев СВК.

Среди показателей программы — отсутствие эндемичных случаев кори и краснухи в течение не менее чем 36 месяцев после регистрации последнего случая.

Также следует подтвердить отсутствие циркуляции эндемичных вирусов кори и краснухи на основе молекуллярно-генетического типирования диких штаммов вирусов.

Охват иммунизацией против кори и краснухи декретированных возрастных групп населения должен быть не ниже 95%.

Планируемые мероприятия сгруппированы по следующим направлениям: проведение прикладных научных исследований, улучшение качества эпидемиологического надзора, международное сотрудничество, совершенствование информационно-мобилизационной системы, контроль качества препаратов для вакцинации против кори и краснухи и др.

ПРОШЛОГОДНИЙ БЮДЖЕТ ФФОМС ОКАЗАЛСЯ ПРОФИЦИТНЫМ

Досье на проект федерального закона № 309675-6 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год» (внесен Правительством РФ)

18.09.2013 Госдумой в первом чтении и в целом принят Закон об исполнении бюджета ФФОМС за 2012 г. Доходы Фонда составили 966 542,2 млн. руб. или 105,4% от утвержденного годового объема. Расходы — 932 157,8 млн. руб. (101,7% к утвержденным показателям и 97,5% — к уточненной росписи). Объем межбюджетных трансфертов, полученных Фондом из госказны, составил 51 810 млн. руб. (100% от запланированного размера).

Из Фонда бюджету ФСС РФ перечислены трансферты в сумме 17 639,5 млн. руб. (92,7%).

Таким образом, бюджет Фонда за 2012 г. исполнен с профицитом в сумме 34 384,4 млн. руб. Последний сложился в основном за счет поступления страховых взносов сверх утвержденных объемов. Общий объем страховых взносов на ОМС работающего населения за 2012 г. составил 615 134,3 млн. руб. Это в 1,9 раза больше, чем в 2011 г., и на 8,6% превысило планируемые значения. В отношении безработных перечислено 298 857,3 млн. руб. Поступления ЕНВД составили 1,3 млн. руб., ЕСХН — 0,2 млн. руб. Доходы от размещения Фондом временно свободных средств на депозитных счетах в банках — 648,2 млн. руб., от штрафов, налагаемых ПФР, — 3,8 млн. руб. Остаток средств нормированного страхового запаса на начало 2013 г. составил 19 029,3 млн. руб.

В числе основных расходов Фонда — затраты на модернизацию здравоохранения (укрепление материально-технической базы, внедрение стандартов медпомощи и пр.), внедрение в медицину современных информационных систем, проведение диспансеризации.





ПРИ НЕКОТОРЫХ УСЛОВИЯХ ОРГАНИЗАЦИЯ, ОКАЗЫВАЮЩАЯ ДОВРАЧЕБНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РАМКАХ ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО», ВПРАВЕ ПРИМЕНЯТЬ НУЛЕВУЮ СТАВКУ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина России от 4 июля 2013 г. № 03-03-06/4/25648 «О применении ставки 0 процентов по налогу на прибыль организациями, осуществляющими медицинскую деятельность»

При определенных условиях организации, осуществляющие медицинскую деятельность, вправе применять нулевую ставку по налогу на прибыль.

Перечень видов медицинской деятельности, подпадающих под эту льготу, определен Правительством РФ. В данный список входит в том числе лечебное дело.

Таким образом, при соблюдении условий, предусмотренных НК РФ, организация, оказывающая доврачебную медицинскую помощь в рамках медицинской деятельности «лечебное дело», вправе применять нулевую ставку по налогу на прибыль.

КАК КОНТРОЛИРУЕТСЯ ОБРАЩЕНИЕ МЕДИЗДЕЛИЙ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 апреля 2013 г. № 196н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по контролю за обращением медицинских изделий» [не вступил в силу]

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 августа 2013 г. Регистрационный № 29 290.

Регламентировано, как Росздравнадзор и его территориальные органы осуществляют контроль в отношении юрлиц и ИП, занимающихся деятельностью в сфере обращения медизделий.

Госконтроль за обращением медизделий включает в себя следующий контроль. За техническими и клиническими испытаниями, токсикологическими исследованиями, эффективностью, безопасностью, производством, изготовлением, реализацией, хранением, транспортировкой, ввозом в Россию и вывозом из нее медизделий. За их монтажом, наладкой, применением, эксплуатацией, включая техническое обслуживание, ремонтом, утилизацией или уничтожением.

Перечислены права и обязанности проверяемых и должностных лиц при осуществлении госконтроля.

В результате исполнения госфункции подтверждается соблюдение подконтрольными организациями обязательных требований при осуществлении деятельности в сфере обращения медизделий, а также выявляются их нарушения и обеспечивается устранение последних.

Проверки могут быть плановыми и внеплановыми, документарными и выездными.

На проведение проверки отведено не более 20 рабочих дней. Однако в исключительных случаях срок выездной плановой проверки может быть продлен максимум на 20 рабочих дней.

Регламентированы состав, последовательность и сроки административных процедур, требования к порядку их выполнения. Закреплены порядок и формы контроля за исполнением госфункции. Уделено внимание досудебному (внесудебному) обжалованию соответствующих решений и действий (бездействия).

Административный регламент по исполнению госфункции по контролю за производством, оборотом и порядком использования изделий медицинского назначения, утвержденный в 2011 г., утратил силу.



ИНВАЛИДЫ/ВЕТЕРАНЫ: НОВЫЕ СРОКИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХ-СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ, ПРОТЕЗОВ И ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 мая 2013 г. № 215н «Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 августа 2013 г. Регистрационный № 29 772.

Инвалиды (кроме лиц, ставших ими вследствие несчастных случаев на производстве и профзаболеваний), несовершеннолетние, которым установлена категория «ребенок-инвалид», обеспечиваются техсредствами реабилитации.

Отдельным категориям граждан из числа ветеранов выдаются протезы (кроме зубных) и протезно-ортопедические изделия.

Обновлены сроки их использования.

Так, комнатную кресло-коляску с ручным приводом для больных ДЦП по-прежнему можно заменить не ранее чем через 6 лет. Активный протез предплечья — не ранее чем через 2 года (для детей — 1 год).

Срок использования протеза после вычленения плеча с электромеханическим приводом и контактной системой управления не может быть менее 3 лет (для детей — 1 год).

Время использования техсредства реабилитации, протеза и протезно-ортопедического изделия исчисляется с даты предоставления его инвалиду/ветерану.

Если срок службы техсредства реабилитации (изделия), установленный изготовителем, превышает срок пользования, оно заменяется по истечении периода службы, определенного изготовителем.

Сроки пользования техсредствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены, установленные в 2011 г., утратили силу.

ПУТЕВКИ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ: ПЕРЕЧЕНЬ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 10 июля 2013 г. № 301н/449н «Об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения), в которые предоставляются при наличии медицинских показаний путевки на санаторно-курортное лечение, осуществляющее в целях профилактики основных заболеваний граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 августа 2013 г. Регистрационный № 29 269.

Гражданам, имеющим право на получение государственной социальной помощи, при наличии медицинских показаний могут предоставляться путевки на санаторно-курортное лечение в целях профилактики основных заболеваний. Утвержден перечень соответствующих санаторно-курортных учреждений государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

В перечень входят 816 учреждений. Для каждого указаны регион и адрес.

Приказ об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, признан утратившим силу.





ОТЧЕТ О РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ ФЕДЕРАЦИИ: ЧТО НОВОГО?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июня 2013 г. № 355н «О внесении изменений в приложения № 1 и 2 к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение» (не вступил в силу) Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 августа 2013 г. Регистрационный № 29 255.

Скорректирован порядок предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Федерации.

В частности, приведена формула, по которой рассчитывается готовность (в процентах) выполнения следующих мероприятий. Речь идет о завершении строительства ранее начатых объектов и проведении капремонта.

Предусмотрено, что в отчете указывается рассчитанная на основании программ техническая готовность объектов строительства (его этапов), реконструкции (ее этапов) объектов капстроительства, ранее начатого строительства, а также капитального и текущего ремонта учреждений здравоохранения по итогам отчетного года.

Кроме того, в отчете отражается сумма, выделенная в 2013 г. из бюджета ФФОМС в ТФОМС, и (или) сумма, запланированная в региональном бюджете на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

Приведена уточненная форма отчета. В частности, она дополнена новой строкой, по которой указывается количество муниципальных специализированных центров.

ЛИЧНЫЙ ПРИЕМ ГРАЖДАН ЗАМЕСТИТЕЛЯМИ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И ДИРЕКТОРАМИ ДЕПАРТАМЕНТОВ МИНИСТЕРСТВА: ОБНОВЛЕННЫЙ ГРАФИК

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 июня 2013 г. № 392 «Об утверждении Графика личного приема граждан заместителями Министра и директорами департаментов Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Заново утвержден График личного приема граждан заместителями Министра здравоохранения России и директорами департаментов Министерства.

Заместителям Министра и директорам департаментов поручено проводить прием только в помещении Общественной приемной Министерства.

Директорам департаментов отдельно поручено обеспечить организацию записи граждан на личный прием и своевременное уведомление их о проведении приема, его месте и времени. В случаях служебной необходимости замену приема заместителями нужно согласовывать с заместителями Министра, курирующими деятельность структурного подразделения, в письменном виде. Информацию о гражданах, планируемых на личный прием, и копии материалов, подготовленных к приему, следует передавать в Департамент управления делами и кадров не позднее 3 рабочих дней до даты приема.

Приказ об утверждении прежнего графика признан утратившим силу.



КОГДА СУММЫ ОПЛАТЫ СТОИМОСТИ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ПУТЕВОК НЕ ОБЛАГАЮТСЯ НДФЛ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина России от 1 июля 2013 г. № 03-04-06/24981 «О налогообложении НДФЛ стоимости путевок на санаторно-курортное лечение, предоставляемых работникам организации за счет различных источников»

Как пояснил Минфин России, стоимость санаторно-курортных путевок, приобретаемых организацией для своих работников, а также предоставляемых им за счет средств ФСС РФ, не подлежит обложению НДФЛ. При этом суммы оплаты стоимости санаторно-курортных путевок в рамках договоров добровольного личного страхования работников организации облагаются НДФЛ в установленном порядке.

УРЕГУЛИРОВАНО ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТУПА К ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНОВ ВЛАСТИ В ИНТЕРНЕТЕ В ФОРМЕ ОТКРЫТЫХ ДАННЫХ

Постановление Правительства РФ от 10 июля 2013 г. № 583 «Об обеспечении доступа к общедоступной информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в форме открытых данных» (не вступило в силу)

Утверждены Правила отнесения сведений к общедоступной информации, размещаемой органами власти в Интернете в форме открытых данных.

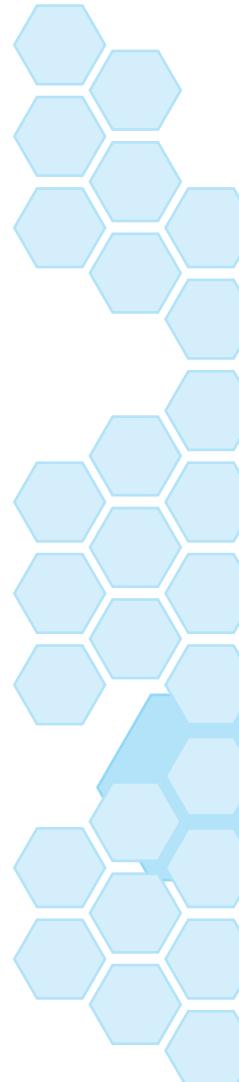
Решение о возможности отнести информацию к общедоступной принимается органами, в результате деятельности которых создаются либо к которым поступают соответствующие данные.

Решение о возможности отнести к общедоступной информации данные госинформсистем по общему правилу принимается органом, обеспечивающим эксплуатацию (ведение) системы.

В обязательном порядке к общедоступной информации относятся 3 категории данных. Первая — сведения, включенные в перечень общедоступной информации о работе федеральных органов, деятельность которых руководит Правительство РФ, и подведомственных им федеральных органов. Вторая — данные, включенные в перечень общедоступной информации о деятельности органов власти регионов и муниципалитетов, созданной такими органами или поступившей к ним при осуществлении полномочий по предметам ведения государства и по предметам совместного ведения. Третья — сведения, включенные в перечни общедоступной информации о деятельности органов власти регионов, иных госорганов и органов местного самоуправления.

Кроме того, утверждены правила определения периодичности размещения информации, сроков ее обновления, а также иных требований к размещению. Требования к размещению предусматривают требования к форматам и правилам оформления набора данных, а также к содержанию включаемой в них информации, требования к форматам и правилам оформления паспорта наборов. Сюда же включаются правила размещения набора и его паспорта, правила ведения реестра набора, требования к периодичности размещения и срокам обновления набора, к технологическим, программным и лингвистическим средствам. Также утверждены правила обязательного размещения. Информация размещается на сайтах органов в разделе «Открытые данные» или на официальном сайте региона, созданном для публикации общедоступной информации в форме открытых данных. При отсутствии у органа местного самоуправления своего сайта сведения размещаются на сайте соответствующего региона.

Внесены изменения в Постановление об обеспечении доступа к информации о деятельности Правительства РФ и федеральных органов исполнительной власти.





ДО КОНЦА ГОДА МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕЖНИЕ ФОРМЫ РЕЦЕПТУРНЫХ БЛАНКОВ НА МЕДИКАМЕНТЫ

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 4 июля 2013 г. № 25-4/10/2-4818 «Об обеспечении введения новых форм рецептурных бланков»

Органы управления здравоохранением субъектов Федерации должны обеспечить введение новых форм рецептурных бланков на лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с требованиями приказов Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н и № 1181н. Однако до 31 декабря 2013 г. можно использовать ранее изготовленные рецептурные бланки.

БЮДЖЕТНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ В СТРОИТЕЛЬСТВО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ИНКУРАБЕЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ РАМН: ЧТО НОВОГО?

Постановление Правительства РФ от 2 июля 2013 г. № 560 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 16 марта 2011 г. № 172»

Скорректировано распределение сметной стоимости строительства госпиталя для инкурабельных больных РАМН и общего (предельного) объема бюджетных инвестиций за счет ассигнований федерального бюджета в его строительство.

Приведены данные только на 2013–2015 гг. Сметная стоимость объекта капстроительства в 2013 г. составляет 798,4 млн. руб., в 2014 г. — 1 973 716,8 тыс. руб., в 2015 г. — 1 935 743,8 тыс. Госзаказчиком и застройщиком является Дирекция единого заказчика по строительству, капитальному и текущему ремонту объектов РАМН.

ФМБА РОССИИ НУЖНО ИЗВЕЩАТЬ О РЕАКЦИЯХ И ОСЛОЖНЕНИЯХ, ВОЗНИКШИХ У РЕЦИПИЕНТОВ В СВЯЗИ С ТРАНСФУЗИЕЙ (ПЕРЕЛИВАНИЕМ) ДОНОРСКОЙ КРОВИ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 июня 2013 г. № 348н «О порядке представления информации о реакциях и об осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации деятельности службы крови» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 июня 2013 г. Регистрационный № 28 873.

Закреплено, как в ФМБА России передается информация о реакциях и осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов.

Не позднее 5 рабочих дней с момента выявления реакции и (или) осложнения нужно направить извещение об этом. Ежегодно до 20 февраля года, следующего за отчетным, представляется сводная информация (отчет).

Сведения передаются руководителями медицинских, образовательных, научных организаций, оказывающих медицинскую помощь, а также организаций федеральных ведомств, в которых предусмотрена военная и приравненная к ней служба.

Определено, какие сведения приводятся в извещении и в отчете.

Руководитель организации назначает лицо, ответственное за учет указанных реакций и осложнений. Оно заполняет извещение каждый раз, когда они возникают.

Извещение оформляется в 2-х экземплярах. Один из них остается в организации.

Актуальную информацию об изменении диагноза (состояния) реципиента нужно представлять не позднее 5 рабочих дней.



О ПОДГОТОВКЕ ОТЧЕТОВ И ЭКСПЕРТНЫХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО ЭЛИМИНАЦИИ КОРИ И КРАСНУХИ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ В ЕВРОПЕЙСКУЮ РЕГИОНАЛЬНУЮ КОМИССИЮ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 11 апреля 2013 г. № 205 «О подготовке и представлении материалов для верификации элиминации кори и краснухи в Российской Федерации»

Утверждена форма отчета по элиминации кори и краснухи

Руководителям управлений Роспотребнадзора в субъектах РФ совместно с органами исполнительной власти в области здоровья граждан необходимо провести сбор необходимой информации и сформировать отчет по элиминации кори и краснухи и представить его в закрепленный региональный центр ежегодно до 1 марта 2013 г. В 2013 году отчет представляется за 2010–2012 годы, далее — за прошедший год.

Также, им необходимо провести информационно-разъяснительные работы с населением по вопросам профилактики.

Национальному научно-методическому центру по надзору за корью и краснухой надлежит оказать консультативную помощь региональным центрам по организации документального подтверждения, обобщить отчеты и сформировать пакет информационных материалов по этим вопросам.

Комиссии по верификации нужно провести экспертную оценку документации, подготовить отчет и экспертное заключение.

Управление эпидемнадзора обеспечивает организационно-методическую помощь отделениям Роспотребнадзора, контроль за своевременным предоставлением отчетности, сбор дополнительной информации по запросам и представление отчета и экспертного заключения в Европейскую региональную комиссию по верификации элиминации кори и краснухи (RVC) в срок до 31 июля.

ОПЛАТА АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДОСМОТРОВ ЗА СЧЕТ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ: УТОЧНЕНИЕ ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ ДОКУМЕНТОВ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 мая 2013 г. № 220н «О внесении изменений в Правила финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, утвержденные приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 декабря 2012 г. № 580н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 июля 2013 г. Регистрационный № 28 964.

Уточнено, как за счет обязательных страховых взносов финансируются предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профзаболеваний работников.

В частности, расширен список документов, представляемых страхователем в территориальный орган ФСС РФ для оплаты аттестации рабочих мест по условиям труда.

Для этого дополнительно подается копия перечня рабочих мест, подлежащих аттестации.

Скорректирован пакет документов, необходимых для финансирования обязательных периодических медосмотров (обследований) сотрудников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами.

Вместо списка работников, подлежащих таким медосмотрам (обследованиям), теперь требуется его копия.





ПРОКУРОРЫ СМОГУТ ПОЛУЧАТЬ И ОБРАБАТЫВАТЬ СВЕДЕНИЯ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Досье на проект федерального закона № 279040-6 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с уточнением полномочий органов прокуратуры Российской Федерации по вопросам обработки персональных данных» (в части уточнения полномочий органов прокуратуры) (внесен депутатами ГД В.А. Поневежским, Э.А. Валеевым, Н.И. Макаровым)

05.07.2013 Госдумой рассмотрены во втором и третьем чтениях и принятые поправки, разрешающие предоставлять сведения о гражданине, составляющие врачебную тайну, без его согласия по запросам органов прокуратуры в связи с осуществлением прокурорского надзора.

Названная информация относится к специальной категории персональных данных гражданина. Органы прокуратуры наделены правом обрабатывать полученные сведения.

КАК ОФОРМЛЯЕТСЯ СОГЛАСИЕ НА МЕДВМЕШАТЕЛЬСТВО?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 июня 2013 г. Регистрационный № 28 924.

Чтобы получить первичную медико-санитарную помощь, при выборе врача и медорганизации граждане (их законные представители) дают информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Приведены формы согласия на медвмешательство и отказа от него. Согласие оформляется при первом обращении в медорганизацию. Перед его получением пациенту предоставляется доступная полная информация о целях и методах оказания медпомощи, о связанном с ней риске, возможных вариантах медвмешательства, о его последствиях, в том числе о вероятности развития осложнений. Также сообщаются предполагаемые результаты медпомощи.

Если гражданин отказывается от медвмешательства, ему разъясняются возможные последствия такого решения, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Информированное добровольное согласие подшивается в меддокументацию пациента и действует в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медорганизации.

Граждане вправе отказаться от одного или нескольких видов медвмешательств или потребовать их прекращения (за исключением некоторых случаев: например, это не касается лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, и преступников).

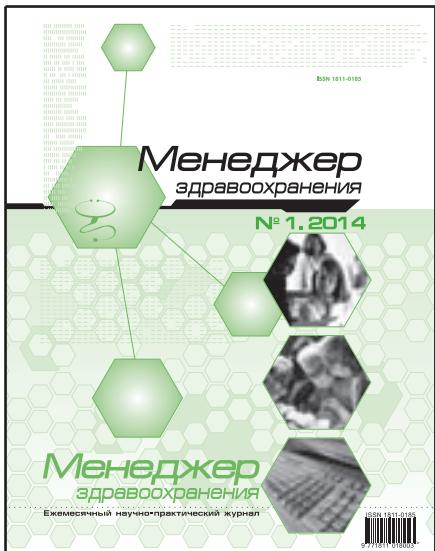
ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru



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



Начинается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2014 год



В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

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

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **560 руб.**
- на полугодие — **3360 руб.**
- **5760 руб.** — **годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 480 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

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

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения» Сретенское отделение
Московского банка ОАО «Сбербанк России», г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва р/с: 40702810638050105256
к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225 Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2014 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Уважаемые читатели!

В последнее время участились случаи невыполнения некоторыми альтернативными агентствами своих обязательств по доставке журналов нашим подписчикам. Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

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

ООО «Урал-Пресс XXI»

<http://www.ural-press.ru/>, Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

ООО «Артос-ГАЛ»

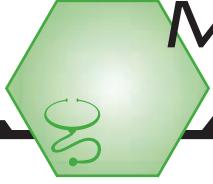
Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru

ВНИМАНИЕ !!!

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

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию вопросы.

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



Менеджер

здравоохранения

