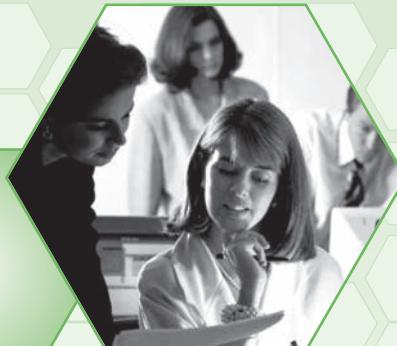


ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 11.2014



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

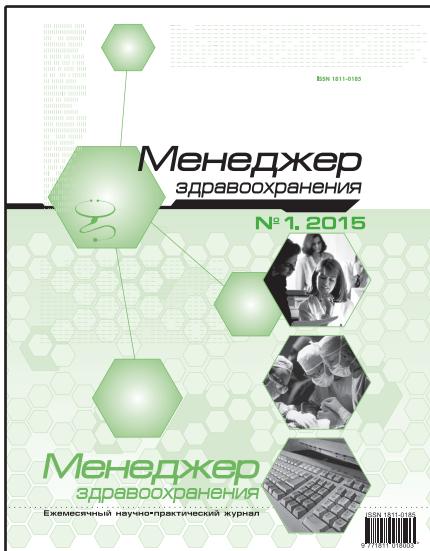
ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



**Продолжается подписка
на научно-практический журнал
«Менеджер здравоохранения» на 2015 г.**



Периодичность — 10 выпусков в 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 — **660 руб.**
- на полугодие — **3300 руб.**
- **5800 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11.

Тел./факс: (495) 618-07-92, E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru, <http://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 2015 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.

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

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/> Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

ВНИМАНИЕ !!!

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

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

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

Менеджер здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- Организационные и технологические аспекты техобслуживания и ремонта медицинского оборудования
- Организационные вопросы оказания анестезиолого-реанимационной помощи детскому населению
- Критерии отбора клинических рекомендаций (протоколов лечения)
- Оплата медицинской помощи на основе клинико-статистических групп болезней: почему происходит снижение качества медицинской помощи
- Порядок проведения аттестации работников в рамках Поручения Президента Российской Федерации
- Пути решения задачи повышения заработной платы младшему медицинскому персоналу (перевод санитарок в уборщицы, аутсорсинг функций по уборке и т.д.)



Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАН, директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России,
представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталья Глебовна,
д.б.н., зав. отделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, директор Департамента мониторинга,
анализа и стратегического развития здравоохранения
Министерства здравоохранения РФ

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Содержание внутреннего контроля качества и безопасности
медицинской деятельности в медицинской организации:
каким оно должно быть и что этому мешает**

Д.В. Пивень, И.С. Кицул

6-10

**Препятствия на пути централизации клинических лабораторных
исследований**

А.А. Кишкун

11-26

**Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти
в перинатальном периоде на уровне региона**

Н.Н. Бушмелева

27-36

ДЕМОГРАФИЯ

**Сведения о численности, заболеваемости и смертности беспризорных
и безнадзорных несовершеннолетних в России за период 2009–2013 гг.**

С.А. Леонов, И.С. Цыбульская, Э.Р. Низамова

37-47

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

**Правовые основы оказания медицинской помощи гражданам,
страдающим заболеваниями, представляющими опасность для
окружающих**

О.В. Романовская

48-56

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

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 рекламируемый.

Учредитель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес издателя и редакции:

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

Главный редактор:

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

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@mednet.ru

Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:

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

Дата выхода в свет 01 ноября 2014 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Персонифицированный учет лиц участвующих в оказании медицинских услуг

И.Т. Русев, А.А. Ефремова,
А.А. Ефремов, И.Г. Прокин

57-61

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

О направлении Рекомендаций по внесению изменений в региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения

Письмо Минздрава России
от 11.03.2014 № 16-3/10/1-1084

62-66

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Федеральные рекомендации по региональным и муниципальным системам оплаты труда в здравоохранении

Ф.Н. Кадыров

67-72

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

73-75

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

76-80



№ 11
2014

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTHCARE

**Contents of the internal quality and safety checks of medical activities
within medical organizations: what it should be like and what hinders it**

D.V. Piven, I.S. Kitsul

6-10

Obstacles on the way of centralizing clinical and laboratory investigations

A.A. Kishkun

11-26

**Issues with regional medical aid, provided to women in mortality cases
in the perinatal period**

N.N. Bushmeleva

27-36

DEMOGRAPHICS

**Data on the number of homeless and neglected minors,
placed in medical-preventative organizations in 2013
over time from 2009 to 2013 years**

S.A. Leonov, I.S. Xibulskay, E.R. Nizamova

37-47

HEALTHCARE AND LAW

**Legal fundamentals surrounding medical aid provision to citizens,
suffering from diseases, representing danger to a wider public**

O.V. Romanovskaya

48-56

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

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

INFORMATIZATION OF HEALTHCARE

**The prospects of the application and improvement of the personal record-keeping
in the process of medical care conduction of persons involved
in the health care in medical information systems**

I.T. Rusev, A.A. Efremova, A.A. Efremov

57-61

ACTUAL DOCUMENT

**About the direction of recommendations in regional «road maps»,
directed on improving healthcare effectiveness**

Letter of Russian Ministry of HealthCare

11.03.2014 № 16-3/10/1-1084

62-66

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Federal recommendations on regional and municipal remuneration systems
in the health care**

F.N. Kadirov

67-72

QUESTIONS AND ANSWERS

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

73-75

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

76-80



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 ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: КАКИМ ОНО ДОЛЖНО БЫТЬ И ЧТО ЭТОМУ МЕШАЕТ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает (г. Санкт-Петербург, Россия; ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, г. Иркутск, Россия)

Аннотация. Авторы акцентируют внимание на том, что сегодня в большинстве медицинских организаций страны не выстроена система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в том виде, как это предусмотрено действующим законодательством. В этой связи в статье представлены и обоснованы предложения по наполнению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности конкретными направлениями работы, соответствующими требованиям государственного контроля. Определены факторы, тормозящие развитие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: качество и безопасность медицинской деятельности, медицинская организация, внутренний контроль, экспертиза качества.

На протяжении последних двух лет в целом ряде публикаций «Менеджера здравоохранения» [2–10] мы подробно рассматривали самые разные аспекты контроля качества и безопасности медицинской деятельности с учетом кардинальных изменений, внесенных законодательством в данное направление деятельности, осуществляемой как надзорными органами, так и медицинскими организациями. При этом следует отметить, что, несмотря на то, что закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) принят уже три года назад, применительно к организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации он по-прежнему сохраняет свою первозданную свежесть и новизну. Иными словами, декларированные данным законом положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности очень и очень робко только-только начинают наполняться тем самым новым

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2014 г.



содержанием, которое и предполагают Основы.

Напомним, что Основы в статье 90 прямо указывают, что «органами, организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных органов, организаций».

Вот здесь-то и возникает проблема, связанная с тем, что большинство руководителей медицинских организаций просто не представляют себе, а какой собственно порядок они должны организовать для осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Чем новый внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности должен отличаться от традиционного контроля качества медицинской помощи? Содержательные отличия данных понятий друг от друга мы также подробно разбирали в одной из публикаций [8], поэтому сейчас мы не будем останавливаться на принципиальных различиях указанных понятий, а просто принимаем как аксиому то, что такие различия есть, тем более, что они закреплены не где-нибудь, а в самих Основах.

Итак, сегодня «дженерменский набор» каждой медицинской организации в части контроля качества медицинской помощи включает в себя следующие внутренние документы:

- Положение о контроле качества медицинской помощи;
- Положение о врачебной комиссии;
- Журнал и акт(ы) экспертного контроля.

Достаточно ли этого? Насколько соответствует данный перечень документов, даже не говоря об их содержании, современным требованиям к организации работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности?

Наш ответ на эти вопросы будет достаточно категоричным.

Наличие в медицинской организации указанного выше традиционного перечня документов либо полное отсутствие каких-либо документов по данному разделу работы вообще, это — одно и то же. Представленный выше перечень документов по контролю качества медицинской помощи, имеющийся сегодня практически у всех медицинских организаций, абсолютно не соответствует современным требованиям организации работы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

Почему?

Поясняем.

Первое. Как уже было отмечено выше, федеральная нормативная база по организации контроля качества и безопасности медицинской деятельности за последние три года кардинально изменилась. Это и новые требования Основ, и целый блок постановлений Правительства РФ, утвердивших новые документы, регламентирующие принципиально новые требования государственного надзора и в сфере качества и безопасности медицинской деятельности, и в сфере обращения лекарственных средств, и в сфере обращения медицинских изделий, и в сфере оказания платных медицинских услуг. Уже только поэтому представленный выше традиционный и имеющийся у всех медицинских организаций перечень внутренних документов по контролю качества медицинской помощи (как правило, состоящий из указанных выше 3–4 позиций) сегодня абсолютно не удовлетворяет никаким современным требованиям.

Второе. Основным или базовым документом (локальным нормативным актом) в каждой медицинской организации сегодня должно быть не *Положение о контроле качества медицинской помощи*, а *Положение о контроле качества и безопасности медицинской деятельности*, отличающееся от первого не только названием, но и, а это самое главное, содержанием. Еще раз подчеркнем, это отнюдь не синонимы, и Основы прямо на это указывают. Иными





словами, если сегодня контролировать качество медицинской помощи, а не качество и безопасность медицинской деятельности — это значит не выполнять требования законодательства, прежде всего к содержательной части контроля. Справедливо ради отметим, что контроль качества медицинской помощи в медицинской организации, безусловно, и сегодня обязан присутствовать, но только как компонент контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а не как единственное самостоятельное направление.

Третье. В соответствии с Основами каждая медицинская организация обязана раскрыть в своих внутренних документах содержание работы по контролю не только качества, но и по контролю безопасности медицинской деятельности. Очевидно, что это новая и потому сложнейшая работа. Со своей стороны на страницах «Менеджера» мы неоднократно рассматривали вопросы, связанные с безопасностью медицинской деятельности; неоднократно вносили соответствующие предложения в Государственную Думу по законодательному раскрытию и закреплению данного понятия [2, 6]. Надеемся, что необходимые решения на парламентском уровне все-таки будут приняты. Тем не менее, на уровне медицинской организации работа по контролю безопасности медицинской деятельности должна быть регламентирована уже сейчас.

Так что же сегодня является содержанием внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации?

Порядок какого контроля и контроля чего должен у себя в медицинской организации разработать и утвердить каждый руководитель?

Ответ на эти вопросы дает Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152 г.

Указанное Положение гласит, что государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется 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 осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований;

д) проведения проверок соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями безопасных условий труда, а также требований по безопасному применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению);

е) 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».....».

По прочтении изложенного выше естественно возникает новый вопрос: «А ведь речь то в Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской



деятельности идет о содержании государственного, но не внутреннего контроля?».

Отвечаем.

Совершенно верно. Но почему и чем содержание государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности должно отличаться от внутреннего? То, что государственный контроль — это следующий после внутреннего и ведомственного контроля более статусный надзорный уровень. Да, это так. Но на этом все принципиальные отличия в части содержания контроля качества и безопасности медицинской деятельности заканчиваются.

Именно поэтому руководитель каждой медицинской организации в своей деятельности по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности обязан руководствоваться Положением о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Но это только первый шаг и далеко не последний.

Далее по каждому из указанных выше направлений контроля качества и безопасности медицинской деятельности (соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья, выполнение требований порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и т.д.) в медицинской организации должны быть разработаны и утверждены конкретные локальные нормативные акты (положения, порядки, инструкции), регламентирующие проведение соответствующих внутренних контрольных мероприятий. Только в этом случае и будет обеспечено выполнение установленных Основами требований в части организации и проведения медицинскими организациями внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Сегодня же реальное положение дел в абсолютном большинстве медицинских организаций весьма далеко от того, что прописано в Основах и в Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности.

Необходимо назвать и еще ряд факторов, тормозящих формирование в медицинских организациях данной системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

1. Сегодня явно недостаточны объемы методической работы с медицинскими организациями о механизмах реализации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и новых особенностях его организации.

2. Частные медицинские организации, тем более индивидуальные предприниматели в основной своей массе, как и раньше, остаются за пределами этой темы и узнают обо всем новом в сфере контроля качества и безопасности медицинской деятельности через предписания, штрафы, суды и т.д.

3. Отсутствие единых образовательных программ по вопросам внутреннего качества и безопасности медицинской деятельности.

4. Недостаточное раскрытие в самих Основах содержания внутреннего качества и безопасности медицинской деятельности. Обоснованные предложения по данному поводу мы уже неоднократно высказывали [1, 6, 8].

Таким образом, сегодня работа по наполнению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности должна проводиться в двух взаимосвязанных направлениях:

1. Методическая работа с медицинскими организациями всех организационно-правовых форм, предполагающая в качестве первого шага создание соответствующего комплекса локальных нормативных актов, регламентирующих порядок внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

2. Устранение указанных выше факторов, препятствующих формированию новой системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.





Литература

- 1.** Кицул И.С., Пивень Д.В. Экспертиза или контроль качества медицинской помощи//Заместитель главного врача. — 2014. — № 3 (94). — С. 52–57
- 2.** Кицул И.С., Пивень Д.В. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 16–26.
- 3.** Кицул И.С., Пивень Д.В. Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 6–12.
- 4.** Кицул И.С., Пивень Д.В. О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 7. — С. 15–20.
- 5.** Кицул И.С., Пивень Д.В. О праве пациента на проведение консультаций врачами-специалистами по его требованию или по требованию его законных представителей //Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10. — С. 12–17.
- 6.** Кицул И.С., Пивень Д.В. О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 12. — С. 6–13.
- 7.** Кицул И.С., Пивень Д.В. Коррупция в медицинской организации: механизмы противодействия//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 2. — С. 6–12.
- 8.** Кицул И.С., Пивень Д.В. Качество медицинской помощи или качество и безопасность медицинской деятельности: что же сегодня все-таки контролируется в медицинских организациях?//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 5. — С. 15–22.
- 9.** Кицул И.С., Пивень Д.В. Обращение медицинских изделий в медицинской организации: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 1//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 7. — С. 15–22.
- 10.** Кицул И.С., Пивень Д.В. Обращение медицинских изделий в медицинской организации: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 2//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 8. — С. 6–11.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. *Contents of internal control quality and safety of medical activities in medical organizations: what should it be and what hinders it* (Saint Petersburg; Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia)

Abstract. The issue deals with the fact that today in most medical organizations in the country is not built system of internal control quality and safety of medical activities, as provided by applicable law. In this context, the article presents and justified proposals for the filling of the internal control quality and safety of medical activities specific areas of work corresponding to the requirements of state control. The factors hindering the development of internal quality control and safety of medical activities.

Keywords: quality and safety of medical activities, medical organization, internal control, quality inspection.



А.А. Кишкун,

д.м.н., медицинский директор ООО «Адвенсум», г. Москва, Россия, KishkunAA@advensum.com

ПРЕПЯТСТВИЯ НА ПУТИ ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК 614.2

Кишкун А.А. Препятствия на пути централизации клинических лабораторных исследований /ООО «Адвенсум», г. Москва, Россия/

Аннотация: В статье представлен анализ состояния централизации клинических лабораторных исследований в стране. Раскрыты причины, препятствующие централизации на различных уровнях организации системы здравоохранения России. Показаны актуальность централизации и пути ее реализации в целях повышения клинической эффективности лабораторных исследований и качества оказываемой медицинской помощи населению.

Ключевые слова: реформирование лабораторной службы, централизация лабораторных исследований, цели централизации, экономическая эффективность, источники финансирования.

С tremительное развитие медицинских технологий, появление новых методов лечения существенно повысили значимость лабораторных исследований. Лабораторная медицина в настоящее время по количеству представляемой информации одна из самых объемных отраслей клинической медицины. Она объединяет в себе и служит базисной основой для практически всех направлений клинической медицины: кардиология, гематология, гастроэнтерология, анестезиология, реаниматология, педиатрия, пульмонология, иммунология, аллергология, урология, гинекология, хирургия, инфекционные заболевания и др. Согласно данным ВОЗ [4, 9]:

1. Удельный вес лабораторных исследований составляет 75–90% от общего числа различных видов исследований, проводимых больному в лечебных учреждениях.

2. В 60–70% клинических случаев правильный диагноз пациенту врачи устанавливают на основании данных результатов лабораторных исследований.

3. Более 70% врачебных решений принимаются на основании полученных результатов лабораторных исследований.

4. В 65% случаев результаты лабораторных исследований, выполненных по неотложным показаниям, приводят к коренному изменению терапии, что позволяет спасти жизни пациентов.

Вместе с тем необходимо четко и ясно понимать, что приведенные данные, свидетельствующие о высоком статусе клинической лабораторной диагностики, в полной мере относятся к системам здравоохранения развитых стран мира и достигнуты они в результате воплощения в жизнь концепции централизации лабораторных исследований.

© А.А. Кишкун, 2014 г.



Централизация лабораторных исследований — это способ организации выполнения лабораторных услуг для различных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) путем концентрации ресурсов и создания крупномасштабного производства анализов на базе централизованной клинико-диагностической лаборатории (КДЛ). Для ЛПУ, участвующих в централизации, централизация лабораторных исследований — это передача выполнения всех или отдельных видов исследований (аутсорсинг) централизованной КДЛ. Экономический эффект централизации обусловлен резким снижением себестоимости лабораторных исследований при их массовом производстве, что позволяет использовать сохраненные финансовые ресурсы на расширение спектра лабораторных исследований и внедрение новых технологий.

Основная цель централизации лабораторных исследований — это повышение качества оказания медицинской помощи населению, соответствующей требованиям приказов Министерства здравоохранения, стандартов и клинических протоколов оказания медицинской помощи, современных международных клинических рекомендаций, за счет использования автоматизированных высокотехнологичных лабораторных, а также логистических и организационных технологий, коренным образом изменяющих клиническую значимость результатов анализов и сроки их выполнения.

Централизация лабораторных исследований позволяет обеспечить доступность широкого спектра современных высокотехнологичных лабораторных услуг высокого качества для различных социальных слоев населения страны (в первую очередь социально слабозащищенных слоев населения).

Проблема централизации лабораторных исследований в полной мере актуальна и для Российской Федерации. В стране большое количество КДЛ, для которых характерна низкая клиническая и экономическая эффективность, а основная часть лабораторных

анализов приходится на низкоинформативные виды исследований. Опыт экономически развитых стран мира свидетельствует о положительной роли централизации в решении практических задач здравоохранения. Так почему же централизация лабораторных исследований с таким трудом реализуется в отечественном здравоохранении? Рассмотрим эту проблему на различных уровнях организации системы здравоохранения в РФ.

Препятствия на уровне Министерства здравоохранения РФ

Анализ деятельности МЗ РФ за последние годы свидетельствует о том, что проблема централизации лабораторных исследований не являлась приоритетной на протяжении последних 5 лет. Необходимо констатировать, что наоборот МЗ РФ реализовывало программы, направленные на развитие и укрепление существующей системы лабораторного обеспечения, то есть практически реализовывало концепцию супердеконцентрализации. В течение 2005–2008 годов количество ЛПУ и КДЛ в стране снижалось, о чем свидетельствуют данные табл. 1, и казалось бы, что проблема централизации станет для МЗ РФ приоритетной уже в ближайшие 2–3 года [5].

Однако в последующие годы основные усилия МЗ РФ были направлены на реализацию следующих программ:

- переоснащение КДЛ первичного звена оказания медицинской помощи в рамках проекта «Здоровье-2006»;
- переоснащение КДЛ в рамках проектов улучшения медицинской помощи (неотложной помощи, онкологическим больным, пациентам психоневрологических ЛПУ и т.д.);
- создание ЛПУ с КДЛ по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (перинатальные, эндокринологические, травматологические, сердечно-сосудистые и др. центры);
- переоснащение КДЛ в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ на 2011–2012 годы.



Таблица 1

Число медицинских лабораторий в ЛПУ МЗ РФ

<i>Тип лаборатории</i>	<i>2006 г.</i>	<i>2007 г.</i>
Радиоизотопная	186	181
Микробиологическая (бактериологическая)	965	970
в том числе централизованная	280	272
Иммунологическая (серологическая)	546	541
в том числе централизованная	243	221
Биохимическая	510	448
в том числе централизованная	91	87
Цитологическая	278	279
в том числе централизованная	112	105
Коагулологическая	60	66
в том числе централизованная	24	20
Клинико-диагностическая	8103	7942
Всего:	10 648	10 427

Таблица 2

Диагностические лаборатории ЛПУ МЗ РФ

<i>Тип лаборатории</i>	<i>Количество</i>		<i>Динамика, %</i>
	<i>2011 г.</i>	<i>2012 г.</i>	
Микробиологическая	978	1131	+15,6
Иммунологическая (серологическая)	573	749	+30,7
Биохимическая	295	561	+90,1
Цитологическая	253	329	+30,0
Коагулологическая	67	236	+35,2
КДЛ	11 101	12 995	+17,1
Всего лабораторий	13 267	16 001	+20,6

Результаты этой деятельности привели к существенному увеличению числа медицинских лабораторий (табл. 2) и в меньшей степени числа выполняемых лабораторных исследований (табл. 3–4), а также увеличению единиц лабораторного оборудования (табл. 5) [6, 7].

Из табл. 2 видно, что число лабораторий с 2011 по 2012 годы увеличилось на 20,6%. По состоянию на конец 2012 года в ЛПУ системы МЗ РФ насчитывалось почти 16 тысяч медицинских лабораторий. Наиболее распространенным типом диагностических лабораторий в РФ остается КДЛ, число которых приближается к 13 тысячам. Важно

отметить, что при этом доля медицинских учреждений, располагающих диагностическими лабораториями, сократилась на 5,7%, с 7024 в 2011 году до 6643 в 2012 г. Это означает, что в стране имеется тенденция на сохранение нескольких самостоятельных лабораторий в рамках одного ЛПУ. Сопоставление общего количества лабораторий с числом ЛПУ (юридических лиц), в составе которых они созданы, показывает, что в 2012 году в рамках одного учреждения действовало в среднем 2,4 лаборатории.

М.Л. Свешинский (2013) на основании анализа форм учета, представленных из регионов, показал, что всего от 3,8 до 4,6%





Таблица 3

Количество лабораторных исследований в ЛПУ системы МЗ РФ (тысяч тестов)

Группа тестов	Год				Среднегодовое увеличение, %
	2009	2010	2011	2012	
Всего	3 479 024	3 653 127	3 704 745	3 968 659	+4,5
Гематологические	1 061 254	1 121 284	1 127 517	1 214 018	+4,6
Прочие (общеклинические)	1 184 630	1 182 727	1 203 567	1 253 539	+1,9
Биохимические	669 725	732 982	764 493	840 881	+7,9
Иммунологические	278 555	290 136	294 084	314 880	+4,2
Микробиологические	143 531	169 655	151 259	169 954	+5,8
Коагулологические	96 466	107 811	115 584	126 937	+9,6
Цитологические	44 863	48 533	48 242	48 450	+2,6

Таблица 4

Структура лабораторных анализов Западной Европы и России

Вид исследований	РФ 2012, %	Коммерческие лаборатории, %	Западная Европа, %
Гематологические	30,6	26,0	30,0
Общеклинические	31,6	15,5	1,5
Биохимические	21,2	30,0	55,0
Иммунологические	7,9	14,0	6,0
Бактериологические	4,3	13,0	4,5
Коагулологические	3,2		
Цитологические	1,2		
Всего:	100,0	100,0	100,0

Таблица 5

Количество лабораторных анализаторов (единиц)

Группа тестов	Год				Среднегодовое увеличение, %
	2009	2010	2011	2012	
Гематологические анализаторы	9176	9177	9888	11 227	+7,0
Биохимические анализаторы	8467	8764	9524	10 787	+8,4
Анализаторы для ИФА	5986	6244	6431	6939	+5,0
Анализаторы мочи	6589	7149	7706	8414	+8,5

КДЛ работают одновременно и в интересах сторонних ЛПУ, то есть частично выполняют функции централизованных лабораторий, а 36 регионов вообще не показали наличия таких КДЛ. Однако следует обратить внимание, что доля централизованных КДЛ в регионах с 2011 года по 2012 год увеличилась с 2,4 до 3,8%, то есть наряду с увеличением общего числа медицинских лабораторий и КДЛ отмечается тренд к росту

количества централизованных КДЛ. Природа этого явления будет обсуждена ниже.

В РФ лаборатории выполнили в 2012 году около 4 млрд. анализов (табл. 3), в США — более 8 млрд., в Германии — около 2 млрд. По данным статистики кажется, что у нас в стране КДЛ производят достаточно много анализов. Однако, если мы будем использовать общеевропейский подход к подсчету числа исследований, то в действительности



у нас в стране лабораторных анализов будет не 4 млрд., а в лучшем случае около 2,0 млрд. Это обусловлено тем, что почти каждый показатель, который получают с помощью гематологического или мочевого анализаторов, считается за отдельный анализ. Как результат при проведении исследования общего анализа крови на гематологическом анализаторе одному пациенту в действительности засчитывают выполнение не одного, а 5–8 анализов, аналогичным образом ведется учет числа анализов при общеклиническом исследовании мочи с помощью тест-полосок (каждый показатель тест-полоски — 1 анализ).

Более детальный анализ показал, что далеко не все КДЛ выполняют даже рутинные лабораторные исследования. Так, общеклинические исследования не проводились в 15,5% КДЛ, гематологические — в 17,3%, а биохимические — более чем в 28%. Высокоинформативные виды исследований включались в меню КДЛ еще реже.

Структура лабораторных исследований приведена в табл. 4 [5, 6].

Как видно из табл. 4, более 62% в структуре лабораторных анализов в РФ приходится на низкоинформативные виды исследований — общеклиническое исследование крови и мочи. Даже в группе иммunoлогических анализов 52% приходится на анализы, связанные с профилактическим обследованием пациентов на маркеры гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и сифилиса, причем доля тестов, связанных с диагностикой сифилиса, достигала в 2012 г. 29% всех иммunoлогических исследований.

Благодаря реализации МЗ РФ целого ряда программ существенно улучшилось оснащение лабораторий ЛПУ системы МЗ РФ, современными анализаторами, о чем свидетельствуют данные табл. 5 [6].

При сопоставлении темпа роста технической базы и объемов проводимых лабораторных исследований М.Л. Свещинский установил, что, начиная с 2011 года, в целом по РФ

скорость увеличения парка гематологических и биохимических анализаторов была выше, чем объемов выполняемых исследований.

Если подвести итоги реализации программ МЗ РФ, то можно констатировать:

1) увеличение числа медицинских лабораторий с 2011 по 2012 годы на 20,6%;

2) увеличение доли централизованных КДЛ с 2011 по 2012 годы с 2,4 до 3,8%;

3) существенное улучшение оснащенности КДЛ и качества результатов лабораторных исследований в центрах, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь, и обеспеченность пациентов в этих центрах высокоинформационными видами анализов;

4) улучшение оснащенности КДЛ и повышение качества результатов анализов в целом по стране;

5) увеличение количества лабораторных исследований с тенденцией к росту высокоинформационных видов анализов;

6) низкая эффективность использования высокопроизводительного лабораторного оборудования;

7) сделано много, однако существенных практических результатов улучшения качества и уровня лабораторного обеспечения население не ощущало, так как реализуемые программы не направлены на доступность широкого спектра современных высокоинформационных лабораторных услуг высокого качества для различных социальных слоев населения страны (в первую очередь социально слабозащищенных слоев населения);

8) в стране продолжается увеличение числа коммерческих КДЛ и рост количества анализов, которые они выполняют для населения, что подтверждает неудовлетворенность населения качеством и спектром лабораторных услуг.

Тем не менее, несмотря на противоречивые результаты программ, реализуемых МЗ РФ, подобные программы продолжают возникать и осуществляться. Достаточно напомнить о государственной программе РФ «Развитие здравоохранения на 2013–2020 годы», полу-



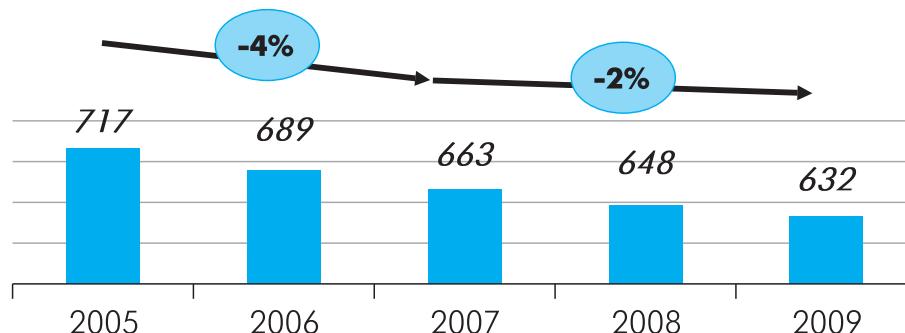


Рис. 1. Число диагностических лабораторий в Германии

жениях Приказа МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. № 919н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология». В приложениях данного приказа № 3, 6, 9 представлены стандарты оснащения отделений анестезиологии-реанимации лабораторным оборудованием, а в приложениях 8 и 11 — штатные нормативы для отделений анестезиологии-реанимации, которые предусматривают введение 4,75 ставок врачей клинической лабораторной диагностики и 4,75 ставок медицинских технологов в эти отделения.

В областях Центрального федерального округа России с населением около 1,5–2 млн. человек функционируют примерно 100–120 КДЛ. Политика МЗ РФ направлена на дальнейший рост числа КДЛ. Так сколько же лабораторий нам необходимо?

В развитых странах мира имеет место тренд на уменьшение числа лабораторий за счет централизации лабораторных исследований. Так, в США, население которых превышает население РФ более чем в 2 раза, функционирует 8560 госпитальных КДЛ, 4936 коммерческих и 105 089 лабораторий во врачебных офисах. Согласно данным профессора Peter Werner, число лабораторий в Германии неуклонно снижается (рис. 1) [8].

Рассматривая проблему централизации лабораторных исследований на уровне Министерства здравоохранения РФ, необходимо заметить, что существует целый комплекс объективных факторов, которые не по-

зволяют разработать единый для всех регионов нормативный документ определяющий порядок организации и работы централизованных КДЛ.

Во-первых, сложившаяся система финансирования региональных министерств и департаментов здравоохранения. В настоящее время деятельность любого ЛПУ финансируется из 3 основных источников: Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), МЗ РФ и регионального бюджета. МЗ РФ не обладает полномочиями по распределению всех финансовых средств, выделяемых на здравоохранение в регионах. Кроме того, доля финансирования регионального здравоохранения из МЗ РФ из года в год уменьшается.

Во-вторых, учитывая географические, финансовые, материальные и интеллектуальные особенности различных регионов нашей страны, следует констатировать, что невозможно предложить и практически реализовать какую-то единую концепцию централизации лабораторных исследований. В целом ряде регионов РФ концепция централизации лабораторных исследований может существенно отличаться от других регионов. Поэтому каждый регион РФ должен разработать свою концепцию централизации лабораторных исследований, а не ждать, что она будет «спущена сверху».

В-третьих, строгая регламентация организации, деятельности и структуры конкретных ЛПУ не входит в функции и компетентность МЗ РФ.



В-четвертых, в силу приведенных выше причин МЗ РФ просто обязано возложить практическую реализацию централизации лабораторных исследований на региональные министерства или департаменты здравоохранения. Для этого достаточно разработать и издать соответствующий нормативный документ с рекомендациями о необходимости разработки концепции централизации лабораторных исследований в регионах.

В-пятых, в настоящее время идет переход финансирования ЛПУ на так называемую одноканальную систему финансирования, то есть финансирование только из средств обязательного медицинского страхования. Поэтому в централизации лабораторных исследований должны быть объективно заинтересованы ФОМС и региональные министерства здравоохранения.

Подводя итоги анализа деятельности МЗ РФ по реформированию деятельности лабораторной службы, можно сделать следующие заключения:

- 1)** финансовых средств в стране, выделяемых на улучшение деятельности КДЛ, достаточно;
- 2)** основная задача МЗ РФ состоит в централизованном контроле за распределением финансовых потоков;
- 3)** для обеспечения централизованного контроля за распределением финансовых потоков МЗ РФ разрабатывает и реализует программы, которые направлены на снижение смертности и повышение продолжительности жизни населения страны;
- 4)** эффективное использование финансовых средств, выделяемых из бюджета, не является приоритетной задачей МЗ РФ;
- 5)** централизация лабораторных исследований не является приоритетной для МЗ РФ, так как может реализовываться только на региональном уровне с учетом географических особенностей, финансовых, материальных и интеллектуальных возможностей региона и не может в полной мере контролироваться из центра.

Тем не менее, МЗ РФ прекрасно осознает, что централизация лабораторных исследований — экономически эффективная концепция реформирования лабораторной службы страны, о чем свидетельствуют неоднократные обсуждения данной проблемы на коллегиях МЗ РФ. В условиях, когда финансирование здравоохранения через Министерство уменьшается, а за счет регионального бюджета будет только расти, можно смело прогнозировать, что данная концепция будет востребована. МЗ РФ имеет большой опыт реализации проектов совместного финансирования различных программ в регионах, поэтому разработка еще одной такой программы — создание централизованных КДЛ — не представляет трудностей.

Еще одним веским аргументом, который может заставить МЗ РФ активно участвовать в централизации, — это назревающая проблема острого дефицита кадров для КДЛ. М.Л. Свещинский (2013) приводит следующие данные: в 2012 г. в медицинских учреждениях было занято 33 772 должности врачей КДЛ, при этом число реально работающих физических лиц было всего 14 185 работников, что свидетельствует о сохранении высокого уровня совместительства у этой категории сотрудников. По сравнению с 2009 г. количество занятых врачебных должностей снижалось в среднем на 2,6% в год. В то же время ежегодно в среднем на 13,2% увеличивалось число занятых в лабораториях должностей биологов, и в 2012 г. их количество достигло 4555. В течение этого периода времени практически не изменилось количество должностей фельдшеров-лаборантов (среднегодовая динамика — 0,2%) и на конец периода наблюдения оно достигло 72 969. Число занятых должностей лаборантов клинических лабораторий снизилось с 42,3 до 34 тысяч. В целом среднегодовое количество занятых должностей лабораторных специалистов в изучаемый период уменьшалось на 2%.

В табл. 6 представлен кадровый состав службы клинической лабораторной диагностики.





Таблица 6

Кадровый состав службы клинической лабораторной диагностики по данным реестра КДЛ из 69 регионов РФ на 1 октября 2013 г.

Должность	Штатное расписание	Физические лица
Врачи КЛД	13 696	7386
Врачи-лаборанты	4773	4440
Биологи	2272	1941
Врачи бактериологи	2220	1227
Биологи бактериологи	496	454
Медицинские технологии	1655	1165
Фельдшера-лаборанты	37 449	27 052
Лаборанты	13 392	7599

Анализируя данные табл. 6, необходимо констатировать, что клиническая лабораторная диагностика утрачивает статус клинической специальности, так как почти 50% в структуре специалистов с высшим образованием занимают лица с немедицинским образованием. В стране сложилась парадоксальная ситуация: количество лабораторий больше числа физических лиц, имеющих высшее медицинское образование и работающих в лабораториях, то есть лабораториями руководят лица, не имеющие высшего медицинского образования. Другими словами, в настоящее время медицинская помощь населению в разделе «лабораторные услуги» оказывается в значительном ряде ЛПУ персоналом, не имеющим высшего медицинского образования.

Представляется, что при таком дефиците специалистов КДЛ длительное время МЗ РФ продолжать тренд на суперцентрализацию лабораторных исследований неможет.

Препятствия на уровне Фонда обязательного медицинского страхования

Расходы на здравоохранение в абсолютных цифрах в России в 2014 году превысят 2,5 трлн. рублей (2,4 трлн. в 2013 году), в 2015 и 2016 годах они вырастут до 2,7 и 3 трлн. рублей, соответственно. В 2014 году чистый прирост финансирования системы здравоохранения составит 108 млрд. рублей [2].

Бюджет ФОМС имеет существенное значение в структуре расходов на здравоохранение, в том числе и на лабораторные услуги. В ближайшие три года он будет расти. Доходы ФОМС вырастут с 1 трлн. рублей в 2013 году до 1,2 трлн. в 2014 году. В последующие два года также ожидается увеличение бюджета фонда — до 1,4 трлн. рублей в 2015 году и свыше 1,5 трлн. рублей в 2016 году. Ранее в ФОМС неоднократно отмечали, что рост доходов фонда произойдет за счет пересмотра тарифа страхового взноса с 3,1 до 5,1% (с 2011–2012 годов 2% от тарифа страховых взносов в ФОМС направлялись на реализацию программ модернизации здравоохранения). В 2013 году подушевой норматив финансирования на одного жителя составил 9032,5 руб.; в 2014 году он должен повыситься до 10 294,4 руб., а к 2015 году — до 12 096,7 руб. [2].

Причин, почему ФОМС не заинтересован в практической реализации концепции централизации лабораторных исследований, множество. Проанализируем некоторые из них.

В первую очередь заинтересованность в реализации концепции централизации лабораторных исследований со стороны ФОМС задерживает то обстоятельство, что в настоящее время ЛПУ только в начале пути перехода на одноканальное финансирование из средств обязательного медицинского страхования. В существующей системе, когда



одни ЛПУ работают в системе одноканального финансирования, а другие нет, реализовать концепцию централизации просто невозможно, так как неясно, кто и каким образом будет оплачивать лабораторные услуги централизованной КДЛ.

Немаловажным фактором, препятствующим централизации, является обеспокоенность территориальных ОМС отсутствием механизмов контроля за назначением лабораторных исследований со стороны ЛПУ для которых централизованная КДЛ выполняет анализы и которые являются объектами централизации. Имеющийся опыт централизации лабораторных исследований в ряде регионов РФ (например, в Краснодарском крае) показал, что нередко ЛПУ назначают такое количество лабораторных анализов, что годовой бюджет ОМС по оплате исследований оказывается израсходованным уже к концу 2 квартала.

Централизация лабораторных исследований в регионах требует разработки концепции централизации и осуществления комплекса организационных мероприятий, включающих:

- разработку основных положений и приоритетов централизации на региональном уровне с учетом его особенностей и финансовых возможностей;
- определение перечня лабораторных исследований, подлежащих централизации;
- определение клинических баз для централизации;
- создание условий для реформирования лабораторной службы (начиная с организационной структуры лаборатории и заканчивая переходом от административных методов управления к экономическим методам управления);
- разработку тарифов на лабораторные услуги в рамках ФОМС;
- запуск механизма выставления лабораторных услуг на конкурс всеми ЛПУ по ценам ФОМС;
- разработку единого регламента участия в конкурсах КДЛ государственных ЛПУ и коммерческих лабораторий;

- разработку регламента использования денег, полученных от ФОМС за выполненные лабораторные услуги, руководителями ЛПУ.

Работа по выполнению приведенных задач требует значительных дополнительных усилий и интеллектуальных затрат со стороны специалистов ОМС, поэтому всячески тормозится или реализуется очень медленно. Специалистам ОМС гораздо проще оплачивать счета ЛПУ за амбулаторное посещение или законченный случай стационарного лечения пациента с определенной нозологией, чем заниматься разработкой тарифов на сотни наименований лабораторных услуг и оплатой огромного количества счетов за них.

Вместе с тем без централизации лабораторных исследований ОМС не сможет снизить затраты на лабораторные услуги и одновременно обеспечить выполнение минимальных стандартов по перечню лабораторных исследований при определенных нозологиях, включая высокотехнологичные виды анализов.

С. Вайнштайн в 1981 г. провел исследования и опубликовал отчет по экономическим затратам на выполнение анализов. Он убедительно показал, что вне зависимости от числа анализов, выполняемых по каждому запросу на одного пациента, если число произведенных КДЛ анализов в год превышает 2 000 000, то средняя стоимость 1 анализа всегда минимальна. Если КДЛ выполняет в среднем 56 000 анализов в год, средняя стоимость 1 анализа может быть уменьшена в два раза только при выполнении более 300 000 анализов в год [1]. Другими словами, чем больше тестов выполняет лаборатория, тем ниже негативное влияние затрат на реактивы, оборудование, калибраторы, контрольные материалы, обслуживание оборудования, расходный материал на себестоимость лабораторных исследований. Поэтому сравнительные детальные расчеты расхода и стоимости реактивов в небольших и крупных КДЛ служат неопровергимым обоснованием для централизации лабораторных исследований. Кроме того, централизованная КДЛ





может в полной мере использовать такие наиболее перспективные направления снижения затрат и повышения экономической эффективности своей деятельности, как [10]:

- гибкая система закупок реактивов и расходных материалов, что позволяет снизить себестоимость анализов на 17%;
- оптовые закупки реактивов и расходных материалов снижают себестоимость анализов на 16%;
- контроль за работой персонала и рабочей нагрузкой, что позволяет снизить себестоимость анализов максимально на 11%;
- улучшение технологических процессов и внедрение новых технологий, которые снижают себестоимость анализов на 10%.

Опыт работы коммерческих КДЛ в России, а большинство из них являются, по сути, централизованными лабораториями, показывает, что централизация лабораторных исследований позволяет существенно снизить себестоимость анализов и приносит прибыль лабораториям.

В коммерческом плане опыт зарубежных стран свидетельствует о том, что оказание лабораторных услуг — самая рентабельная отрасль медицинской деятельности. В США уже в настоящее время чистая прибыль от деятельности госпитальных КДЛ достигает 14 млн. долларов в год и ожидается ее удвоение в течение ближайших 4 лет. При этом затраты на обеспечение деятельности КДЛ составляют только около 5% от всего годового бюджета ЛПУ [9].

Возможно, что ФОМС в силу изложенных выше причин стал бы активным сторонником централизации лабораторных исследований. Однако финансовые средства, которыми управляет ФОМС, предназначены для закупки расходных материалов и реактивов, а финансовыми средствами для приобретения высокопроизводительных анализаторов и ремонта помещений под централизованную КДЛ — МЗ РФ. Как следствие, ФОМС не имеет средств для первоначального оснащения централизованной КДЛ, а попытка

решения этой проблемы путем поставки анализаторов под будущие реагентные контракты, взятия в лизинг не всегда выгодны для фирм-производителей анализаторов, приводят к резкому удорожанию лабораторных анализов и недостатку финансовых средств у ФОМС для их оплаты.

Существует еще одна важная причина, из-за которой ФОМС не особенно стремится практически реализовывать концепцию централизации лабораторных исследований. Проблема в том, что в настоящее время активно развивается государственно-частное партнерство, растет число частных медицинских учреждений, работающих в системе ОМС. На сегодня они составили уже 17,5%. Если в 2010 году их насчитывалось 618, то в 2013-м — уже 1065. В некоторых регионах их доля еще больше — например, в Санкт-Петербурге около 30% частных лечебных учреждений работают в системе ОМС [2]. Частные медицинские учреждения, наряду с оказанием медицинской помощи, выполняют и лабораторные исследования для пациентов. Безусловно, специалистам ОМС гораздо проще работать с частными медицинскими учреждениями, так как это не требует тех дополнительных усилий по осуществления организационных мероприятий, о которых упоминалось выше.

Препятствия на уровне региональных министерств и департаментов здравоохранения

До недавнего времени основным препятствием на пути централизации лабораторных исследований на уровне региональных министерств и департаментов здравоохранения было разделение региональной системы здравоохранения на городскую и областную (краевую). В настоящее время в результате объединения этих систем в единую систему здравоохранения региона данное препятствие устранено.

Другие причины, препятствующие осуществлению централизации лабораторных



исследований на уровне региональных министерств и департаментов здравоохранения, во многом схожи с перечисленными в отношении ФОМС или в значительной степени зависят от них:

- отсутствие системы одноканального финансирования ЛПУ;
- непонимание сущности и роли централизации в улучшении качества лабораторных услуг и качества оказания медицинской помощи населению;
- отсутствие механизмов контроля за назначением лабораторных исследований со стороны ЛПУ, для которых централизованная КДЛ выполняет анализы;
- необходимость дополнительных интеллектуальных и организационных усилий по разработке концепции централизации и осуществлению комплекса мероприятий по ее реализации;
- отсутствие менеджеров здравоохранения и специалистов КДЛ, способных возглавить и осуществить централизацию;
- недостаток финансовых средств для оснащения централизованной КДЛ;
- частая, бессистемная смена руководителей региональных министерств и департаментов здравоохранения;
- отсутствие механизмов взаимодействия и общих экономических интересов ФОМС и региональных министерств и департаментов здравоохранения.

Отсутствие регламентирующих документов и указаний со стороны Министерства здравоохранения РФ воспринимается чиновниками ФОМС и региональных министерств и департаментов здравоохранения в отношении централизации лабораторных исследований как отсутствие актуальности данной проблемы для улучшения качества оказания медицинской помощи населению. Более того, практический опыт чиновников ФОМС и региональных министерств и департаментов здравоохранения свидетельствует о том, что в последние годы все программы и мероприятия, реализуемые Министерством здра-

воохранения РФ, были направлены не на централизацию лабораторных исследований, а на создание новых КДЛ и переоснащение существующих лабораторий, о чем говорилось выше.

Среди других причин, препятствующих централизации лабораторных исследований на уровне региональных министерств и департаментов здравоохранения, следует упомянуть об отсутствии интереса и даже пассивного сопротивления со стороны руководителей ЛПУ. Большинство руководителей ЛПУ мотивируют необходимость выполнения лабораторных анализов в КДЛ учреждения интересами пациентов и необходимостью обеспечения качества оказания медицинской помощи в соответствии с существующими стандартами и приказами, несмотря на то, что лаборатория учреждения плохо оснащена оборудованием, способна выполнять только низкоинформационные виды анализов (почти в 80% случаев общий анализ крови и мочи) и укомплектована специалистами только на 40–50% от штатного расписания. Преодолеть сопротивление руководителей ЛПУ руководителям региональных министерств и департаментов здравоохранения трудно, а в ряде случаев невозможно, так как руководители ЛПУ могут пользоваться гораздо большей поддержкой на уровне региональных правительств, чем министры или главы департаментов здравоохранения.

Невосприятие идеологии централизации лабораторных исследований на уровне ФОМС и региональных министерств и департаментов здравоохранения приводит к тому, что коммерческие КДЛ не теряют времени и активно усиливают свои позиции на рынке лабораторных услуг. Для государственных КДЛ единственный путь к выживанию — это централизация лабораторных исследований и конкуренция за лабораторные услуги.

Вместе с тем изменения в структуре финансирования региональной системы здравоохранения, то есть увеличение финансирования здравоохранения из регионально-





го бюджета, служит маяком надежды, что правительства регионаов будут требовать от руководителей региональных министерств и департаментов эффективного расходования финансовых средств, а значит, концепция централизации лабораторных исследований будет востребована.

Еще одна причина не только подталкивает региональные правительства и министерства здравоохранения к централизации — это неудовлетворенность населения уровнем и качеством медицинской помощи и лабораторных услуг. Длительные сроки лабораторного обследования для госпитализации, постановки диагноза, невозможность проведения целого ряда лабораторных анализов в регионе и негативная реакция населения на эти факты заставляют региональные правительства выделять средства и создавать централизованные КДЛ. Этим объясняется рост доли централизованных КДЛ в стране с 2,4 до 3,8%. При этом лаборатории ЛПУ, для которых централизованная КДЛ выполняет анализы, не закрываются, а продолжают выполнять ограниченный спектр анализов. Таким образом, в стране осуществляется удивительная химера в реформировании лабораторной службы, когда реализация программ Министерства здравоохранения РФ ведет к увеличению количества медицинских лабораторий в стране — суперцентрализации, а региональные правительства путем реализации своих собственных программ дополняют ее централизацией. Так результат лабораторий становится еще больше, а финансовые затраты на лабораторную службу только возрастают.

Препятствия на уровне руководителей ЛПУ

На протяжении длительного времени наличие КДЛ в составе ЛПУ считалось обязательным, а состояние лабораторной службы ЛПУ рассматривалось в качестве первостепенного рейтингового критерия качества оказания медицинской помощи. Руководите-

ли ЛПУ воспринимают данные положения в качестве аксиомы, а любые попытки по закрытию плохо оснащенных, клинически неэффективных КДЛ и передаче лабораторных исследований в централизованную лабораторию отвергают, мотивируя это большими затратами на транспортировку проб биологического материала, задержкой получения результатов исследований, невозможностью организовать неотложную медицинскую помощь при отсутствии лаборатории и снижением качества оказания медицинской помощи населению. В действительности причины препятствования централизации со стороны руководителей ЛПУ гораздо проще. Сущность проблемы состоит в том, что руководитель ЛПУ в настоящее время никак не заинтересован в экономической эффективности учреждения. В связи с этим закрытие неэффективной КДЛ для руководителя ЛПУ влечет для него лично целый ряд негативных событий:

1) уменьшение фонда оплаты труда, вследствие сокращения специалистов закрываемой КДЛ и соответственно возможности для перераспределения финансовых средств в виде премий, поощрительных коэффициентов и других дополнительных выплат;

2) получение финансирования на обеспечение деятельности даже неэффективной КДЛ;

3) потерю финансовых выплат из ФОМС за лабораторные услуги;

4) потерю возможности получения финансирования в рамках различных общегосударственных и региональных программ развития здравоохранения, затрагивающих деятельность КДЛ;

5) дополнительные финансовые затраты по доставке проб и получение результатов из централизованной КДЛ;

6) ряд КДЛ оказывает платные лабораторные услуги и служит источником дополнительных доходов;

7) потерю возможности бесплатного выполнения лабораторных исследований для «нужных» пациентов.



Этот перечень можно продолжать и уточнять, но совершенно очевидно, что для руководителя ЛПУ лучше иметь клинически неэффективную КДЛ в составе учреждения и финансировать ее по «остаточному» принципу, чем участвовать в централизации лабораторных исследований.

Кроме того, немаловажным фактором, препятствующим централизации лабораторных исследований на всех выше перечисленных уровнях, служит коррупционная составляющая.

Препятствия на уровне заведующих и специалистов КДЛ

Традиционные функции лаборатории как составной части ЛПУ состоят в обеспечении его потребности в лабораторной информации (результатах лабораторных анализов). Заведующие и специалисты КДЛ привыкли и адаптировались к выполнению этих функций, обычно имеют 5-дневную рабочую неделю, укороченный рабочий день, не участвуют в оказании экстренной и неотложной медицинской помощи, выполняют строго ограниченный спектр анализов, не требующих высокой квалификации и постоянного обучения. Анализ нагрузки на специалистов КДЛ у нас в стране, представленный В.Л. Свешниковым (2013), показывает, что она составляла 22 149 и 24 258 тестов в 2009 и 2011 годы, соответственно, достигая в отдельных КДЛ 40 795 тестов на специалиста лаборатории. Для сравнения оценка производительности труда, проведенная в 98 лабораториях США в 2010 году, показала, что средняя нагрузка на персонал составила 52 647 исследований в год на специалиста. Аналогичные данные получены исследователями и в лабораториях Швеции. В действительности, если подсчитать число анализов, выполняемых в КДЛ нашей страны по методике, используемой зарубежными лабораториями, то средняя нагрузка на специалиста лаборатории в 2009 г. соответствовала всего лишь 12 875 анализам в год и увеличилась до 16 300 исследований

в 2012 г., что также значительно ниже приведенных ранее зарубежных показателей. Безусловно, если специалист КДЛ выполняет около 60 исследований в день, говорить об интенсивности его труда не приходится.

Многие специалисты КДЛ прекрасно понимают назревшую необходимость реформирования лабораторной службы, то, что современная КДЛ должна демонстрировать приемлемую эффективность технологического процесса производства анализов путем подбора оборудования, сочетания автоматизированных и ручных методик исследования, разделения труда, управления качеством, учетом и рациональным использованием материальных ресурсов и т.д. Сам факт существования КДЛ в составе ЛПУ все больше определяется экономическим расчетом. Номенклатура и объем исследований из основных параметров внешней по отношению к лаборатории среды становится предметом принятия управленческого решения. Источником обновления основных фондов становится деятельность самой лаборатории. Полностью изменяется контекст работы заведующего КДЛ. Из руководителя производства заведующий КДЛ становится управляющим предприятия, область ответственности которого несравненно шире. Новые условия деятельности КДЛ — экономически целесообразное существование и развитие на рынке лабораторных услуг. Задачи руководителя — укрепление позиций лаборатории на рынке за счет эффективного использования имеющихся ресурсов. Тем не менее, централизация лабораторных исследований для заведующих и специалистов КДЛ пока непонятная и неопределенная реорганизация привычной деятельности, вызывающая беспокойство и тревогу с целым рядом «негативных» последствий:

- 1)** возможной потерей занимаемой должности и работы;
- 2)** неопределенностью в оплате труда на новом месте работы;
- 3)** изменениями в графике работы;





- 4) повышением интенсивности труда;
- 5) необходимостью работы в выходные и праздничные дни;
- 6) необходимостью изучения и освоения нового оборудования и методик исследования;
- 7) необходимостью дополнительного обучения.

В связи с приведенными причинами сторонников централизации лабораторных исследований и на уровне заведующих и специалистов КДЛ найдется немало. Достаточно привести в качестве примера тот факт, что при обсуждении разработанных мною совместно с М.А. Годковым Методических рекомендаций «Централизация клинических лабораторных исследований» на Общероссийской научно-практической конференции в октябре 2013 года мы услышали только редкие голоса сторонников данной концепции и многочисленные выступления противников централизации.

Заключение

В РФ функционируют более 16 000 медицинских лабораторий, которые выполняют около 4 млрд. анализов в год. Однако более 62% в структуре лабораторных анализов приходится на низкоинформационные виды исследований, в то время как современная клиническая практика нуждается в высокоинформационных видах лабораторных анализов. Низкое качество и информативность лабораторных исследований сформировали недоверие врачей к результатам анализов. При переходе пациента с одного уровня оказания медицинской помощи на другой или переводе в другое ЛПУ повторно выполняется до 40% лабораторных исследований. Очевидно, что функционирующие КДЛ не способны в полной мере решать те задачи, которые ставит перед ними современное здравоохранение.

Переоснащение КДЛ первичного звена оказания медицинской помощи в рамках национального проекта «Здоровье-2006», в рамках проектов улучшения медицинской

помощи (неотложной помощи, онкологическим больным, пациентам психоневрологических учреждений и т.д.), а также создание ЛПУ с КДЛ по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи существенно расширили возможности и повысили качество лабораторных исследований. Безусловно, это важнейший шаг в реформировании лабораторной службы, тем не менее, проблему обеспечения населения в лабораторных услугах решить в полной мере не удалось. Новое оборудование, поступившее в небольшие КДЛ, не используется с полной отдачей ввиду недостатка квалифицированных кадров и отсутствия эффективного снабжения реактивами, лаборатории вновь созданных центров по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи выполняют исследования только для узкого контингента пациентов этих центров, в результате основная часть населения страны испытывает острый дефицит в лабораторных услугах. Этот опыт наглядно показал, что привычными методами проблему модернизации отечественных КДЛ не решить, так как финансовые возможности страны не позволяют в короткие сроки оснастить каждую КДЛ современным лабораторным оборудованием, подготовить большое число квалифицированных специалистов по клинической лабораторной диагностике.

В настоящее время реальная укомплектованность врачами клинической лабораторной диагностики КДЛ составляет менее 40%, при этом число штатных врачебных должностей в КДЛ больше, чем во всем Европейском Союзе. Несколько лучше обстоят дела с укомплектованностью КДЛ средним медицинским персоналом, однако и в нем лаборатории испытывают постоянный недостаток. Соотношение между штатными единицами среднего медицинского персонала и врачами клинической лабораторной диагностики, биологами в существующих КДЛ составляет 1,2:1. Совершенно очевидно, что у нас в стране уже более 40 лет реализуется неадекватная концепция, направленная



не на автоматизацию и информатизацию производственного процесса в лаборатории, а на превращение клинической лабораторной диагностики в параклиническую специальность. Попытка решить проблему неукомплектованности врачебных кадров КДЛ использованием вместо врачей клинической лабораторной диагностики специалистов с биологическим, химическим, фармацевтическим, ветеринарным высшим образованием потерпела неудачу. В настоящее время КДЛ остро нуждается в специалистах с высшим медицинским и средним медицинским образованием наряду с внедрением в практику лабораторий средств автоматизации и информатизации производства лабораторных анализов. Соотношение между врачами клинической лабораторной диагностики, биологами и специалистами со средним медицинским образованием в современной автоматизированной централизованной лаборатории должно составлять 1 : 4–6–10 и более. Врач клинической лабораторной диагностики должен выполнять врачебные функции, а не функции технолога.

Решение проблемы реформирования лабораторной службы лежит в плоскости организации выполнения лабораторных анализов для различных ЛПУ и экономически эффективного функционирования КДЛ на рынке лабораторных услуг. За последние 5 лет число КДЛ у нас в стране существенно увеличилось и их количество в разы превышает таковое в развитых странах мира. Большинство функционирующих КДЛ производят 200 000–300 000 и менее анализов в год. Анализ экономических аспектов деятельности КДЛ показал, что в лаборатории, выполняющей в год 800 000 биохимических исследований, итоговая средняя себестоимость теста в 2 раза ниже по сравнению с КДЛ, выполняющей 200 000 анализов в год.

Представленный в предыдущих разделах анализ свидетельствует о целом комплексе

причин, препятствующим практическому осуществлению централизации лабораторных исследований у нас в стране. Тем не менее, все прекрасно осознают, что существующая система предоставления лабораторных услуг, их качество и спектр не могут удовлетворять запросы общества и пациентов, а значит, долго существовать не могут. Альтернативы централизации лабораторных исследований нет.

Для чего же нужна централизация для клинической медицины? Руководители здравоохранения, клиницисты, специалисты лабораторной диагностики должны понимать, что централизация лабораторных исследований — это единственный путь, по которому нужно идти как можно быстрее, чтобы окончательно не отстать от уровня развития медицины и лабораторной диагностики развитых стран и соответственно качества оказания медицинской помощи населению страны. Без централизации мы не сможем перейти на новый уровень понимания патогенеза заболеваний, их диагностики, профилактики и лечения. В отношении лабораторной диагностики — это переход с уровня исследования специфических белков и метаболитов, который мы пытаемся внедрить в клиническую практику с помощью централизации, на генетический уровень диагностики. Генетический уровень требует внедрения в клиническую практику генетических маркеров диагностики сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринологических и других заболеваний, генетических маркеров подбора и отторжения трансплантантов, маркеров особенностей фармакогеномики лекарственных препаратов в организме больного, генетических маркеров прогноза и исхода заболеваний и т.д. Внедрение генетических маркеров заболеваний в клиническую практику приводит к коренному изменению подходов к профилактике и лечению и, главное, достижению лучших результатов профилактики и лечения.





Литература

- 1.** Евгина С.А. Экономические аспекты оснащения биохимической лаборатории// Справочник заведующего КДЛ. — 2006. — № 6. — С. 15–23.
- 2.** Маркина Н. Чем больше болезней, тем больше счет и доходы//www.gazeta.ru.
- 3.** Кишкун А.А. Лабораторная диагностика неотложных состояний. — М.: Лабора, 2012. — 816 с.
- 4.** Кишкун А.А. Актуальность проблемы централизации клинических лабораторных исследований для системы здравоохранения страны//Лабораторная медицина. — 2011. — № 11. — С. 29–34.
- 5.** Кишкун А.А., Гузовский А.Л. Лабораторные информационные системы и экономические аспекты деятельности лаборатории. — М.: Лабора, 2007. — 256 с.
- 6.** Свещинский М.Л. Тренды в развитии лабораторной службы России в 2009–2012 годах// Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10. — С. 49–60.
- 7.** Свещинский М.Л. Статус и проблемы лабораторной централизации в России// Лаборатория. — 2013. — № 4. — С. 7–11.
- 8.** Шуфф-Вернер П. Лабораторная медицина в Германии: Система возмещения расходов на лабораторные анализы — критическая оценка современного положения и будущие перспективы для гармонизации в Европе. — labmedicina.ru.
- 9.** Corinne R.F. Defining & Reporting Critical Values. — www.aacc.org.
- 10.** Davis B.G., Mass D., Bishop M.L. Principles of clinical laboratory utilization and consultation. — Philadelphia: Saunders, 1999.
- 11.** William O.U. The customer-oriented Laboratory. 2nd. American Society of Clinical Pathologists. — Chicago, 1996. — 294 p.

UDC 614.2

Kishkun A.A. *Obstacles on the path of centralization of clinical and laboratory investigation* (ADVENSUM Ltd, Moscow, Russia)

Abstract. The article presents the analysis of the state centralization of clinical laboratory research in the country. Reveals the reasons hindering the centralization at different levels of the health care system of Russia. The urgency of centralization and ways of its implementation in order to improve clinical effectiveness of laboratory tests and the quality of health care for the population.

Keywords: reform of laboratory services, centralization of laboratory research, the goal of centralization, economic efficiency, sources of financing.

Профессиональное сообщество



АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ



Ближайшее время в России появится новая профессиональная общественная организация — Ассоциация профессионалов хосписной помощи. Ее основной задачей станет защита прав специалистов, работающих с паллиативными пациентами, участие в подготовке нормативных документов, регламентирующих деятельность хосписов,lobбирование интересов паллиативных пациентов. Ассоциация планирует работать на основе саморегулирования.

Источник: Medvestnik.ru



Н.Н. Бушмелева,

к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Россия, nnbush17@mail.ru

ДЕФЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ В СЛУЧАЯХ СМЕРТИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА УРОВНЕ РЕГИОНА

УДК 614.2

Бушмелева Н.Н. Дефекты оказания медицинской помощи женщинам в случаях смерти в перинатальном периоде на уровне региона [ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», г. Ижевск, Россия]

Аннотация. Уровень и структура перинатальной смертности (ПС) представляют важный медико-демографический показатель, который отражает качество акушерской и неонатальной помощи. Анализ дефектов медицинской помощи в случаях смерти в перинатальном периоде позволяет оценивать качество перинатальной помощи и определять пути ее совершенствования. Выполнена экспертная оценка качества оказания медицинской помощи в случаях перинатальной смерти в Удмуртской Республике. Выявлен значительный объем лечебных, диагностических и организационно-тактических дефектов. Доля организационно-тактических дефектов превышает долю диагностических в 1,4 раза и лечебных в 1,6 раза. Зарегистрированы дефекты диагностики имеющегося патологического состояния прогноза репродуктивных потерь. Среди дефектов оказания медицинской помощи в случаях перинатальной смерти наибольшую долю занимали проблемы преемственности специалистов разных этапов и уровней оказания помощи, проблемы передачи, сохранения, сбора информации и ее полноты. На основе выявленных дефектов сформированы направления оптимизации медицинской помощи на всех этапах ее оказания с целью снижения перинатальных потерь.

Ключевые слова: репродуктивные потери; перинатальная смертность; соматическое и репродуктивное здоровье женщин; дефекты оказания медицинской помощи.

В последние годы в нашей стране почти на треть уменьшилось число женщин, благополучно заканчивающих беременность, а их состояние здоровья по сравнению с предшествующим десятилетием заметно ухудшилось, что в значительной степени определяет течение и исход родов, а также здоровье рождающихся детей [7; 11]. Несмотря на благополучную динамику показателя младенческой смертности, смертность детей первого года жизни в России в 2–4 раза выше, чем в экономически развитых странах мира, причем основными в структуре младенческой смертности остаются перинатальные причины и низкий уровень репродуктивного здоровья женщин [8; 9; 12; 14].

Главными задачами в области улучшения здоровья женщин и детей ООН и ВОЗ (2002) провозгласили снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности за счет повышения качества медицинской помощи и рационального использования ресурсов здравоохранения. Для повышения качества акушерской и неонатальной помощи необходим детальный анализ причин и факторов, определяющих распространенность репродуктивных потерь [2; 3; 9; 14]. При значительных

© Н.Н. Бушмелева, 2014 г.



изменениях в службе родовспоможения и неонатологии за последние годы важнейшие показатели репродуктивного здоровья населения ухудшаются. Отмечая позитивные тенденции общих репродуктивных потерь в Российской Федерации, необходимо учитывать их высокий уровень [10]. Важнейшей составляющей репродуктивных потерь является перинатальная смертность. Выявление факторов, оказывающих влияние на ее уровень (в том числе дефекты оказания медицинской помощи), позволит определить пути снижения потерь в перинатальном периоде.

В соответствии с задачами исследования проведены экспертная оценка качества оказания медицинской помощи и выявление дефектов медицинской помощи в случаях перинатальной смерти.

В правовой и медицинской литературе в настоящее время существуют различные точки зрения относительно дефектов деятельности в медицине, надлежащей и ненадлежащей работы врачей, методологических основ анализа дефектов в оказании медицинской помощи [1; 4; 5; 6; 10; 11; 15].

Дефект оказания медицинской помощи (ДМП) — это ненадлежащее осуществление диагностики, лечения, реабилитации больного, организации медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства [5].

Понятие «дефект медицинской помощи» (ДМП) является собирательным. Оно отражает квалификационные признаки деятельности не только лечащего врача, но и деятельности всей медицинской организации и ее персонала. Данное положение лежит в основе классификации ДМП, предложенной Александрой О.Ю., Герасименко Н.Ф. и др. [1].

Авторы разделяют ДМП по группам: **1)** дефекты общей организации медицинской помощи; **2)** дефекты, возникающие в процессе осуществления лечебно-диагностических мероприятий врачами; **3)** дефекты, возникающие в процессе осуществления лечебно-диагностических мероприятий средним меди-

цинским персоналом; **4)** дефекты, связанные с действиями иных работников ЛПО.

Оценка дефектов организации службы родовспоможения проводилась нами путем экспертных оценок случаев перинатальной смерти. Выявленные дефекты оказания медицинской помощи женщинам при случаях перинатальной смерти дифференцировались на три группы: диагностические, лечебные, организационно-тактические.

Такой подход был определен задачами поиска дальнейших путей совершенствования управления факторами, определяющими эффективность мероприятий по снижению репродуктивных потерь.

По каждой группе дефектов было проведено определение частоты конкретного дефекта среди случаев оказания медицинской помощи, а также определение структуры дефектов внутри данной группы.

Целью экспертизы медицинской помощи в случаях, закончившихся смертью в перинатальном периоде, явилась оценка качества обследования, диагностики, консультативной помощи, ведения документации, проведения лечебных и организационных мероприятий.

Был проведен углубленный экспертный анализ 164 случаев смерти плодов и детей в перинатальном периоде у женщин в возрасте от 14 до 39 лет (из них $31,71 \pm 7,26\%$ в возрасте 30–34 года). Большинство из них были заняты в различных отраслях народного хозяйства ($74,39 \pm 6,82\%$), имели высшее образование ($32,32 \pm 7,3\%$), состояли в браке (в $73,17 \pm 6,92\%$ брак был зарегистрирован и в $23,78 \pm 6,64\%$ имел место гражданский брак), проживали в отдельной квартире или доме ($80,49 \pm 6,18\%$). Данная беременность для $89,63 \pm 4,76\%$ была желанная.

Каждая пятая женщина имела вредные привычки ($21,34 \pm 6,46\%$); из них: $19,51 \pm 6,18\%$ курили; $0,61 \pm 1,22\%$ страдали алкоголизмом и $1,22 \pm 1,72\%$ наркоманией.

У половины женщин ($54,27 \pm 7,78\%$) имелся контакт с вредными производственными факторами, в том числе у $17,98 \pm 4,07\%$ это были



химические факторы; у $20,22\pm4,26\%$ — психоэмоциональные; у $8,99\pm3,03\%$ — биологические; у $8,99\pm3,03\%$ — физические; у $22,47\pm4,42\%$ — прочие. Работу с компьютером (как фактором негативного влияния на рабочем месте) обозначили $21,35\pm4,42\%$ женщин. На отсутствие профвредностей указали $37,80\pm7,58\%$ женщин и в $7,93\pm4,22\%$ подобные данные не сообщались.

Среди женщин с воздействием вредных факторов на работе лишь $9,15\pm4,50\%$ были переведены на облегченный труд, из них: $26,67\pm11,42\%$ в сроке до 12 недель беременности; $13,33\pm8,78\%$ в сроке 12–22 недели и $60,00\pm12,65\%$ — в сроке от 22 до 30 недель беременности. Отказались от перевода на другую работу $21,95\pm6,46\%$ женщин. Работодатели не предлагали перевод на работу без вредных факторов в $21,95\pm6,46\%$ случаев.

Среди всех женщин $4,88\pm3,36\%$ не находились на диспансерном учете по беременности. Остальных наблюдали врачи ($87,80\pm5,12\%$ случаев) и средние медицинские работники ($7,32\pm4,06\%$, из них $1/3$ была под наблюдением акушерки и $2/3$ — фельдшера). В $1,83\pm2,1\%$ имело место их совместное наблюдение.

До $3,05\pm2,68\%$ женщин находились под наблюдением работников ФАП и УБ; $38,41\pm7,6\%$ — центральных районных больниц; $58,54\pm7,7\%$ — женских консультаций при родильных домах и поликлиниках. В $4,17\pm1,04\%$ имела место двойная диспансеризация в консультативном отделении перинатального центра. В коммерческих организациях женщины наблюдались в $3,66\pm2,94\%$ случаев.

До 12 недель беременности встали на учет $76,82\pm6,58\%$ женщин; от 13 до 21 недели — $6,71\pm3,90\%$; в 22–27 недель — $6,10\pm3,74\%$ и при сроке более 28 недель — $1,22\pm1,72\%$ (не указан срок беременности при первой явке в $3,05\pm2,68\%$ случаев). Не наблюдались по беременности $6,10\pm3,74\%$ женщин.

Прошли пренатальный скрининг $95,12\pm3,36\%$ беременных из числа находящихся на учете, в том числе: ультразвуковое сканирование — $35,26\pm3,83\%$ при сроке 10–14 недель беременности: $67,31\pm3,76\%$ — в 20–24 недели; $89,74\pm2,43\%$ — при сроке 30–32 недели беременности. Биохимический скрининг был проведен у $67,68\pm7,30\%$ беременных, а инвазивный (биопсия хориона) — у $1,22\pm1,72\%$.

Для $15,24\pm5,62\%$ данная беременность была первая, повторно беременных было $28,05\pm7,02\%$ женщин, в третий раз беременных — $21,95\pm6,46\%$. Для $13,41\pm5,32\%$ женщин это была четвертая беременность, а для $20,12\pm6,26\%$ — пятая и более. Не указали паритет беременности $1,22\pm1,72\%$ женщин.

Предыдущие беременности закончились в $56,71\pm7,74\%$ родами (в том числе срочными в $89,25\pm3,2\%$ и преждевременными в $10,75\pm3,21\%$ случаев). АбORTы в анамнезе зарегистрированы у $75,61\%$ женщин. Из них в $55,65\pm4,46\%$ — медицинские, в $24,19\pm3,85\%$ — самопроизвольные и в $3,23\pm1,59\%$ — неуточненные аборты. Прерывание беременности было произведено у $12,90\pm3,01\%$ женщин по медицинским показаниям, у $4,03\pm1,77\%$ — по социальным показаниям. Внематочная беременность в анамнезе имела место в $7,93\pm2,11\%$ случаев.

Таким образом, несмотря на то, что основная часть женщин были беременны не в первый раз ($83,53\pm5,80\%$) и для $89,63\pm4,76\%$ эта беременность была желанная, явились под наблюдение врача в сроке до 12 недель лишь $76,82\pm6,58\%$. Особо следует отметить, что из них прошли первый пренатальный скрининг УЗИ лишь $35,26\pm3,83\%$ женщин.

Данная беременность протекала без осложнений только у $5,94\pm3,56\%$ женщин. Экстрагенитальные заболевания были зарегистрированы в $82,93\pm5,88\%$ (из них до беременности в $65,85\pm7,4\%$; во время беременности — в $28,66\pm7,06\%$ и в $0,61\pm1,22\%$ — после родов).





Заболевания сердечно-сосудистой системы имели $58,54 \pm 7,70\%$ женщин (из них: гипертоническую болезнь — $25,00 \pm 4,42\%$, пороки сердца — $20,83 \pm 4,14\%$, варикозную болезнь — $28,13 \pm 4,59\%$ и другую патологию системы кровообращения — $26,04 \pm 4,48\%$); болезни крови — $30,49 \pm 7,18\%$ беременных (среди них анемию — $44,00 \pm 7,02\%$); болезни органов дыхания — $18,90 \pm 6,12\%$; заболевания мочевыделительной системы — $21,95 \pm 6,46\%$; эндокринной системы — $10,37 \pm 4,76\%$ (среди них ожирение в $70,59 \pm 11,05\%$ и заболевания щитовидной железы в $29,41 \pm 11,05\%$); болезни органов пищеварения — $10,37 \pm 4,76\%$, а также инфекционные заболевания (гепатиты А, В, С — $10,37 \pm 4,76\%$ и туберкулез — $3,05 \pm 2,68\%$ случаев). О нервно-психических заболеваниях имеются указания у $1,83 \pm 2,1\%$ беременных, и $1,22 \pm 1,72\%$ женщин страдали онкологическими заболеваниями.

Несмотря на то, что, по экспертным данным, на одну беременную приходилось 2,28 заболеваний, на диспансерном учете состояли всего $13,41 \pm 2,66\%$ из них и имели план диспансерного наблюдения $10,98 \pm 2,44\%$ женщин. Среди беременных $60,37 \pm 7,64\%$ страдали воспалительными заболеваниями гениталий, $23,17 \pm 6,58\%$ — эрозией шейки матки; $12,20 \pm 5,12\%$ — нарушением менструального цикла; $3,66 \pm 294\%$ — миомой матки; $1,22 \pm 1,72\%$ — привычным невынашиванием беременности. Беременность наступила после бесплодия у $3,05 \pm 2,68\%$. При наличии у $71,95 \pm 7,02\%$ женщин гинекологических заболеваний (по 1,94 заболевания на 1 женщину) на диспансерном учете состояли всего $12,20 \pm 2,56\%$, а план диспансерного наблюдения имели только $9,15 \pm 2,25\%$ женщин.

Предыдущие беременности у каждой второй женщины протекали с осложнением, что составило $55,26\%$. У $53,05 \pm 7,80\%$ женщин был зарегистрирован гестоз (протеинурия у $75,86 \pm 4,59\%$; преэклампсия — у $24,14 \pm 5,59\%$). Обращает внимание тот факт, что беременность закончилась в $16,46 \pm 5,80\%$ кесаревым сечением по экстренным показаниям. Перина-

тальные потери имели место в $13,41 \pm 5,32\%$, плодоразрушающие операции — в $2,44 \pm 2,4\%$. Роды осложнились кровотечением в $3,66 \pm 2,94\%$.

При настоящей беременности у $37,80 \pm 7,58\%$ женщин были выявлены заболевания мочеполовой системы и у $31,71 \pm 7,26\%$ — анемия. Среди осложнений данной беременности у $37,80 \pm 7,58\%$ женщин был диагностирован гестоз (отеки в $64,52 \pm 6,08\%$, преэклампсия и эклампсия в $35,48 \pm 6,08\%$), ранний токсикоз в $26,22 \pm 6,86\%$, угрожающий аборт в $37,20 \pm 7,54\%$. Плацентарная недостаточность имела место в $31,12 \pm 7,22\%$. В $22,56 \pm 6,52\%$ была диагностирована гипоксия плода, в $15,85 \pm 5,70\%$ — задержка развития плода. В $10,98 \pm 4,88\%$ случаев имело место тазовое, а в $4,88 \pm 3,36\%$ — косое положение плода; в $11,59 \pm 5,00\%$ случаев — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Беременность закончилась преждевременно в $30,49 \pm 7,18\%$ случаев.

Несмотря на высокий уровень соматической патологии и осложнений настоящей беременности, лишь $54,27 \pm 7,78\%$ женщин получили стационарное лечение. Из них $39,33 \pm 5,18\%$ многократно; $8,54 \pm 4,36\%$ были госпитализированы экстренно. Не были направлены для получения необходимого лечения $11,59 \pm 5,00\%$ женщин и лишь три ($1,83 \pm 2,1\%$) сами отказались от госпитализации.

На первом уровне ЛПО у акушера-гинеколога закончили наблюдение $46,34 \pm 7,78\%$ женщин, на втором уровне — $51,22 \pm 7,80\%$, на третьем — $2,44 \pm 2,40\%$. Беременность закончилась родами в лечебно-профилактических организациях первого уровня в $25,61 \pm 6,82\%$ случаев, второго уровня — в $43,90 \pm 7,76\%$, третьего уровня — в $30,49 \pm 7,18\%$. Поступили в стационар на родоразрешение в тяжелом состоянии $13,41 \pm 5,32\%$ ($77,27 \pm 8,93\%$ в состоянии средней тяжести; $18,18 \pm 8,22\%$ — тяжелом и $4,55 \pm 4,44\%$ — в крайне тяжелом состоянии).

Анализ исходов беременности в случаях ПС выявил, что лишь в $54,9\%$ имели место



Таблица 1

**Дефекты оказания медицинской помощи при смерти в перинатальном периоде
(абс. число, на 100 случаев и % от суммарного числа дефектов, n=164)**

No	Типаж дефектов	Абс. число	На 100 случаев	% от дефектов
1.	Диагностические	132	80,48	30,21
2.	Лечебные	117	71,34	26,77
3.	Организационно-тактические	188	114,63	43,02
4.	Всего дефектов	437	266,46	100,0

самопроизвольные роды. В 45,1% (у 74 из 164 женщин) роды закончились кесаревым сечением. Столь высокая частота оперативного родоразрешения определялась исходной тяжелой патологией матери и/или плода, что и обусловило неблагоприятный исход беременности.

Без осложнений протекали роды у $23,17 \pm 6,58\%$ женщин. Преждевременные роды были у каждой третьей женщины ($30,49 \pm 7,18\%$). Роды у них осложнились нарушением родовой деятельности в $13,41 \pm 5,32\%$, несвоевременным излитием околоплодных вод в $86,59 \pm 5,32\%$, кровотечением в $21,95 \pm 6,46\%$ (при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты — $66,67 \pm 7,86\%$, при предлежании плаценты в $11,11 \pm 5,24\%$). По своему характеру $16,66 \pm 6,21\%$ кровотечений были гиптоническими и $5,56 \pm 3,82\%$ — коагулопатическими. В 21,05% в родах имел место гестоз (у половины из них — протеинурия и гипертензия и у половины — преэклампсия и эклампсия). Гипоксия плода была диагностирована в $15,85 \pm 2,85\%$ (острая и хроническая — в равных долях).

В таблице 1 представлена частота разного типа дефектов диагностики, лечения и проведения организационных мер, выявленных экспертами при оценке случаях перинатальной смерти.

При оказании медицинской помощи в случаях перинатальной смерти выявлено наибольшее число организационно-тактических дефектов (43,0%), объем которых превышает долю диагностических в 1,4 раза и лечебных в 1,6 раза.

Среди диагностических дефектов чаще регистрируются пропуск патологии как фактора риска репродуктивной потери и нарушения репродуктивного здоровья (19,7%), а также пропуск сопутствующей патологии (10,61%), невыполнение лабораторно-инструментального исследования в полном объеме (21,2%), неправильная интерпретация клинических (7,58%) и лабораторных данных (15,15%) (табл. 2).

Дефекты диагностические разделены на две группы: по оценке имеющегося патологического состояния (53,4%), по прогнозу имеющегося патологического состояния в отношении репродуктивной потери (46,6%). Соотношение выделенных групп диагностических дефектов, их близкие значения свидетельствуют о почти равной значимости дефектов каждой группы в снижении качества медицинской помощи при случае перинатальной смерти, а также о необходимости разработки медико-организационных подходов к улучшению медицинского обеспечения по обоим направлениям.

Всего при случаях перинатальной смерти дефекты лечебного типа зарегистрированы в 71,34%.

С наибольшей частотой встречались недостаточное стационарное лечение при наличии показаний (13,41 %), отклонение от стандарта сроков лечения (11,0 %), объема и вида вмешательств (11,0 %) (рис. 1).

В структуре лечебных дефектов оказания медицинской помощи при смерти в перинатальном периоде наибольшую долю имели дефекты, связанные с отклонениями от стан-

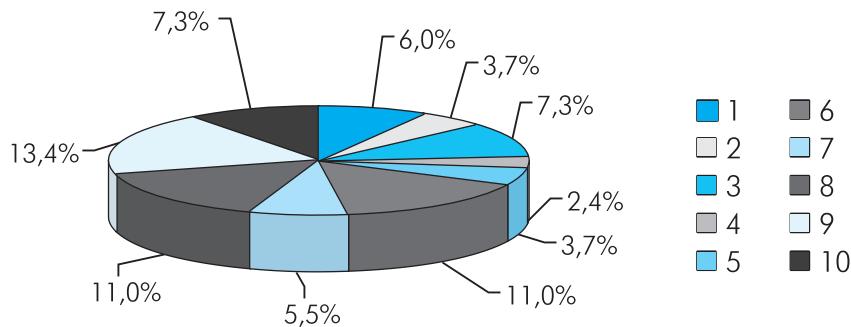




Таблица 2

Диагностические дефекты оказания медицинской помощи в случаях смерти в перинатальном периоде (абс. число, на 100 случаев и %, n=164)

No	Наименование дефекта	Абс. число	На 100 случаев	Структура, %
1.	Не диагностировано заболевание на предыдущих этапах	8	4,88	6,06
2.	Неполная диагностика стадии процесса	6	3,65	4,55
3.	Не выполнено в полном объеме лабораторно-инструментальное обследование	28	17,08	21,21
4.	Не привлечены дополнительно «узкие» специалисты	8	4,88	6,06
5.	Не проведен прогноз риска репродуктивных потерь выявленного заболевания	12	7,32	9,09
6.	Неправильно интерпретированы данные лабораторно-инструментального обследования	20	12,19	15,15
7.	Неправильно интерпретированы данные клинического обследования	10	6,09	7,58
8.	Не диагностирована сопутствующая патология	14	8,55	10,61
9.	Пропуск патологии как фактора риска перинатальной патологии, смерти, нарушения репродуктивного здоровья	26	15,85	19,70
10.	Всего дефектов	132	80,48	100,00



1 — не назначены медикаментозные препараты по стандарту

2 — не соблюдена терапия по стандарту

3 — неадекватная терапия

4 — неправильная доза медикаментозных препаратов

5 — не предложена плановая госпитализация в специализированный стационар

6 — отклонение сроков лечения от стандарта

7 — отклонение от стандарта по результату лечения

8 — отклонение от стандарта по объему и видам вмешательств

9 — недостаточное стационарное лечение при наличии показаний

10 — отсутствие назначений для профилактики акушерских осложнений

Рис. 1. Структура лечебных дефектов оказания медицинской помощи при смерти в перинатальном периоде (%)



Таблица 3

**Организационно-тактические дефекты оказания медицинской помощи
в случаях смерти в перинатальном периоде (абс.ч., на 100 случаев, n=164)**

№	Наименование дефекта	Абс.	На 100 случаев
1.	Не обеспечен осмотр «узкими» специалистами при обследовании до беременности	18	13,8
2.	Не обеспечен осмотр узкими специалистами в процессе наблюдения беременной	15	11,5
3.	Не обеспечено выполнение дополнительного обследования	23	17,7
4.	Не обеспечено вовлечение женщины в процесс оздоровления	48	36,9
5.	Не обеспечено выполнение рекомендаций других ЛПО при диспансерном наблюдении	16	12,4
6.	Не даны рекомендации перевода на работу без вредных факторов при наблюдении в 1 триместре	17	13,1
7.	Не передана или передана неполная информация о состоянии здоровья при направлении на госпитализацию	40	30,8
8.	Не передана или передана неполная информация терапевта о состоянии здоровья от	56	43,1
9.	Не обеспечены регулярные явки во время наблюдения по беременности	48	36,9
10.	Не обеспечена возможность полного и своевременного обследования при первичном выявлении патологии	27	20,8
11.	Не организовано выполнение контрольных исследований в ходе лечения	53	40,8
12.	Не использованы данные из первичной медицинской документации	68	52,3
13.	Отсутствует контроль качества медицинской помощи со стороны заведующего отделением	71	54,6
14.	Беременная не взята под диспансерное наблюдение	44	33,8
15.	Не составлен план лечения и наблюдения при диспансеризации	13	10,0
16.	Не проведена оценка информированности по вопросам охраны репродуктивного здоровья	11	8,5
17.	Своевременно не поставлен вопрос о прерывании беременности или ее пролонгировании	15	11,5
18.	Нарушение правил транспортировки	7	5,4
19.	Не использованы шкалы прогноза риска нарушения репродуктивного здоровья при контроле качества медицинской помощи	7	5,4
ИТОГО		188	114,6

дарта, их доля составила 53,0%. При этом наибольшую значимость имели такие дефекты, как запоздалое родоразрешение, неадекватная терапия, недостаточное по длительности стационарное лечение при наличии показаний, отсутствие назначений в целях профилактики акушерских осложнений.

Среди дефектов оказания медицинской помощи в случаях перинатальной смерти в организационно-тактическом плане наибольшую долю занимали проблемы преемственности специалистов разных этапов и уровней оказания помощи, проблемы передачи, сохранения, сбора информации и ее полнота (табл. 3).





Рис. 2. Частота дефектов по группе «Нарушения стандарта диспансеризации» матери (на 100 случаев оказания медицинской помощи при перинатальной смерти)

При анализе организационно-тактических дефектов выделены 3 группы: нарушение преемственности наблюдения (31,5%), нарушение стандарта диспансеризации (49,8%), нарушение контроля качества медицинской помощи (18,7%).

Наибольшую долю среди организационно-тактических дефектов составили дефекты, связанные с нарушениями обеспечения качества выполнения стандарта диспансеризации. Необходимо отметить, что в каждом третьем случае имелись дефекты преемственности наблюдения. Это происходит прежде всего за счет отказа от использования данных предшествующей медицинской документации (11,4% от всех организационно-тактических и 36,8% от числа дефектов по группе «нарушение преемственности» и 52,3% от общего числа оказанной медицинской помощи при всех случаях перинатальной смерти). Дефекты преемственности наблюдения в каждом третьем случае имели место в отношении преемственности специалистов разных этапов (13,3%) и уровней (12,7%) оказания помощи, проблем передачи, сохранения, сбора и использования

информации о женщинах и ее полноты (12,7%).

При наличии соматической и гинекологической патологии у женщин наиболее частым среди дефектов группы «нарушения стандарта диспансеризации» было отсутствие диспансерного наблюдения (86,59 и 87,80 на 100 случаев, соответственно). Всего лишь 12,2% женщин при наличии соматической патологии и 13,4% при наличии гинекологической патологии в случаях смерти их потомства были взяты под диспансерное наблюдение (рис. 2).

Всего 12,2% женщин при наличии соматической патологии и 13,4% при наличии гинекологической патологии взяты под диспансерное наблюдение.

Значительный объем лечебных, диагностических и организационно-тактических дефектов, выявленных при экспертизе оказания медицинской помощи в случае перинатальной смерти, определяет необходимость анализа состояния экспертного контроля качества оказываемых медицинских услуг женщинам fertильного возраста и их потомству на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи (табл. 4).



Таблица 4

Частота медико-организационных дефектов оказания медицинской помощи с учетом уровня ЛПО(%)

№	Наименование дефекта	1 уровень	2 уровень	3 уровень
		ПС	ПС	ПС
1	Диагностические	31,7	16,46	33,3
2	Лечебные	26,1	9,76	33,3
3	Организационно-тактические	42,2	78,04	33,3
4	Итого	100,0	100,0	100,0

Выводы

1. В случаях перинатальной смерти на всех этапах и уровнях оказания медицинской помощи выявляются лечебные, диагностические и особенно организационно-тактические дефекты оказания медицинской помощи женщинам, что определяет необходимость анализа состояния экспертного контроля качества оказываемых медицинских услуг женщинам фертильного возраста на всех этапах и уровнях оказания им медицинской помощи.

2. При оценке результативности амбулаторного наблюдения беременных в случаях перинатальных потерь выявляются такие дефекты их ведения, как недоучет факторов риска, формальные «планы» ведения, запоздалая диагностика патологии, поздняя дородовая госпитализация, что свидетельствует о необходимости повышения квалификации медицинского персонала и усиления контроля за профессиональной подготовкой врачей и средних медицинских работников в системе родовспоможения.

3. Негативным фактором в работе женской консультации и стационара является снижение преемственности, в частности, потеря информации или искажение ее при передаче по этапам и уровням оказания медицинской помощи, что затрудняет деятельность стационара и ведет к недоучету патологии при ведении родов и послеродового периода. Это определяет необходимость и актуальность широкого внедрения информационных технологий, в том числе компьютерных, в деятельность учреждений родовспоможения.

4. Высокая доля организационно-тактических дефектов, особенно в медицинских организациях 2- и 1-го уровней, свидетельствует о наличии внутриотраслевых резервов снижения перинатальных потерь. Разработка оптимизации медико-организационных подходов совершенствования оказания медицинской помощи женщинам с целью снижения перинатальных потерь должна проводиться дифференцированно, с учетом выявленных дефектов их ведения на всех этапах репродуктивного процесса.



Литература

- Александрова О.Ю., Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Григорьев И.К. Ответственность за правонарушения в медицине//Учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. — М.: Изд. центр «Академия», 2006. — 240 с.
- Байбарина Е.Н., Сорокина З.Х. Экспертная оценка качества медицинской помощи как методика перинатального аудита//Проблемы управления здравоохранением. — 2011. — № 1. — С. 22–28.





3. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Причины и технология анализа репродуктивных потерь. — М., 2008. — 128 с.
4. Гуляев В.А., Семкин Л.Б., Филатов В.В. Методологические основы анализа дефектов в оказании медицинской помощи//Военно-медицинский журнал. — 2001. — № 4. — С. 15–20.
5. Лузанова И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медицинско-правовые аспекты проблемы)//Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Москва, 2007. — 25 с.
6. Огарков И.Ф. Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них. — Л., Изд-во «Медицина», 1966. — 196 с.
7. Склар М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. — М.: ЦНИИОИЗ, 2008. — 192 с.
8. Сорокина З.Х., Байбарина Е.Н., Яковлева Т.В. Проблемы и приоритеты совершенствования качества медицинской помощи новорожденным детям. — М., 2011. — 236 с.
9. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы в демографическом развитии России. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. — 320 с.
10. Старченко А. Стандарт оценки оказания медицинской помощи <http://www.nac-medpalata.ru/?action=show&id=10975> (дата обращения 28.05.2014).
11. Стеценко С.Г. Медицинское право: Учебник. — СПб., 2004. — 234 с
12. Фролова О.Г., Юсупова А.Н. Опыт работы и задачи перинатальных центров по снижению перинатальной и материнской смертности//В кн. Материалы международной научно-практической конференции «Регионализация перинатальной помощи». — Тверь, 2010. — С. 163–167.
13. Цыбульская И.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей. — Тверь., 2013. — 288 с.
14. Широкова В.И., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Итоги деятельности и основные направления модернизации службы родовспоможения в Российской Федерации// Акушерство и гинекология. — 2011. — № 1. — С. 4–8.
15. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. — М.: Медицина, 2002. — 176 с.

UDC 614.2

Bushmeleva N.N. Defects of medical aid to women in deaths in the perinatal period at the regional level
(State Medical Academy of the city of Izhevsk, Izhevsk, Russia)

Abstract. There has been given an expert valuation of medical services quality when dealing with perinatal mortality in Udmurtskaya Republic. There has been identified a significant spectrum of curing, diagnostics and organizational-strategic defects. There were registered defects in diagnostics of pathological state and forecast on there productive losses. On the basis of detected defects, there were formed ways of optimizing medical aid on all stages of its provision with the aim to minimize perinatal losses.

Keywords: reproductive losses; perinatal mortality; somatic and reproductive health of women; defects of medical care.

**С.А. Леонов,**

д.м.н., профессор, руководитель отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия

И.С. Цыбульская,

д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия, mch@mednet.ru

Э.Р. Низамова,

научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, г. Москва, Россия

СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕННОСТИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ БЕСПРИЗОРНЫХ И БЕЗНАДЗОРНЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РОССИИ ЗА ПЕРИОД 2009–2013 ГГ.

УДК 614.2

Леонов С.А., Цыбульская И.С., Низамова Э.Р. *Сведения о численности, заболеваемости и смертности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в России за период 2009–2013 гг. (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» МЗ РФ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье приводятся данные о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические организации в 2013 г. в динамике 2009–2013 гг. Анализируется возрастное распределение указанных контингентов, их заболеваемость (в том числе социально-обусловленными заболеваниями) по России в целом, федеральным округам и субъектам Федерации, а также исходы их пребывания в стационарах, частота смертельных исходов по территории. В выводах указывается на ряд положительных тенденций (уменьшение контингентов беспризорных, безнадзорных несовершеннолетних в РФ и смертельных исходов их пребывания в стационарах). Зафиксирован рост заболеваний, свидетельствующих о социальном неблагополучии: туберкулеза, ВИЧ-инфицированности, вирусного гепатита, наркозависимости и хронического алкоголизма, болезней крови, дыхания, пищеварения, мочеполовых органов, кожи, патологии беременностей и родов, а также травм и отравлений, выраженный в Центральном, Приволжском, Северокавказском и Сибирском федеральных округах.

Ключевые слова: беспризорные и безнадзорные несовершеннолетние, контингенты, заболеваемость, смертность, динамика за последние пять лет, Россия, федеральные округа, территории.

Данные о численности и возрастном составе контингентов беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в Российской Федерации

Всего в РФ в 2013 г. в медицинские организации было направлено 53 655 беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, из которых в целях обследования и лечения был помещен в стационары 53 521 ребенок (из них 45,45 девочек и 54,6% мальчиков).

По возрастному составу они распределялись следующим образом: до года 11 311 (21,1%), от 1 до 3 лет – 14 034 (26,2%), от 4 до 6 лет – 7895 (14,8%) и от 7 до 17 лет – 20 281 (37,9%). Таким образом, максимальное число беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних

© С.А. Леонов, И.С. Цыбульская, Э.Р. Низамова, 2014 г.



Таблица 1

Возрастной состав беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, принятых на стационарное обслуживание в 2013 и 2009 гг.

Возраст	2013		2009		Соотношение 2013/2009(%)
	абс.	%	абс.	%	
До года	11 311	21,1	14 101	22,5	-6,22
1–3 года	14 034	26,2	15 703	25,0	+4,8
4–6 лет	7895	14,8	8936	14,2	+4,2
7–17 лет	20 281	37,9	24 056	38,3	-1,04
ВСЕГО	53 521	100,0	62 796	100,0	

Таблица 2

Динамика численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в РФ и федеральных округах за 2009 и 2013 гг.

Число детей	2013 год, абс.	2009 год, абс.	Соотношение/числа беспризорных 2013/2009 гг. (%)	Вклад ФО в общее число беспризорных в РФ 2013 г. (%)	Вклад ФО в общее число беспризорных в РФ 2009 г. (%)
РФ	53 655	63 128	-15,0	100,0	100,0
ЦФО	14 230	16 687	-14,7	26,5	26,4
СЗФО	5356	6729	-20,4	10,0	10,7
ЮФО	3998	4497	-11,1	7,5	7,1
СКФО	1957	1875	+4,4	3,6	3,0
ПФО	9400	11 901	-21,0	17,5	18,9
УФО	4105	5160	-20,5	7,7	8,2
СФО	10 461	11 511	-9,1	19,5	18,2
ДВФО	4148	4768	-13,0	7,7	7,6

составили дети раннего возраста — от 0 до 3 лет (47,3%) (табл. 1).

Среди когорты безнадзорных детей раннего возраста наибольшую долю представляют дети до 1 года (44,6%). Далее по убывающей идут дети первого года (21,4%), второго года (19,3%) и третьего года (14,7%) жизни.

В последующем число беспризорных и безнадзорных продолжает снижаться и к 11 годам достигает 1483 (2,8%) человек. Затем число беспризорных и безнадзорных вновь увеличивается и достигает второго максимума в 15 лет (2303, что составляет 4,3%).

Предположительно состав несовершеннолетних раннего возраста представляет в большинстве своем детей, изъятых из асоциальных

семей, а подросткового возраста — беспризорных, самовольно покинувших свои семьи, интернаты или детские дома.

Сравнение показателей числа беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, доставленных в стационары страны в 2013 г. (53 655) и в 2009 г. (63 128), выявило их снижение по России в целом (на 15,0%). По федеральным округам оно было максимальным в Приволжском федеральном округе (ПФО) — 21,0%, Уральском федеральном округе (УФО) и Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) — соответственно, 20,5 и 20,4%. В Центральном федеральном округе (ЦФО), Дальневосточном федеральном округе (ДВФО), Южном федеральном округе



Таблица 3

Уровень беспризорности среди детского населения в РФ и федеральных округах в 2009 и 2013 гг.

	Число беспризорных на 1000 детей 0–17 лет в 2013 г	Число беспризорных на 1000 детей 0–17 лет в 2009 г	Соотношение показателей 2013/2009 гг. (%)
РФ	2,0	2,4	-17,4
ЦФО	2,3	2,8	-19,6
СЗФО	2,3	3,0	-22,3
ЮФО	1,6	1,8	-13,6
СКФО	0,8	0,8	-2,8
ПФО	1,7	2,1	-20,3
УФО	1,7	2,2	-23,5
СФО	2,6	3,0	-10,9
ДВФО	3,3	3,7	-10,6

(ЮФО) и Сибирском федеральном округе (СФО) снижение было выражено в меньшей степени — соответственно, на 14,7; 9,1; 13,0 и 11,1 процентных пункта. Исключение составил Северокавказский федеральный округ (СКФО), где данный показатель возрос с 2009 по 2013 гг. на 4,4% (табл. 2).

Анализ динамики аналогичных показателей численности беспризорных и безнадзорных детей разных регионов по возрастам выявил два периода их повышения (ухудшения) — рост в последние годы числа беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в возрастах 1–9 и 15–17 лет. Подобная картина в 1–9 лет наблюдалась в ЮФО в возрасте 4,6,7 и 9 лет, в СКФО в 1–9 лет, в ДВФО в 3,5, 8 и 9-летнем возрасте, а в 15–17 лет — в ЦФО и ДВФО (в 15,16 и 17 лет); в СКФО — в 15 и 17 лет; в СЗФО, УФО и СФО — в 15 лет.

Обращает на себя внимание высокий прирост безнадзорности и беспризорности несовершеннолетних раннего возраста за период 2009–2013 гг. в СКФО, который составил среди детей первого года 41,9% (от 109 до 154), 57,7% в возрасте 2 лет (от 104 до 164) и 29,5% в возрасте 3 лет (от 95 до 123), а также 13 и 21% в возрасте 5 и 6 лет (с 99 до 112 и с 77 до 93) при аналогичном

приросте в других федеральных округах 0,3–4,0%.

В подростковом возрасте в СКФО также выявилось наибольшее нарастание беспризорности по сравнению с другими федеральными округами. Так, в СКФО в возрасте 17 и 15 лет с 2009 по 2013 годы произошло увеличение данного контингента, соответственно, на 25,0 и 12,5%, тогда как по СЗФО — на 0,4, по УФО — на 4,8 и по СФО — на 7,6%.

Число беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в 2013 году в РФ составило 2,0 на 1000 детей в возрасте 0–17 лет, что на 17,4% меньше, чем в 2009 году. Первое место по уровню беспризорности занимает Дальний Восток (3,7 на 1000 детей в 2013 г.), на втором месте в течение пяти лет находится Сибирь (2,6 на 1000 детей в 2013 г.), на третьем месте — Северо-Запад (2,3 на 1000 в 2013 г.), а ЦФО и ПФО занимают лишь 4- и 5-е места, хотя по количеству беспризорных в абсолютном выражении они опережают ДВФО в 3,4 и 2,4 раза, соответственно. Такое распределение мест можно объяснить меньшим числом детей 0–17 лет в ДВФО и СФО. Значение уровня беспризорности и безнадзорности традиционно остается низким в ЮФО и СКФО, что, по



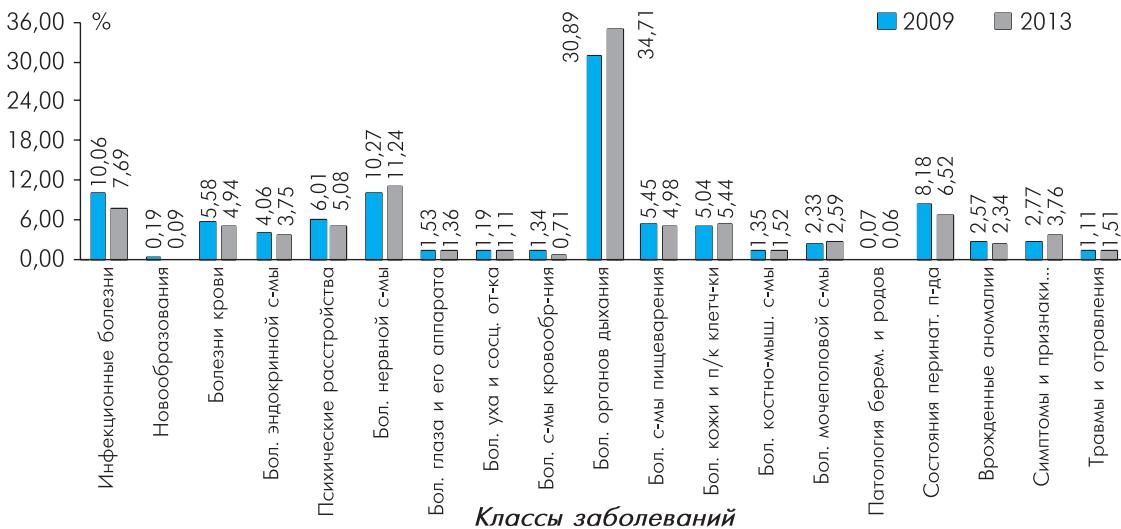


Рис. 1. Структура заболеваний беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в РФ в 2009 и 2013 гг. (% от числа всех болезней)

всей вероятности, связано с особенностями социального поведения и традициями населения в данных регионах (табл. 3).

Заболеваемость беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних

Заболеваемость беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних анализировали двояко: по структуре и по вкладу субъектов Федерации в число заболеваний по всем определяемым классам и нозологиям в РФ в целом (в %).

При этом было выявлено, что в РФ в 2009 г. первые ранговые места занимают болезни органов дыхания, нервной системы, инфекции и паразитарные болезни, отдельные состояния перинатального периода, психические расстройства и расстройства поведения (рис. 1).

Во всех федеральных округах на первом месте стояли болезни органов дыхания. Заболевания нервной системы в 5 округах занимали второе место (СЗФО, ЮФО, УФО, СФО и ДВФО), в 2 округах — третье место (СКФО и ПФО) и в ЦФО 5-е место. Инфекционные и паразитарные болезни сто-

яли на 1-м месте в ЦФО, а в остальных занимали 3–5-е места. Состояния перинатального периода в СКФО и ПФО были на втором месте, в УФО и ДВФО — на третьем и в СФО на четвертом. На 4–5 местах располагались болезни эндокринной системы (СЗФО), болезни органов пищеварения (ЮФО и СКФО) и болезни крови, кроветворных органов и иммунных механизмов (ПФО, УФО, СФО, ДВФО).

К 2013 г. по большинству показателей структуры заболеваемости в РФ беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних произошло снижение их долей в общем объеме зарегистрированных заболеваний, особенно инфекционных и паразитарных болезней, травм и отравлений, а также психических расстройств (соответственно, на 8,2; 25,2 и 20,5%).

В то же время по 9 показателям их процентное выражение возросло. В большей мере увеличилась доля по классам «симптомы, признаки и не точно обозначенные состояния», «травмы и отравления» (на 27,9 и 27,3%) и в меньшей степени — по болезням органов дыхания, костно-мышечной и мочеполовой систем, кожи и подкожной клет-

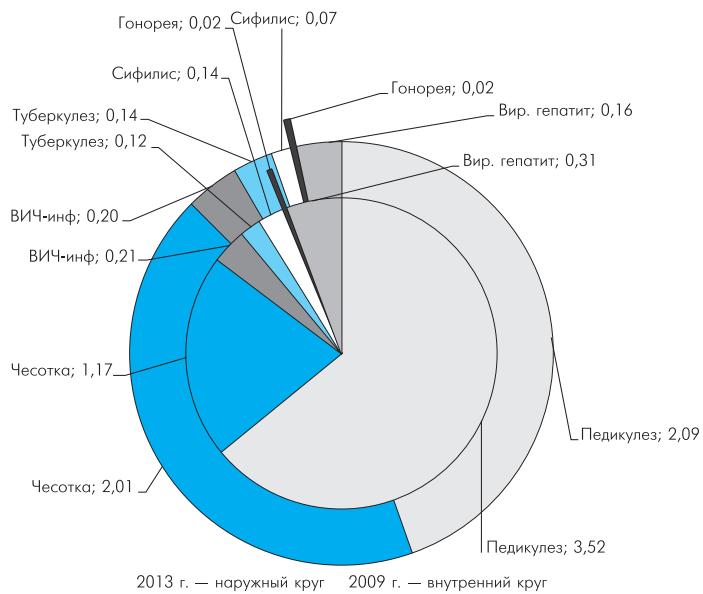


Рис. 2. Сравнительные данные долей социально обусловленных инфекционных заболеваний беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в РФ в 2009 и 2013 гг.

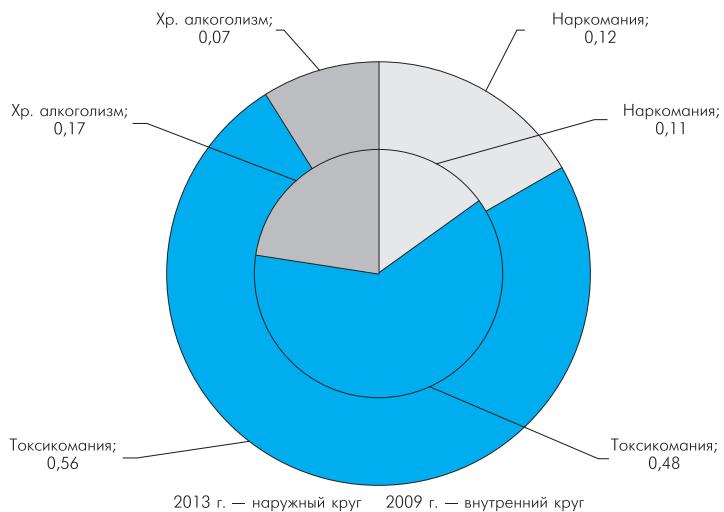


Рис. 3. Сравнительные данные долей потребления психоактивных веществ беспризорными и безнадзорными несовершеннолетними

чатки, болезням нервной системы (соответственно, 5,6; 5,4; 4,5; 3,1 и 2,8%). Увеличилась также доля таких нозологий, как «токсикомания» (на 9,1%) и туберкулез легких (на 16,7%).

Ниже последовательно представлены сравнительные данные о динамике за последние пять лет социально обусловленных инфекционных заболеваний (рис. 2) и потребителей психоактивных веществ (рис. 3).

Как следует из приведенных данных, в структуре общей заболеваемости в РФ

с 2009 по 2013 гг. произошло снижение доли педикулеза на 40,6%, сифилиса на 48,3%, вирусного гепатита на 49,5%. Их доли в структуре общей заболеваемости и в 2013 году составили, соответственно, 2,09; 0,07; 0,16%. В то же время процент чесотки и туберкулеза легких достиг 2,01 и 0,14% (повышение за 5 лет составило 71,8 и 16,7%).

Как следует из приведенных данных, за пять лет произошло снижение доли хронического алкоголизма в структуре заболеваемости (с 0,17 до 0,07% от общего числа



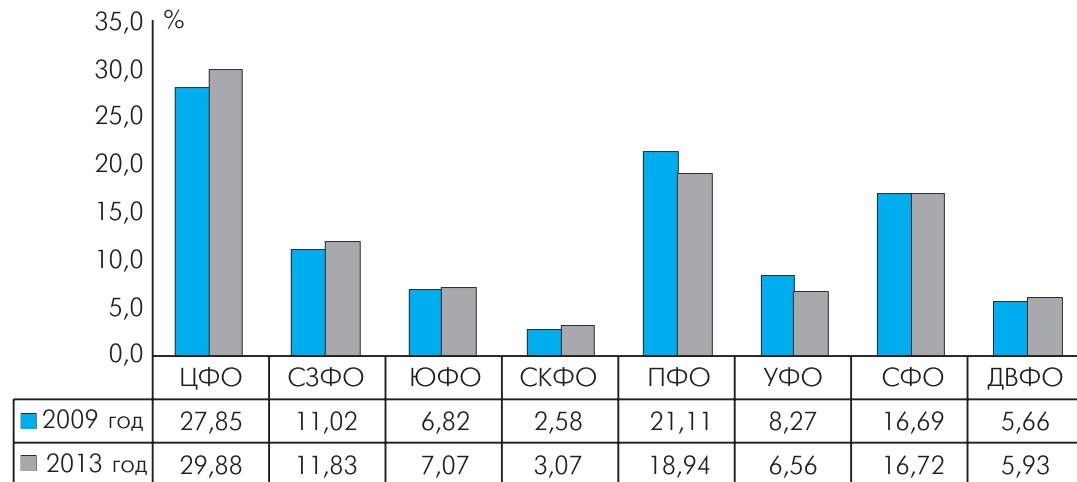


Рис. 4 . Распространенность заболеваний среди континентов по федеральным округам в 2009 и 2013 гг.

болезней) на фоне нарастания доли токсикоманий и наркоманий (с 0,48 до 0,56% и с 0,11 до 0,12%, — на 16,7 и 9,1%, соответственно)

По федеральным округам зарегистрирован умеренный рост показателя доли заболеваний в Северокавказском и Центральном федеральных округах. Лидирующие в ранговом ряду доли болезней органов дыхания и нервной системы за 5 анализируемых лет увеличились по пяти федеральным округам. По классу «инфекционные и паразитарные заболевания» аналогичные изменения наблюдались только в Северокавказском ФО, а по входящему в этот класс туберкулезу — по четырем округам (Центральный, Южный, Северокавказский и Дальневосточный федеральные округа) и вирусному гепатиту (Южный федеральный округ).

Обращает на себя внимание рост в четырех округах доли среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних ВИЧ-инфекции (ЦФО, СЗФО, ЮФО и ДВФО), а также сифилиса (ЮФО и УФО) и гонореи (ПФО и СФО).

В пяти округах выросла доля беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, употребляющих психоактивные вещества: в ЦФО, СЗФО, ЮФО и УФО — наркома-

нов; в ЮФО и СКФО — хронических алкоголиков и в УФО — токсикоманов.

Зарегистрирован также рост доли новообразований в СЗФО и УФО.

Особого внимания заслуживает динамика структуры заболеваемости беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в Центральном ФО и Северокавказском ФО, в первом — в связи с максимальной концентрацией здесь беспризорных детей из разных регионов РФ и СНГ, а во втором — из-за перманентных вооруженных конфликтов на их территориях.

Сравнение структуры заболеваемости беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в ЦФО и СКФО подтвердило относительное нарастание заболеваний, обычно реагирующих на ухудшение социального положения семей и общества в целом. Так, доля инфекционных и паразитарных заболеваний выросла в СЗФО за последние годы на 21,6% (с 7,73 до 9,40, в том числе туберкулеза от 0,0 до 0,15 %), болезней кожи и подкожной клетчатки на 31,4% (с 3,15 до 4,14 %), болезней органов пищеварения на 11,8% (с 7,63 до 8,53%), нервной системы на 9,3% (с 9,07 до 9,91), а также патологии беременности и родов — в разы (с 0,11



до 0,87), болезней костно-мышечной системы — на 46,1%, болезней глаза и его придаточного аппарата — на 3,8%, сахарного диабета — от 0,0 до 0,10%.

В Центральном ФО зафиксирован максимальный рост ВИЧ-инфицирования, а также рост туберкулеза, наркомании, болезней уха, кожи, мочеполовой системы, симптомов, признаков и не точно обозначенных состояний, травм и отравлений, патологии беременности и родов.

Оценка вклада регионов в общий показатель заболеваемости (по классам и нозологиям) подтвердила закономерности, выявленные при оценке структуры заболеваемости по РФ и федеральным округам, и позволила добавить к представленной выше картине ряд дополнительных штрихов.

Так, в 2009 г., наряду с Центральным ФО, главным «держателем» беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних (26,4%) и соответственно наибольшего числа заболеваний (по классам инфекций, психических расстройств, болезней глаза, уха, органов дыхания, пищеварения, кожи, костно-мышечной и мочеполовой систем, патологии беременности и родов, симптомов, травм и отравлений, а также ВИЧ-инфицирования, вирусного гепатита, сахарного диабета и наркомании), выявлена особо неблагоприятная ситуация в Приволжском ФО, в виде лидерства по 6 классам болезней и трем нозологиям. Причем каждый из этих показателей свидетельствует о социальном неблагополучии, низком уровне здоровья, запущенности и недостаточности медико-социальной помощи населению.

Именно в Приволжском ФО (среди 18,7% беспризорных детей от числа обследуемого контингента) максимальна доля беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних с врожденными аномалиями и перинатальными повреждениями (треть от числа всех аномалий и повреждений в РФ); новообразований (52,4%), болезней крови, кроветворных органов и иммунных механизмов (31,3%);

заболеваний нервной системы и системы кровообращения (21,3 и 27,3%). Кроме того, в ПФО среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних 68,4% детей выставлен диагноз хронического алкоголизма и 54,8% — токсикомании. Именно здесь в наше время 23,6% несовершеннолетних беспризорников страдают чесоткой.

Проведенный анализ выявил также неблагоприятную ситуацию в Сибирском ФО (18,3% от числа обследуемого контингента российских беспризорников) по распространенности среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних туберкулеза (44,7%), сифилиса (38,7%) и болезней эндокринной системы (22,5%), а также среди беспризорных и безнадзорных детей в Северо-Западном ФО, где сосредоточено 10,65% от числа указанного контингента в РФ.

В динамике 2009–2013 гг. по ЦФО лидирующее положение сохранили: размер контингента, численность заболеваний, инфекционные и паразитарные болезни (включая ВИЧ-инфицирование, вирусный гепатит и педикулез), психические расстройства (в том числе наркомания), болезни глаза, уха, органов дыхания, пищеварения, кожи, мочеполовой системы, патологии беременности и родов, симптомы, признаки и не точно обозначенные состояния. Увеличившись, получили статус лидера: туберкулез, сифилис, эндокринные болезни (в том числе сахарный диабет), болезни органов кровообращения.

В Приволжском ФО (доля в российском контингенте беспризорных в 2013 г. — 17,52%) сохранили лидирующее положение болезни крови, кроветворной системы и иммунных механизмов, хронический алкоголизм, токсикомания, болезни нервной системы, состояния перинатального периода и врожденные аномалии. Кроме того, увеличилась доля в общероссийском показателе: сахарного диабета в 7,4 раза, гонореи в 6,5 раза, травм в 2,7 раза, наркоманий в 1,8 раза, вирусного гепатита на 50,4%, туберкулеза на 45,7%, болезней уха и сосце-





Таблица 4

Исходы пребывания беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в стационаре

<i>Исходы</i>	<i>2013</i>	<i>2009</i>	<i>2013/2009 (%)</i>
Госпитализировано	53 365	62 072	
Отказано в приеме в стационар	648	1044	
Выписаны: — в семью	25 367 (47,5%)	24 563 (39,6%)	+19,9
— в учреждения соцзащиты	14 379 (26,9%)	18 514 (29,8%)	-9,7
— в учреждения образования	2744 (3,1%)	4224 (6,8%)	-54,4
— в дома ребенка	8584 (16,1%)	10889 (17,5%)	-8,0
— в учреждения временного содержания системы МВД РФ	534 (1,0%)	413 (0,67%)	+49,3
Самовольно ушли	471 (0,9%)	787 (1,26%)	-30,2
Умерли	54 (0,1%)	98 (0,16%)	-37,1
Прочее	1816 (2,4%)	2593 (4,2%)	—

Таблица 5

Структура потерь беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в РФ и по ее федеральным округам

<i>РФ и ФО</i>	<i>Абсолюты</i>		<i>Структура (%)</i>		<i>Соотношение долей 2013/2009</i>
	<i>2013</i>	<i>2009</i>	<i>2013</i>	<i>2009</i>	
РФ	54	98	100	100	
ЦФО	6	27	11,1	27,6	-59,8
СЗФО	2	6	3,7	6,1	-31,3
ЮФО	5	8	9,3	8,2	+13,4
СКФО	6	9	11,1	9,2	+20,7
ПФО	10	18	18,5	18,3	+1,1
УФО	4	4	7,4	4,1	+80,5
СФО	16	22	29,6	22,4	+27,7
ДВФО	5	4	9,3	4,1	+126,8

видного отростка на 49,8%, болезней органов кровообращения на 45,0%, благодаря чему гонорея и диабет достигли положения лидеров.

Сибирский ФО (доля в российском контингенте беспризорных детей в 2013 г. — 19,5%), благодаря снижению соответствую-

щих показателей, лишился лидерства по ВИЧ-инфицированности, туберкулезу и эндокринным заболеваниям. При этом в 3,1 раза поднялась доля региона в российском показателе вирусного гепатита, на 40,7% увеличилась доля состояний перинатального



Таблица 6

Показатели смертности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в пересчете на 100 000 учтенных (беспризорные и безнадзорные дети, доставленные в стационары)

РФ и ФО	Показатель смертности на 100 000 учтенного контингента беспризорных		Соотношение 2013/2009
	2013 (n = 53 655)	2009 (n = 63 128)	
РФ	100,1	155,2	-35,6
ЦФО	42,2	161,5	-73,9
СЗФО	37,3	89,2	-58,2
ЮФО	125,1	177,9	-29,7
СКФО	306,5	480,0	-36,1
ПФО	106,4	151,2	-29,6
УФО	97,4	77,5	+25,7
СФО	152,9	191,1	-20,0
ДВФО	120,5	83,9	+43,6

периода, на 38,6% — хронического алкоголизма, на 14,6% — болезней крови. Несмотря на уменьшение частоты этого заболевания в стране, доля СФО в российском показателе заболевания чесоткой в 2013 г. остается максимально высокой.

Произошли значительные изменения и в Северокавказском ФО. Там доля российского контингента в 2013 г. увеличилась максимально — на 22,5% (с 2,98 до 3,65), а доля всех заболеваний в российском показателе увеличилась на 18%.

Большинство учитываемых показателей заболеваемости (их доли в общероссийском показателе) также стали выше: по патологии беременности и родов (в 12,2 раза), по заболеваниям костно-мышечной системы (на 68,8%), болезням органов пищеварения (на 59,5%), кожи и подкожной клетчатки (на 58,3%), новообразованиям (на 52,4%), инфекциям и паразитарным заболеваниям (на 46,1%), врожденным аномалиям (на 33,0%), болезням крови (на 31,3%), психическим расстройствам (на 30,5%), болезням системы кровообращения (на 27,3%), болезням нервной системы (на 21,3%), чесотке (на 23,6%), сифилису (на 20,6%), болезням глаза, мочеполовой системы, уха и органов

дыхания (соответственно, на 16,3, 15,3, 14,4, 11,9%). Доля туберкулеза выросла до 3,41%; хронического алкоголизма до 4,76% и сахарного диабета — до 14,29%.

Как следует из приведенных данных, большинство госпитализированных беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних выписываются из стационаров в семью (родительские или замещающие семью), в учреждения социальной защиты и медицинские организации (дома ребенка) (табл. 4).

Анализ структуры потерь беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних по федеральным округам РФ показал, что в 2013 г., по сравнению с 2009 г., произошло сокращение частоты смертельных исходов беспризорных по всем округам, кроме Дальневосточного. В 2009 г. наибольшая доля беспризорных и безнадзорных детей погибла в ЦФО (27,6%) и Сибири (22,4%), а наименьшая — в УФО и ДВФО (по 4,1%) (табл. 5).

В 2013 г. на первое место по числу смертей среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних вышел Сибирский ФО (16 детей, или 29,6% в структуре потерь). Увеличились также доли умерших беспризорников в общероссийском контингенте — максимально в Дальневосточном ФО (+126,8%)





и еще в Уральском ФО (+80,5%), Сибирском, Северокавказском и Южном федеральных округах (+27,7; +20,7 и +13,4%, соответственно).

Неблагополучными в отношении смертельных исходов для беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних являются: Красноярский, Ставропольский и Пермский края, Московская, Ростовская и Псковская области.

При оценке показателей смертности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в пересчете на 100 000 учтенных аналогичных контингентов (беспризорных и безнадзорных детей, доставленных в стационары) в качестве общей тенденции зарегистрировано в 2013 г., по сравнению с 2009 г., снижение показателей. Рост анализируемой смертности зарегистрирован только в двух федеральных округах — Дальневосточном (с 83,9 до 120,5, то есть на 43,6%) и Уральском (с 77,5 до 97,4, то есть на 25,7%) (табл. 6).

Исходя из цифровых данных, наихудшими в плане выживаемости детей оказался Северокавказский ФО, где смертность беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних достигала в 2009 г. 480,0 и в 2013 г. — 306,5 на 100 000. Достаточно высоки показатели смертности беспризорных детей и в Южном ФО (в 2009 и 2013 гг.: 177,9 и 125,1 на 100 000, соответственно). Однако эти величины следует воспринимать с учетом максимально низкого уровня учитываемых контингентов в обоих этих федеральных округах в связи с тем, что в ЮФО и особенно в СКФО широко развито принятие в семью детей, оставшихся без попечения родителей.

Большую тревогу вызывают показатели смертности беспризорных детей в Сибирском ФО (191,1 в 2009 г. и 152,9 в 2013 г.) и в Приволжском ФО (151,2 в 2009 г. и 106,4 на 100 000 в 2013 г.). В СФО гибель в стационарах беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в 2013 г. зафиксирована в Краснодарском крае (10), Забайкаль-

ском крае (2), в Хабаровском крае, Иркутской, Новосибирской, Томской областях (по 1) и в ПФО — в Пермском крае (3), в Республике Татарстан и Оренбургской области (по 2); в республиках Башкортостан и Удмуртия, Самарской области (по 1).

Выводы

1. Как положительное следует отметить относительное снижение контингентов беспризорных, безнадзорных несовершеннолетних в РФ и уменьшение смертельных исходов в данном контингенте в период их пребывания на обследовании и лечении в стационарах, а также увеличение передачи детей из этих контингентов в родительские и приемные семьи.

2. В то же время анализ контингентов беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних в РФ, их возрастного состава и особенностей заболеваемости с учетом региональной специфики свидетельствуют о недостаточности мер профилактики и коррекции беспризорности и безнадзорности в РФ и ее регионах, особенно в Центральном, Приволжском, Северокавказском и Сибирском округах.

3. Увеличение доли смертей беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних по Дальневосточному, Уральскому, Сибирскому, Северокавказскому и Южному федеральным округам в общероссийском контингенте умерших беспризорных детей; показателей смертности беспризорных и безнадзорных детей Дальнего Востока и Урала (на 100 000 учтенных по федеральным округам соответствующих контингентов), а также сохраняющиеся в течение последних пяти лет выше среднероссийских показатели смертности беспризорных детей Сибири, Приволжского, Северокавказского и Южного федеральных округов усиливают тревогу относительно социального неблагополучия в этих регионах и подтверждают высказанное ранее положение о недостаточности медико-организационных мер по профилактике и коррекции нару-



шений здоровья в контингентах беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних.

4. По ряду показателей здоровья, которые свидетельствуют о социальном неблагополучии, в указанных федеральных округах наблюдается их рост: инфекционных заболеваний (туберкулеза, ВИЧ-инфицированности, вирусного гепатита), наркозависимости и хронического алкоголизма, болезней крови, кроветворных органов и иммунных механизмов, болезней органов дыхания, пищеварения, мочеполовых органов, кожи, патологии

беременностей и родов, а также травм и отравлений.

5. Представленные данные служат основанием для формулирования необходимости улучшения социального положения семей и общества в целом, особенно на территориях в Центральном, Приволжском, Северокавказском и Сибирском округах, а также совершенствования системы профилактики безнадзорности, беспризорности и правонарушений, консолидации всех ее заинтересованных органов и служб.



UDC 614.2

Leonov S.A., Xibulskay I.S., Nizamova E.R. *Data on the number of homeless and neglected minors, placed in medical-preventative organizations in 2013 over time from 2009 to 2013 years* (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow)

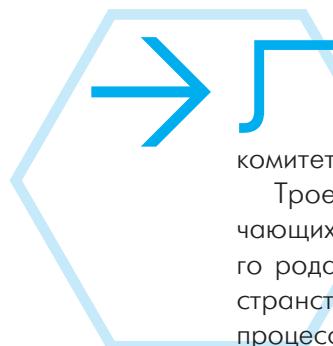
Abstract. There is presented data on the number of homeless and neglected minors, placed in medical-preventative organizations in 2013 over time from 2009 to 2013 years. There was analyzed it's morbidity (including socially associated diseases) in Russia as a whole and in constituent members of the Federation. Moreover, there are analyzed outcomes of their stay in stationaries, frequency of mortality outcomes by territories. There has been stated an increase in growth of morbidity among homeless children infected with such diseases as tuberculosis, HIV as well as infractions and toxications.

Keywords: homeless children contingents, morbidity, mortality, Russia, regions.

Медицинская наука



УЧЕНЫЕ УДОСТОЕНЫ ПРЕМИИ ЗА «ОТКРЫТИЕ КЛЕТОК, ОТВЕЧАЮЩИХ ЗА СИСТЕМУ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ В МОЗГЕ»



Победителями Нобелевской премии в области физиологии и медицины 2014 года названы Джон О'Киф и норвежская супружеская пара Май-Бритт и Эдвард Мозер. Об этом объявил Нобелевский комитет при Каролинском институте в Стокгольме.

Трое ученых удостоены Нобелевской премии за «открытие клеток, отвечающих за систему позиционирования в мозге». Эта система является своего рода «внутренней GPS», которая позволяет нам ориентироваться в пространстве». «Их работа показала, насколько сложный интеллектуальный процесс осуществляют нервные клетки головного мозга», — пояснил Нобелевский комитет. В этом году на премию было выдвинуто 263 кандидата.

Доктор О'Киф родился в 1939 году в Нью-Йорке. Он является гражданином США и подданным Великобритании, преподает в Университетском колледже Лондона. Май-Бритт Мозер и Эдвард Мозер имеют норвежские паспорта. Работают в Норвежском университете техники и естественных наук в Тронхейме.

Источник: ТАСС





О.В. Романовская,

д.ю.н., профессор кафедры частного и публичного права Пензенского государственного университета, г. Пенза, Россия, vlad93@sura.ru



ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ, СТРАДАЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИМИ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ¹

УДК 342.922

Романовская О.В. Правовые основы оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия)

Аннотация. В статье рассматриваются особенности оказания медицинской помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Выделяется понятие инфекционных заболеваний. Представлены статистические данные. Определен порядок оказания медицинской помощи гражданам, страдающим туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Указывается на недостатки в правовом регулировании оказания медицинской помощи без согласия пациента. Так, Гражданский процессуальный кодекс Российской Федерации не содержит специальной главы, в которой бы раскрывался порядок дачи судебной санкции на принудительные освидетельствование и госпитализацию лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. В российском законодательстве отсутствуют нормы, устанавливающие меры административного принуждения по отношению к гражданам указанной категории.

Ключевые слова: заболевание, социальная опасность, судебная санкция, особое производство, принудительная госпитализация.

Статья 43 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан) посвящена медицинской помощи двум группам граждан:

1) страдающим социально значимыми заболеваниями, перечень которых утвержден Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715³ (в него входят: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением);

2) страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих (перечень утвержденным выше Постановлением № 715,

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

² Собрание законодательства РФ. — 2004. — № 31. — Ст. 3215.

³ Собрание законодательства РФ. — 2004. — № 49. — Ст. 4916.

© О.В. Романовская, 2014 г.



но имеет свои уточнения, включает как некоторые заболевания из первого перечня (например, ВИЧ-инфекция, гепатит С, так и другие: чума, холера, сибирская язва и др.).

Сами понятия групп заболеваний в Законе об основах охраны здоровья граждан не даны. В статье 1 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»⁴ закрепляется понятие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, — это инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия). Как видно, в определение добавляется прилагательное «инфекционные», однако ссылки законов указывают, что перечни в них идентичны. Это требует приведения терминологии к единому «знаменателю».

Если обратиться к обоим перечням, изложенным в Постановлении № 715, то можно увидеть, что и тот, и другой перечни небольшие, но включают в себя именно те заболевания, которые вызывают наибольшую беспокойство со стороны общества и государства. Инфекционные заболевания характеризуются скоростью распространения. А каждая болезнь из первой группы практически определяет уровень смертности в нашем государстве. Именно по ним возникают наибольшие проблемы в силу их распространенности, но в рамках данной статьи остановимся на проблемах правового регулирования оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Статистика выглядит неутешительно. Так, выявлено больных туберкулезом (впервые) — 97,5 тыс., сифилисом — 47,3 тыс. Причем в Республике Тыва, например, заболеваемость по сифилису в 2010 г. была в 5,8 раза выше среднероссийского показателя. Высокие показатели заболеваемости сифилисом наблюдались в Еврейской автономной области, Амурской области, Республике Хакасия, Забайкальском крае (в 2,6–3,3 раза выше), Иркутской, Кемеровской областях, республиках Алтай, Бурятия, Хабаровском крае, Удмуртской республике (в 1,9–2,3 раза выше). В 2012 г. зарегистрировано 59 700 человек (в 2011 г. — 59 600) с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека (диагноз установлен впервые в жизни), всего зарегистрировано больных — 438 400⁵. По абсолютному числу новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции Россия лидирует среди всех стран мира. В 2012 году в Великобритании было зарегистрировано 6358 новых случаев ВИЧ-инфекции, во Франции — 4066, в Италии — 3898, в Испании — 3210, в Германии — 2954, всего во всех странах Европейского союза — 29 381 (5,8 на 100 тысяч населения). В 2011 году в США был зарегистрирован 42 181 новый случай ВИЧ-инфекции с учетом штатов, которые своевременно не представили данные, расчетное число новых случаев составляет 49 273⁶.

Россия лидирует в европейском рейтинге по частоте инфекционных заболеваний. По туберкулезу мы занимаем четвертое место (127,5 на 100 тысяч населения), по вирусному гепатиту В — первое (35,7 на 100 тысяч, Дания, например, — 0,8 на 100 тысяч насе-

⁴ Собрание законодательства РФ. — 1999. — № 14. — Ст. 1650.

⁵ Федеральная служба государственной статистики / URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr2-2.xls

⁶ Ладная Н., Покровский В., Соколова Е. ВИЧ-инфекция в России сегодня / <http://demoscope.ru/weekly/2014/0599/tema02.php>

⁷ Аналитика представлена не во всех статистических сборниках, подготовленных Федеральной службой статистики. См.: Здравоохранение в России. 2009. — М., 2010. — С. 61. Все сборники с 2001 по 2013 гг. представлены на официальном сайте Росстата: URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rossstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1139919134734





ления), по сифилису — второе место (кстати, в 2008 г. 229,9 на 100 тысяч населения⁷), уступая только Казахстану, по вновь зарегистрированным случаям ВИЧ-инфекции — также второе место, уступая только Эстонии (в России 60,6 на 100 тысяч населения⁸, а в Венгрии — 0,8 на 100 тысяч)⁹. Хотя намечается тенденция по улучшению ситуации (что показывает снижение числа впервые зарегистрированных социально значимых заболеваний), но она не должна обуславливать отход от активных мер противодействия.

Закон об основах охраны здоровья граждан определяет лишь общие параметры оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Так закрепляется, что указанная помощь предоставляется в соответствующих медицинских организациях. Основные гарантии лицам, страдающим некоторыми опасными заболеваниями, предусматриваются специальными федеральными законами. Закон об основах охраны здоровья граждан закрепляет таким образом лишь общий признак. Н.В. Путило считает такой метод правового регулирования перспективным, но отмечает недостаток: «...помимо конкретики правового регулирования, исходящей из специфики заболевания и его лечения, взаимоотношений лиц, страдающих этим заболеванием, с окружающим миром, в подобных законах имеется много дублирующих и декларативных норм, положений, лишенных юридической нагрузки»¹⁰.

В настоящее время действует Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»¹¹, статья 7

которого предусматривает: «Оказание противотуберкулезной помощи больным туберкулезом гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, общедоступности в объемах, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Противотуберкулезная помощь оказывается как при добровольном согласии граждан, так и при его отсутствии в случаях, предусмотренных данным Федеральным законом. Для оказания помощи больным туберкулезом создаются медицинские противотуберкулезные организации, имеющие соответствующие лицензии. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом, проходят обследование в целях выявления туберкулеза. Предусматривается вакцинация против туберкулеза в целях его профилактики. В целях выявления туберкулеза периодически проводятся профилактические медицинские осмотры граждан. Порядок и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза определены Постановлением Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. № 892¹². Этим же Постановлением утверждены Порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и Порядок ведения государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза.

Следует учитывать, что диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей. Решение о необходимости диспансерного наблюдения или его прекращения принимает-

⁸ По 2010 г. распространенность заболевания составляет 352,4 на 100 тыс. населения.

⁹ Атлас здоровья в Европе. М., 2004. Ситуация по ВИЧ-инфекции только ухудшилась.

¹⁰ Путило Н.В. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан: на пороге перемен//Журнал российского права. — 2010. — № 10.

¹¹ Собрание законодательства РФ. — 2001. — № 26. — Ст. 2581.

¹² Собрание законодательства РФ. — 2001. — № 53 (ч. 2). — Ст. 5185.



ся комиссией врачей, назначенной руководителем медицинской противотуберкулезной организации, которая оказывает противотуберкулезную помощь в амбулаторных условиях, и оформляется в медицинской документации записью об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении, о чем в письменной форме извещается лицо, подлежащее диспансерному наблюдению (статья 9 Закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»).

В Российской Федерации принят Федеральный закон от 30 марта 1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»¹³ (Закон о предупреждении ВИЧ). Отношение к ВИЧ-инфекциии отличается высоким уровнем общественного резонанса. Так, 12 мая 2014 г. министр здравоохранения России В. Скворцова приняла участие в Четвертой конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии (г. Москва), определила озабоченность государства ростом численности заболевших, отметив: «Российской Федерации уделяется большое внимание развитию научных направлений с выработкой как современных средств профилактики ВИЧ-инфекции — один из таких опытных образцов российской вакцины против ВИЧ-инфекции будет подготовлен уже к концу этого года и вступит в фазу клинических исследований, так и соответственно современных препаратов, которые позволят прервать ВИЧ-инфекцию на ранней стадии заболевания».

Нередко слышны мнения, что ВИЧ — это наказание за «беспутный» образ жизни, так как основной группой риска являются наркоманы, лица, занятые в сфере оказания сексуальных услуг, гомосексуалисты. Предлага-

лось даже предавать огласке случаи таких заболеваний. Кстати, известны истории преднамеренного заражения ВИЧ-инфицированными. Так, Окружной суд штата Огайо (США) вынес приговор 29-летнему Андре Дэвису (экс-боксер по прозвищу «гангстер любви»), который сознательно заражал девушки СПИДом (доказано 14 эпизодов). В итоге — 32 года пребывания в тюрьме¹⁴. В 2012 г. рассматривалось уголовное дело, возбужденное в Швейцарии в отношении иглоукалывателя-самоучки по факту преднамеренного заражения 16 человек вирусом иммунодефицита. Как оказалось, мужчина практиковал акупунктуру только с целью инфицирования своих жертв столь опасным заболеванием. Он специально проводил процедуру иглами, на которых присутствовали остатки зараженной крови. Примечательно, что сам обвиняемый не является ВИЧ-положительным¹⁵. В нашем государстве также предаются огласке аналогичные случаи из судебной практики. Часть 2 статьи 122 Уголовного кодекса РФ устанавливает заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни, наказание в виде лишения свободы на срок до пяти лет. Тем самым данное преступление относится к категории средней тяжести.

Впервые удар по «порочности» ВИЧ-инфицированных был нанесен массовым заражением несовершеннолетних в Элисте (это еще было в советские времена), произошедшим из-за халатности медперсонала. Общество поняло, что ВИЧ может прийти не только в дом наркомана или проститутки, но и к еще не осознавшему ничего в этом мире ребенку. Распространенность заболевания, отсутствие эффективных способов лечения придают проблеме ВИЧ международный характер. В 1996 г. во время Второй международной

¹⁴ URL: <http://www.medikforum.ru/news/health/sex/17216-za-umyshlennoe-zarazhenie-spidom-32-goda-tyurmy.html>

¹⁵ URL: http://hiv.pp.ua/news/praktikovavshego_akupunkturu_shvejcarca_obvinili_v_umyshlennom_zarazhenii_vich_16_chelovek/2012-08-31-332





консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, проводимой под эгидой ООН, были выработаны Международные руководящие принципы по поощрению и защите прав человека в связи с ВИЧ/СПИДом. В руководящем принципе 3 указывается, что законодательство в области общественного здравоохранения должно обеспечивать, чтобы медицинское освидетельствование на выявление ВИЧ-инфекции проводилось лишь в том случае, когда лицо дает на это осознанное согласие. Исключения из принципа добровольности медицинского освидетельствования должны допускаться лишь при наличии специального разрешения суда, выданного после надлежащей оценки важных соображений, связанных с неприкосновенностью частной жизни и свободы¹⁶. Указанные руководящие принципы допускают разглашение врачом информации о наличии ВИЧ-инфекции партнеру поовым отношениям своих пациентов, но с учетом каждого индивидуального случая и этических соображений. Однако обращает внимание значимый момент: международные принципы допускают освидетельствование без согласия самого пациента, но на основании судебного решения.

Международные принципы подчеркивают, что по возможности имя инфицированного даже при беседе с его половым партнером не должно разглашаться. Общество заинтересовано в выявлении данного заболевания, но оно заинтересовано и в том, чтобы человек самостоятельно обращался за профессиональной помощью. Подобное возможно только при атмосфере терпимости к таким больным, гарантирования анонимности. При этом международные принципы специально закрепляют, что обязательное тестирование оправдано только при донорстве органов и (или) тканей. Особое внимание в практике законодательного регулирования уделяется шифрованию данных о ВИЧ-инфицированных в информационных системах публичных орга-

нов. Упоминание в официальных документах, предназначенных для широкого круга использования, не допускается, устанавливается режим секретности, фамилии больных кодируются.

Анализ указанных нормативных актов показывает одну из серьезных проблем в оказании медицинской помощи гражданам, страдающим социально опасными заболеваниями. Это связано с оказанием помощи вне согласия самого инфицированного. Если в отношении больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией установлены специальные правила, то в отношении других заболеваний действуют общие правила Закона об основах охраны здоровья граждан.

Так, статья 10 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» устанавливает основания для обязательного обследования и лечения больных туберкулезом. В случае угрозы возникновения и распространения туберкулеза на основании предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, проводятся дополнительные противоэпидемические мероприятия.

Больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения. Российское законодательство описывает процедуру принятия решения о принудительной госпитализации. Медицинское освидетельствование на ВИЧ-инфекцию также может быть как добровольным, так и

¹⁶ ВИЧ/СПИД и права человека. ООН, Нью-Йорк и Женева, 1998, с. 27.





обязательным. Обязательному медицинскому освидетельствованию подлежат доноры крови, биологических жидкостей, органов и тканей. Обязанность по соответствующему освидетельствованию устанавливается также для работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций. Правила проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) утверждены Постановлением Правительства РФ от 13 октября 1995 г. № 1017¹⁷. Утверждены санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»¹⁸. Постановлением Правительства РФ от 28 февраля 1996 г. № 221 утверждены Правила обязательного медицинского освидетельствования лиц, находящихся в местах лишения свободы, на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)¹⁹.

Однако рассмотрим ситуацию, если гражданин заболел чумой, холерой или сибирской язвой. Профилактика данных заболеваний определяется санитарными правилами, в которых стандартной нормой закрепляется: в случае выявления данного заболевания больной немедленно подлежит госпитализации. Предусматривается вакцинация граждан. Часть 9 статьи 20 Закона об основах охраны здоровья граждан устанавливает, что медицинское вмешательство без согласия гражданина допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих. Порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента в данном законе не прописан. Феде-

ральный закон от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» вообще не содержит правила вакцинации без согласия самого гражданина. Хорошо, если гражданин понимает серьезность ситуации и будет руководствоваться предписаниями медицинских работников. Представим обратную ситуацию. Насильно вакцинировать нельзя, а принудительная госпитализация не гарантирована соответствующими мерами принуждения²⁰.

Даже при применении норм Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» возникают серьезные трудности. Дело в том, что сама госпитализация на основании судебного решения урегулирована только в отношении лиц, которым оказывается психиатрическая помощь. Данная категория дел рассматривается в особом порядке, поскольку в них отсутствует материально-правовой спор. Более того, если при подаче заявления или рассмотрении дела в порядке особого производства устанавливается наличие спора о праве, подведомственного суду, он выносит определение об оставлении заявления без рассмотрения, в котором разъясняет заявителю и другим заинтересованным лицам их право разрешить спор в порядке искового производства²¹. Статья 262 Гражданского процессуального кодекса РФ устанавливает перечень дел, рассматриваемых судом в порядке особого производства. Согласно ему, в ГПК РФ имеется глава 35 «Госпитализация гражданина в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном

¹⁷ Собрание законодательства РФ.. — 1995. — № 43. — Ст. 4070.

¹⁸ Российская газета. — 2011. — № 81. — 15 апреля.

¹⁹ Собрание законодательства РФ. — 1996. — № 12. — Ст. 1112.

²⁰ См. более подробно: Романовский Г.Б. Правовое регулирование организации профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни//Правовые вопросы в сфере здравоохранения. — 2013. — № 9. — С. 12–24.

²¹ Комментарий к статье 262/Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации (постатейный)/Д.Б. Абушенко, А.М. Гребенцов, С.Л. Дегтярев и др.; под общ. ред. В.И. Нечаева. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: НОРМА, 2008. — 976 с.





порядке и психиатрическое освидетельствование в недобровольном порядке». Часть 2 статьи 262 ГПК РФ содержит расширительное правило: «Федеральными законами к рассмотрению в порядке особого производства могут быть отнесены и другие дела». Однако даже в отношении граждан, больных туберкулезом, такие дела судом не рассматриваются, поскольку ГПК РФ не определяет процедуру рассмотрения. Анализ сложившейся ситуации в учреждениях уголовно-исполнительной системы Пензенской области показывает, что и в отношении граждан, приговоренных к лишению свободы и больных туберкулезом, сотрудники УИС требуют письменное согласие на медицинское вмешательство. Хотя в данной системе действуют жесткие правила по обеспечению санитарного режима. И если в условиях данной системы никто не приходит в суд с заявлением о принудительной госпитализации, то о каких заявлениях может идти речь от представителей «гражданских» медицинских организаций.

Статья 27 Закона об основах охраны здоровья граждан предусматривает обязанности граждан:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их времен-

ной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Но приведенные обязанности отличаются декларативностью и не подкреплены никакими гарантиями их соблюдения, ни значимыми санкциями, обеспечивающими их исполнение. Никто не ратует за провозглашение принудительной медицины, но каждый должен понимать, что при появлении некоторых заболеваний «игра» в права человека может привести к катастрофическим последствиям²².

Помимо обозначенной проблемы, нельзя не указать, что некоторые нормативные акты предусматривают «свои» перечни заболеваний, представляющих опасность для окружающих, наличие которых обуславливает определенные правовые последствия. Так, статья 6.1²³ Федерального закона от 25 июля 2002 г. № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» устанавливает, что иностранный гражданин, прибывший в Россию в порядке, не требующем получения визы, обязан представить в территориальный орган ФМС (в течение тридцати суток со дня подачи им заявления о выдаче ему разрешения на временное проживание), принявший его заявление о выдаче ему разрешения на временное проживание, документы, подтверждающие отсутствие у него заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, а также сертификат об отсутствии у него заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции). Перечень инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство,

²² Романовский Г.Б. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья//Гражданин и право. — 2012. — № 12. — С. 30–38.

²³ Статья введена Федеральным законом от 18 июля 2006 г. № 110-ФЗ//Собрание законодательства РФ. — 2006. — № 30. — Ст. 3286.



или разрешения на работу в Российской Федерации, утвержден Постановлением Правительства РФ от 2 апреля 2003 г. № 188²⁴. Этот перечень включает в себя: болезнь, вызванную вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), лепра (болезнь Гансена), туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (сифилис, хламидийная лимфогранулема (венерическая), шанкроид. В развитие указанных положений принято Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 14 декабря 2007 г. № 86 «Об организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства»²⁵.

«Свой» перечень заболеваний содержится в Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 22 января 2008 г. № 3²⁶, которым утверждены санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации». Это — Перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации, к которым относятся: оспа; полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипов; тяжелый острый респираторный синдром; холера; чума; желтая лихорадка, лихорадка Ласса, лихорадка Западного Нила, крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт); болезнь, вызванная вирусом Марбург, и болезнь, вызванная вирусом Эбола, и некоторые другие.

Санитарная охрана территории Российской Федерации направлена на предупреждение заноса на территорию нашего государства и распространения на его территории инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а

также на предотвращение ввоза и реализации на территории России товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека.

В случае выявления указанных заболеваний в пути следования иностранных граждан в Российскую Федерацию больные (или с подозрением на заболевание), отказавшиеся от госпитализации, подлежат временному помещению в медицинский изолятор на территории пункта пропуска до решения вопроса об их возвращении в страну выезда. По прибытии транспортного средства на территорию России, на котором имеются такие больные (подозрительные), павшие грызуны, проводятся специальные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать ряд выводов: **1)** необходимо унифицировать терминологию и перечни заболеваний, представляющих опасность для окружающих; **2)** необходимо внести изменения в санитарное законодательство, определив порядок принудительного освидетельствования и госпитализации лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; **3)** необходимо внести изменения в Гражданский процессуальный кодекс РФ, закрепив порядок дачи судебной санкции на принудительное освидетельствование и госпитализацию граждан, страдающих некоторыми заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; **4)** необходимо установить четкие меры административного принуждения, применяемые к гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, защищающие как самого гражданина от возможных злоупотреблений, так и медицинских работников, оказывающих соответствующую помощь.



²⁴ Собрание законодательства РФ. — 2003. — № 14. — Ст. 1286.

²⁵ Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2008. — № 5.

²⁶ Российская газета. — 2008. — № 82. — 16 апреля.





Литература

1. Комментарий к Гражданскому процессуальному кодексу Российской Федерации (постатейный)/Д.Б. Абушенко, А.М. Гребенцов, С.Л. Дегтярев и др.; под общ. ред. В.И. Нечаева. 3-е изд., перераб. и доп. — М.: НОРМА, 2008. — 976 с.
2. Путило Н.В. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан: на пороге перемен//Журнал российского права. — 2010. — № 10.
3. Романовский Г.Б. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья//Гражданин и право. — 2012. — № 12. — С. 30–38.
4. Романовский Г.Б. Правовое регулирование организации профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни//Правовые вопросы в сфере здравоохранения. — 2013. — № 9. — С. 12–24.

UDC 342.922

Romanovskaya O.V. . Legal fundamentals surrounding medical aid provision to citizens, suffering from diseases, representing danger to wider public (Penza State University, Penza, Russia)

Abstract. There were studied special aspects of the medical aid provision to people, suffering from socially important diseases and diseases representing threat to the wider public. There was generated a definition of infectious diseases and were presented statistical data. There is determined a set of rules on providing medical aid to patients, suffering from tuberculosis and HIV-infection. The article points out to the flaws in legal regulation administrating provision of medical aid without patient's permission. Russian legislation lacks norms, regulating administrative law enforcement relative to citizens of mentioned category.

Keywords: disease, social danger, legal sanction, special production, mandatory hospitalization.

Здравоохранение-2014

О ГОСЗАКУПКАХ ИМПОРТНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

По данным аналитиков DSM Group, доля лекарств российского производства на коммерческом рынке в стоимостном выражении составляет всего 23%, в натуральном, по числу проданных упаковок, — 56%. Импорт занимает около 85% от общего объема лекарственных госзакупок, в госпитальном сегменте — 70% (годовой объем закупок — 115 миллиардов рублей), в программе дополнительного лекарственного обеспечения — 86% (годовой объем — 65,5 миллиарда рублей).

В начале сентября Минпромторг уже представил проект постановления об ограничении госзакупок импортных лекарственных препаратов, разработанный в целях выполнения задач импортозамещения в фармакологической сфере. Этот законопроект, в частности, запрещает закупать для государственных нужд импортные препараты, если в тендерах фигурируют от двух и более лекарств от российских, белорусских и казахстанских производителей. При этом запрещать зарубежным производителям лекарств участвовать в тендерах не планируется, особенно если такая компания — единственный поставщик лекарственного средства.

Однако некоторые отечественные производители медицинской продукции из-за бюрократических препон просто не попадают на российский рынок лекарственной продукции. Сейчас регистрация лекарственных препаратов в Министерстве здравоохранения ограничена семью месяцами, однако на практике это не предел: часто из-за разного рода бюрократических проволочек процедура может длиться гораздо дольше.

Источник: <http://www.dni.ru>

**И.Т. Русев,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и экономики военного здравоохранения, jatros@mail.ru

А.А. Ефремова,

преподаватель кафедры общественного здоровья и экономики военного здравоохранения, 1490ru@gmail.com

А.А. Ефремов,

старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории (военно-научного сопровождения автоматизированных систем управления) научно-исследовательского отдела (медицинско-информационных технологий) научно-исследовательского центра, efrandrew@gmail.com

И.Г. Прокин,

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и экономики военного здравоохранения, prokinigor@mail.ru

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННЫЙ УЧЕТ ЛИЦ УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УДК 614.2:004+34.096

Русев И.Т., Ефремова А.А., Ефремов А.А., Прокин И.Г. *Персонифицированный учет лиц участвующих в оказании медицинских услуг (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация. Проведен анализ современного состояния порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, и его влияния на государственную систему здравоохранения. Обоснованы и сформулированы предложения по его совершенствованию, а также перспективы применения в медицинских информационных системах.

Ключевые слова: персонифицированный учет, государственная система здравоохранения, медицинские информационные системы, электронная подпись, электронная персональная медицинская запись.

Введение

Нормативно-правовые документы в сфере здравоохранения являются важнейшей составляющей организации общественного здоровья. Разработка таких документов должна учитывать все стороны рассматриваемых вопросов и требует системного подхода к предмету регулирования. В полной мере вышеуказанное положение имеет отношение и к вновь изданному Приказу Минздрава России от 31.12.2013 № 1159н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг».

Кроме того, стремительное развитие информационных технологий в медицинской сфере все чаще требует рассмотрения и принятия нормативно-правовых документов с точки зрения перспектив информатиза-

© И.Т. Русев, А.А. Ефремова, А.А. Ефремов, И.Г. Прокин, 2014 г.



ции. Но нередки случаи, когда уже после вступившего в силу нормативно-правового документа выявляются недоработки, требующие дальнейшего совершенствования.

Цель исследования

Провести анализ современного состояния порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, и его влияния на государственную систему здравоохранения. Сформулировать и обосновать предложения по его совершенствованию, а также перспективы применения в медицинских информационных системах.

Материалы и методы

Использованы методы правового и системного анализа. Проанализированы нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы здравоохранения и порядок ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг.

Результаты и их обсуждение

18 мая 2014 года вступил в силу Приказ Минздрава России от 31.12.2013 № 1159н, утверждающий порядок ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг (далее — Порядок) [4].

Указанный Порядок был издан в рамках Распоряжения Правительства РФ от 15.04.2013 № 614-р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года». В соответствии с п. 5.2.201 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации [3] Министерство здравоохранения Российской Федерации самостоятельно принимает нормативный правовой акт, регламентирующий порядок ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

Порядок определяет правила ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг (далее — персонифицированный учет), посредством ведения Федерального регистра медицинских работников (далее — Федеральный регистр) с целью мониторинга кадрового состава системы здравоохранения.

Федеральный регистр составляет федеральный и региональный сегменты. Ведение регионального сегмента возложено на орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья или уполномоченные им организации. Федеральный сегмент Федерального регистра содержит информацию, поступившую из региональных сегментов, а также от организаций, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству [4].

При этом в соответствии с ч. 3. ст. 29 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] в государственную систему здравоохранения, помимо федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья и их территориальных органов, исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, также входят органы управления в сфере охраны здоровья иных федеральных органов исполнительной власти и подведомственные федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук и исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации медицинские организации и фармацевтические организации, организации здравоохранения по обеспечению надзора в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, судебно-экспертные учреждения, иные организации и их обособленные подразделения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья [1].



Несмотря на это, обеспечение ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, в соответствии с Порядком возлагается на организации, подведомственные Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству. Работа по ведению персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, возлагается на органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения.

Подобное изложение документа не позволяет в полном объеме достигнуть поставленной цели — мониторинга кадрового состава системы здравоохранения Российской Федерации, так как остается неохваченной значительная часть государственной системы здравоохранения — Министерство обороны Российской Федерации и федеральные органы исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба.

При этом огромное количество медицинских работников указанных ведомств, не являющихся военнослужащими и имеющими единственное место работы, не будут учитываться в Федеральном регистре. Аналогичным образом из Федерального регистра выпадают медицинские работники, являющиеся военнослужащими.

Указанный правовой пробел невозможно обосновать спецификой военного здравоохранения, так как ряд крупных медицинских организаций силовых ведомств оказывают медицинскую помощь как в составе системы обязательного медицинского страхования, так и в системе оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам РФ, не относящимся к прикрепленным контингентам.

Из вышеизложенного следует, что для достижения цели, указанной в Приказе Минздрава России от 31.12.2013 № 1159н [4],

нормативно-правовой акт, регулирующий порядок ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, должен охватывать всю государственную систему здравоохранения.

Особые перспективы открывает ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, для медицинских информационных систем (далее — МИС). Здесь и далее под МИС будем понимать программное обеспечение, предназначеннное для автоматизации деятельности стационарных, поликлинических, вспомогательных (лабораторные, диагностические и т.п.) и иных подразделений медицинской организации, в том числе обеспечивающее ведение персонифицированного учета оказанных медицинских услуг пациенту на основе единой электронной медицинской карты [5].

В связи с повсеместным внедрением МИС в деятельность лечебно-профилактических учреждений и непосредственным их использованием в лечебно-диагностическом процессе появились случаи редактирования персонифицированного учета оказанных медицинских услуг и электронных персональных медицинских записей пациентов, содержащихся в МИС, для уклонения от уголовной, административной и дисциплинарной ответственности за нарушение требований действующей нормативно-правовой базы.

Обеспечение всеобъемлющего персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, позволит решить данную проблему путем сочетания законодательного закрепления обязательного использования медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений при работе с МИС электронной подписи (далее — ЭП) с аналогичным закреплением внедрения в МИС функционального запрета внесения изменений и удаления ранее сделанных записей.





Под ЭП при этом будем понимать информацию в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для идентификации лица, подписывающего информацию [2].

Таким образом, защита электронных медицинских карт пациентов будет осуществляться реквизитом электронного документа, полученным в результате криптографического преобразования информации с использованием закрытого ключа и позволяющим достоверно идентифицировать владельца, а также установить отсутствие искажения информации в электронных персональных медицинских записях, включая последовательности, взаимосвязи и временные режимы оказания медицинской помощи.

Выполнение данных мероприятий позволит идентифицировать лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, при работе в МИС на всем информационном пространстве государственной системы здравоохранения вне зависимости от территориального расположения, что в свою очередь будет способствовать улучшению контроля за медицинским технологическим процессом при действии и (или) взаимодействии медицинского персонала медицинского учреждения и пациента для реализации мероприятий как лечебно-диагностического характера, так и организационно-управленческого характера с целью эффективного оказания медицинской помощи.

Для устранения вышеуказанных пробелов законодательства и совершенствования персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, в том числе с учетом перспектив его применения в медицинских информационных системах, авторами предлагается принять ряд поправок в нормативные правовые акты.

1. Поскольку целью ведения персонифицированного учета является мониторинг

кадрового состава системы здравоохранения, он напрямую затрагивает интересы неучтенных медицинских работников — работников Министерства обороны Российской Федерации и федеральных органов исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба.

Таким образом, изданный Приказ Минздрава России от 31.12.2013 № 1159н необходимо согласовать с вышеуказанными ведомствами или издать совместный приказ, а также внести следующие изменения.

a) П. 11 Порядка принять в следующей редакции:

«Федеральный сегмент Федерального регистра содержит информацию, поступившую из региональных сегментов, а также от организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Министерству обороны Российской Федерации и федеральным органам исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба».

b) В п. 12 Порядка внести аналогичную поправку:

«Внесение информации в федеральный сегмент Федерального регистра из медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Министерству обороны Российской Федерации и федеральным органам исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба, осуществляют лица, уполномоченные на основании письменных распоряжений руководителей указанных медицинских организаций».

в) В п. 2 Приказа Минздрава России от 31.12.2013 № 1159н внести аналогичные изменения, оставив при этом контроль за исполнением приказа на заместителе министра здравоохранения Российской Федерации:



«Руководителям организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству, Министерству обороны Российской Федерации и федеральным органам исполнительной власти, в которых в соответствии с законодательством Российской Федерации предусмотрена военная служба, обеспечить ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, в соответствии с Порядком».

Заключение

Проведенный анализ предлагаемого порядка ведения персонифицированного

учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, и его влияния на государственную систему здравоохранения выявил некоторые пробелы нормативно-правовой базы, которые могут привести к нарушению координации и взаимодействия между управляющими звеньями субъектов государственной системы здравоохранения.

Предложенные поправки позволят осуществлять достоверный мониторинг кадрового состава государственной системы здравоохранения, а также сформулировать и обосновать предложения по его совершенствованию и перспективы применения в медицинских информационных системах.

Литература

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».
3. Постановление Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации».
4. Приказ Минздрава России от 31.12.2013 № 1159н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг».
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

UDC 614.2:004+34.096

Rusev I.T., Efremova A.A., Efremov A.A., Prokin I.G. Personalized record-keeping of persons involved in the health care (Military medical academy of S.M. Kirov, Saint-Petersburg, Russia).

Abstract. It was carried out an analysis of the current state of the procedure of personal record-keeping in the process of medical care conduction of persons involved in the health care and its impact on the public health system. There were substantiated and formulated some proposals to improve it as well as prospects of application in medical information systems.

Keywords: personal record-keeping, public health system, medical information systems, electronic signature, electronic personal medical record.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П И СЬ М О

от 11 марта 2014 г.

№ 16-3/10/1-1084

Министерство здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 4 протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 13 февраля 2014 г. № ОГ-П12-23пр направляет Рекомендации по внесению изменений в региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения, согласованные с Минфином России и Минэкономразвития России.

Региональную «дорожную карту» с соответствующими изменениями необходимо представить на согласование в Минздрав России в установленном порядке до 14 марта 2014 года, в том числе на адрес электронной почты ZagrebinSS@rosminzdrav.ru.

Заместитель Министра
И.Н. Каграманян

РЕКОМЕНДАЦИИ

по внесению изменений в региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (далее — Указ Президента № 597) определен комплекс мер, направленных на дальнейшее совершенствование государственной социальной политики, в том числе на повышение оплаты труда работников образования, здравоохранения, науки, культуры и социального обслуживания населения.

Для сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики в соответствии с Указом Президента № 597 Правительство Российской Федерации Распоряжением от 26 ноября 2012 г. № 2190-р утвердило программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики на 2012–2018 годы (далее — Программа), которой в качестве основной задачи предусматривается ориентация системы оплаты труда на достижение конкретных показате-

лей качества и количества оказываемых государственных услуг (выполнения работ).

В соответствии с Планом мероприятий Программы Минздравом России разработан и утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р План мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (далее — отраслевая «дорожная карта»).

Отраслевую «дорожную карту» включены мероприятия по проведению структурных реформ в отрасли, обеспечивающие возможность использования не менее трети необходимых ресурсов для повышения оплаты труда за счет реорганизации неэффективных организаций в целях поэтапного повышения заработной платы медицинских работников, повышения престижности работы в учреждениях здравоохранения, сохранения кадрового потенциала и обеспечения соответствия оплаты труда качеству оказываемых услуг.



Субъектами Российской Федерации по согласованию с Минздравом России утверждены региональные «дорожные карты», направленные на повышение эффективности здравоохранения (далее — региональные «дорожные карты»), содержащие целевые индикаторы развития отрасли, оптимизацию структуры и определение динамики значений соотношения средней заработной платы категорий работников, определенных Указом Президента № 597, и средней заработной платы в соответствующем субъекте Российской Федерации в 2012–2018 годах. Однако региональные «дорожные карты» субъектов Российской Федерации не в полной мере предусматривают рекомендованный отраслевой «дорожной картой» комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности деятельности сети и реорганизацию структуры неэффективных учреждений, увеличение доходов от приносящей доход деятельности, оптимизацию численности работающих, в целях реализации Указа Президента № 597.

Таким образом, Минздрав России считает необходимым внесение изменений в региональные «дорожные карты», предусмотрев на уровне субъекта Российской Федерации:

1. Корректировку региональных «дорожных карт» в части установления соответствия показателей региональных «дорожных карт» показателям, установленным Государственной программой развития здравоохранения Российской Федерации и отраслевой «дорожной картой» (оцифрованные, по годам), а также корректировку показателей повышения заработной платы медицинских работников, с учетом установления показателей на прогнозный год исходя из неснижения абсолютного (в рублях) уровня заработной платы, достигнутого в предшествующем году, если показатель региональной «дорожной карты» в предшествующем году превысил установленный Программой на прогнозный год.

Если в региональной «дорожной карте» показатель ниже установленного Програм-

мой, принимается показатель, установленный региональной «дорожной картой», при условии достижения показателя, установленного Указом Президента № 597 в 2017 г.

2. Включение дополнительных показателей, отражающих достижение структурных преобразований системы оказания медицинской помощи, в том числе оптимального использования коечного фонда и развития «стационарозамещающих» технологий, обеспечивающих рациональное расходование (использование) материальных и кадровых ресурсов.

Для этого в региональных «дорожных картах» следует актуализировать такие показатели, как число дней работы койки в году, среднюю длительность лечения больного в стационаре и др., а также включить такие показатели, как число коек круглосуточных стационаров (абс.), число коек дневных стационаров (абс.), из них: в амбулаторно-поликлинических учреждениях (абс.) и др.

3. Уточнение потребности в дополнительных ресурсах на повышение заработной платы медицинских работников, а также корректировку принципов распределения средств на повышение оплаты труда определенных категорий работников сферы здравоохранения с учетом типов учреждений, видов и объемов оказываемых ими услуг.

Для этого в региональные «дорожные карты» следует включить предварительный анализ уровня и динамики заработной платы медицинских работников внутри соответствующих категорий, а также работников отрасли, повышение заработной платы которых не предусмотрено Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597, в том числе в части дефицита/избытка кадров.

При этом рекомендуется не допускать отставания от установленных в отраслевой «дорожной карте» показателей заработной платы медицинских работников по одним категориям при превышении целевых показателей по другим категориям, предусмотрев





меры по оптимизации динамики повышения заработной платы отдельных категорий работников.

4. Меры по устранению диспропорций в оплате труда каждой категории медицинских работников, занятых в медицинских организациях субъектов Российской Федерации и в медицинских организациях органов местного самоуправления, а также диспропорцию в оплате труда медицинских работников, занятых в медицинских организациях, и медицинских работников, занятых в организациях образования, культуры, социальной защиты.

5. Конкретные мероприятия по оптимизации неэффективных расходов (включая стоимостную оценку), в том числе на оплату труда вспомогательного и административно-управленческого персонала (с учетом предельной доли расходов на оплату их труда в фонде оплаты труда учреждения — не более 40 процентов) за счет передачи неключевых функций (бухгалтерские службы, службы управления персоналом, службы эксплуатации) аутсорсерам, сокращения неэффективных организаций, увеличения доходов от платных услуг, с целью привлечения средств на повышение заработной платы медицинским работникам.

6. Внедрение показателей эффективности деятельности основных категорий работников в соответствии с методическими рекомендациями 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,твержденных Приказом Минздрава России от 28 июня 2013 г. № 421, и заключение трудовых договоров в соответствии с примерной формой трудового договора («эффективный контракт»), приведенной в приложении № 3 к Программе.

В том числе предусмотрев проведение оценки уровня соответствия занимаемой долж-

ности или выполняемой работе (аттестации) специалистов с последующим их переводом на «эффективный контракт» в соответствии с рекомендациями, утвержденными Приказом Минтруда России от 26 апреля 2013 г. № 167н «Об утверждении рекомендаций по оформлению трудовых отношений с работником государственного (муниципального) учреждения при введении «эффективного контракта». Для этого на уровне организаций необходимо:

- провести разъяснительную работу среди коллектива, учитывая, что несоответствие работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации, может повлечь расторжение трудового договора по инициативе работодателя;

- создать аттестационную комиссию с обязательным включением в нее представителя выборного органа соответствующей первичной профсоюзной организации;

- определить категории специалистов, которые не подлежат аттестации (беременные женщины, лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, специалисты, отработавшие в организации (на занимаемой должности) менее года, лица, вышедшие на работу после длительного перерыва, и др.);

- утвердить порядок проведения аттестации, включая план-график проведения аттестации по категориям работников и (или) структурным подразделениям, «пакет» документов, представляемых аттестационной комиссией;

- провести аттестацию специалистов;

- принять необходимые меры по устранению выявленных в ходе проведения аттестации недостатков.

В ходе подготовки и проведения аттестации специалистов должна быть проделана следующая работа:

- проведена проверка соответствия должностных обязанностей, определенных трудо-



вым договором (должностной инструкцией), и фактически исполняемых трудовых обязанностей работника. Выявленные неточности должны быть устранены при последующем переводе работника на «эффективный контракт»;

— проведена проверка соответствия квалификации работника требуемой квалификации для выполнения должностных обязанностей. По итогам проверки, в частности, может быть принято решение о направлении работника на повышение квалификации;

— проведена проверка выполнения работником показателей эффективности деятельности, как установленных в организации, так и планируемых к введению при переводе работника на «эффективный контракт».

Указанные мероприятия также должны включать периодические рассмотрения лучших практик формирования систем стимулирования в рамках «эффективного контракта» для последующего их тиражирования.

Также следует предусмотреть внедрение систем нормирования труда в учреждениях здравоохранения с учетом методических рекомендаций, утвержденных Приказом Минтруда России от 30 сентября 2013 г. № 504, в том числе учитывая, что в соответствии со статьей 159 Трудового кодекса Российской Федерации системы нормирования труда определяются работодателем с учетом мнения представительного органа работников или устанавливаются коллективным договором.

Устанавливаемые при этом нормы труда должны соответствовать достигнутому уровню техники, технологии, организации производства и труда. Системы нормирования труда в учреждениях здравоохранения направлены на:

— создание условий, необходимых для внедрения рациональных организационных, технологических и трудовых процессов, улучшения организации труда;

— обеспечение нормального уровня напряженности (интенсивности) труда при выполнении работ (оказании государственных (муниципальных) услуг);

— повышение эффективности обслуживания потребителей государственных (муниципальных) услуг.

7. Мероприятия по организации в 2014 году подготовки к внедрению с 2016 года профессиональных стандартов с проведением мероприятий по повышению квалификации и переподготовке работников сферы здравоохранения, с целью обеспечения соответствия работников современным квалификационным требованиям, в том числе работников государственных учреждений, занимающихся вопросами трудовых отношений и оплаты труда работников.

Во избежание социальной напряженности в трудовых коллективах при отборе кандидатов для перевода на «эффективный контакт», а также в целом по ситуации с повышением заработной платы по категориям медицинских работников в «дорожных картах» следует предусмотреть проведение разъяснительной работы с участием профсоюзных организаций в трудовых коллективах о мероприятиях, реализуемых в рамках региональных «дорожных карт».

8. Внедрение нормативного подушевого финансирования.

9. Контроль за выполнением в полном объеме мер по созданию прозрачного механизма оплаты труда руководителей государственных (муниципальных) учреждений (Федеральный закон от 29.12.2012 № 280-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части создания прозрачного механизма оплаты труда руководителей государственных (муниципальных) учреждений и представления руководителями этих учреждений сведений о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера», включая представление ими сведений о доходах и имуществе и размещение их в системе Интернет, а также заключение дополнительных соглашений к трудовым договорам с руководителями учреждений (трудовых договоров для вновь назначаемых руководителей)





по типовой форме, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 апреля 2013 г. № 329. Также следует предусмотреть соблюдение установленных соотношений средней заработной платы руководителя учреждения и средней заработной платы работников учреждений.

10. Включение показателей независимой системы оценки качества работы медицинских организаций, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, в целях формирования независимой системы оценки качества работы медицинских организаций, таких как «Обеспечение функционирования независимой системы оценки качества работы медицинских организаций», в соответствии с Приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а; «Обеспечение мониторинга проведения независимой оценки качества работы медицинских организаций на региональном уровне», в соответствии с Приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а.

Минздравом России в целях обеспечения единых подходов к формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, принят Приказ от 31 октября 2013 г. № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» (далее — Приказ Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а).

В соответствии с данным Приказом, основной задачей проведения независимой

оценки качества является оценка потребителями услуг качества работы медицинских организаций. Проведение независимой оценки качества направлено на обеспечение потребителей услуг дополнительной информацией о качестве работы медицинской организации, определение результативности деятельности медицинской организации и принятие своевременных мер по повышению эффективности ее деятельности, своевременное выявление негативных факторов, влияющих на качество предоставления услуг в сфере здравоохранения, а также стимулирование руководителей и работников медицинских организаций.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а организацию проведения независимой оценки качества в субъекте Российской Федерации осуществляет орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, на который возлагаются следующие функции:

- общее организационное обеспечение проведения независимой оценки качества;
- мониторинг проведения независимой оценки на региональном уровне;

— обеспечение технической возможности выражения мнений потребителями услуг в сфере здравоохранения о работе медицинских организаций и удовлетворенности качеством обслуживания в медицинской организации на официальном сайте учредителя в сети «Интернет», а также на официальных сайтах медицинских организаций, находящихся в ведении учредителя.



→ **От редакции:**

В прошлом номере мы опубликовали материал, связанный с Письмом Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников». Реакция наших читателей была неожиданной: органы управления здравоохранением задаются вопросом о том, насколько обязательными являются изложенные в письме предложения Минздрава России. Очевидно, поэтому они не спешат доводить письмо до сведения подведомственных учреждений, большинство из которых ничего о письме не слышали. Риски, связанные с формальной реализацией предложений Минздрава России без учета специфики регионов и учреждений, рассматриваются в нашей традиционной рубрике.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕГИОНАЛЬНЫМ И МУНИЦИПАЛЬНЫМ СИСТЕМАМ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

УДК 614.2

Кадыров Ф.Н. *Федеральные рекомендации по региональным и муниципальным системам оплаты труда в здравоохранении (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Письмо Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников» предполагает значительное увеличение удельного веса окладов в общей сумме оплаты труда (до 55–60%). Регионы, анализируя письмо и сложившуюся структуру заработной платы, часто приходят к выводу о наличии серьезных сложностей в реализации предложений Минздрава России. Риски, связанные с формальной реализацией этих предложений, рассматриваются в статье.

Ключевые слова: оплата труда, оклады, выплаты стимулирующего характера, выплаты компенсационного характера, структура заработной платы, государственные (муниципальные) учреждения, дефицит кадров.

дано из ключевых предложений, содержащихся в Письме Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников», заключается в рекомендации для субъектов Российской Федерации и муниципальных образований довести долю окладов до 55–60% от общего размера заработной платы.

Анализируя свои системы оплаты труда, многие регионы приходят к выводу о наличии серьезных сложностей в реализации предложений Минздрава России. Поэтому они задаются закономерным вопросом о том, насколько эти предложения являются обязательными для реализации субъектами Российской Федерации (муниципальными образованиями)?

© Ф.Н. Кадыров, 2014 г.



По этому поводу можно отметить следующее. Во-первых, по статусу это письмо, которое не является нормативным правовым актом и не может содержать обязательных для кого-либо требований. Во-вторых, в самом письме содержатся «Предложения по совершенствованию действующих систем оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации». Итак, это предложения, а не требования. В-третьих, субъекты Российской Федерации и муниципальные образования в соответствии с действующим законодательством имеют полное право самостоятельно устанавливать системы оплаты труда для подведомственных учреждений, в том числе и размеры окладов по профессиональным квалификационным группам.

В соответствии со статьей 144 Трудового кодекса Российской Федерации «системы оплаты труда (в том числе тарифные системы оплаты труда) работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются:

— в федеральных государственных учреждениях — коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

— в государственных учреждениях субъектов Российской Федерации — коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации;

— в муниципальных учреждениях — коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления».

При оценке возможности реализации предложений Минздрава России прежде всего необходимо учитывать специфику региональной системы оплаты труда: размер выплат компенсационного характера и выплат за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения, наличие повышающих коэффициентов к окладам и т.д. Вполне возможно, что повышение доли оклада до рекомендуемого Минздравом России уровня путем простого повышения окладов при сложившейся структуре заработной платы (высокий размер вышеуказанных выплат), особенно для северных регионов, будет недостижимо в силу того, что рост окладов автоматически ведет к росту и этих выплат. Так, например, компенсационные выплаты, по данным Минздрава России, сейчас в регионах составляют 20–25%, а должны остаться на уровне 10–15%. В этих случаях потребуется пересмотр (снижение) размера (процента) компенсационных выплат, выплат за стаж и т.д. А это обычно воспринимается работниками негативно.

Кроме того, необходимо учитывать и особенности целого ряда учреждений, работники которых имеют высокий размер компенсационных выплат (учреждения, занимающиеся лечением туберкулеза, СПИДа, психических заболеваний и т.д.). Довести долю окладов в этих учреждениях до 55–60% заведомо невозможно без снижения размера (процента) выплат компенсационного характера со всеми вытекающими отсюда негативными последствиями. При этом многие работники понимают, что из-за снижения выплат компенсационного характера (в процентах к окладу) в будущем при очередных повышениях окладов их заработка плата в абсолютном выражении будет расти менее высокими темпами, чем это могло бы быть при сохранении прежнего уровня (процента) выплат компенсационного характера. Снижение выплат компенсационного характера к тому же уменьшает возможности удержания работников в этих учреждений (обычно



и без того испытывающих острый кадровый голод). В Распоряжении Правительства Российской Федерации от 15.04.2013 № 614-р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года» отмечается, что в 90% регионов имеется дефицит врачей по специальностям: «анестезиология-реаниматология», «патологическая анатомия», «скорая медицинская помощь», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия». Поэтому для работников этих специальностей снижение выплат компенсационного характера не целесообразно, поскольку способно еще более обострить кадровую проблему.

Проще всего решить задачу доведения доли окладов до 55–60% от общего размера заработной платы применительно к учреждениям, в которых удельный вес выплат компенсационного характера невелик, как и удельный вес стажевых, и где соответственно значительный удельный вес составляют другие выплаты стимулирующего характера. Но это означает ухудшение возможностей стимулирования работников и ставит под угрозу базовые идеи введения эффективного контракта, а именно, повышение стимулирующих качеств систем оплаты труда.

Неслучайно в «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р (далее — Программа), не просто ставится задача «определения оптимального соотношения гарантированной части заработной платы и стимулирующих надбавок», но и с позитивной стороны оценивается именно увеличение доли выплат стимулирующего характера.

Однако неверно полагать, что предложения Минздрава России вступают в прямое противоречие с положениями вышеуказанныго правительенного документа. В Программе говорится: «Изменение систем стиму-

лирования будет включать упразднение постоянных выплат, формально классифицированных как стимулирующие, но реально не мотивирующие работников к качественному и эффективному выполнению трудовых обязанностей, с возможностью *перераспределения средств на увеличение окладов работников* и на реальные выплаты стимулирующего характера».

Минздрав России ориентирует регионы именно на это, не призывая провести формальное увеличение окладов или простое сокращение размера выплат компенсационного или стимулирующего характера.

Таким образом, в своем письме Минздрав России поднял серьезные проблемы, существование которых нельзя игнорировать. Безусловно, повышать оклады нужно. Как минимум для тех категорий работников, у которых оклады по профессиональным квалификационным группам оказались ниже уровня МРОТ. Тем самым увеличится и доля окладов в общей сумме заработной платы. Но вопрос о конкретной доле окладов должен решаться с учетом особенностей конкретных регионов и учреждений — недопустим шаблонный формальный подход. На основе анализа структуры заработной платы в соответствующем регионе, муниципальном образовании следует просчитать, на сколько нужно поднять оклады по профессиональным квалификационным группам, чтобы выйти на рекомендуемый Минздравом России уровень в среднем, возможно ли это в принципе с учетом размеров выплат компенсационного и стимулирующего характера и, в частности, для отдельных видов учреждений; от каких неэффективных выплат отказаться и т.д.

Поэтому со стороны органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и муниципальных образований недопустимо устанавливать требования о повышении удельного веса окладов до 55–60% для всех без исключения учреждений — нужен учет конкретных обстоятельств.





Еще одно предложение Минздрава России, вызвавшее вопросы, — это предельный уровень соотношения средней заработной платы руководителей и работников учреждения. В письме рекомендуется определять этот уровень в кратности от 1 до 6 с учетом сложности и объема выполняемой работы (уровень оказания медицинской помощи, коечный фонд учреждения, численность прикрепленного к учреждению населения, количество сотрудников и др.).

Итак, регионам рекомендуется кратность от 1 до 6, а в отношении руководителей федеральных государственных учреждений Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583 (в редакции от 26 сентября 2012 г.) предусмотрено с 2013 года установление федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции и полномочия учредителя, предельного уровня соотношения средней заработной платы руководителя учреждения и средней заработной платы работников учреждения в кратности от 1 до 8.

В «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р, также говорится о предельном уровне соотношения средней заработной платы руководителя учреждения и средней заработной платы работников учреждения в кратности от 1 до 8. При этом отмечается: «Действие Программы распространяется на системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений. **Программа рекомендуется для государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений.**

Таким образом, Правительство Российской Федерации рекомендовало для субъектов Российской Федерации и муниципальных образований предельный уровень соотношения средней заработной платы руководителя учреждения и средней заработной платы работников учреждения в кратности от 1 до 8.

Какая в итоге должна быть кратность: от 1 до 6 или от 1 до 8?

Обращаем внимание на то, что и письмо Минздрава России, и Программа, утвержденная Правительством, носят для субъектов Российской Федерации и муниципальных образований рекомендательный характер. Каким именно рекомендациям следовать — каждый вправе решить для себя сам.

При этом следует иметь в виду, что руководители учреждений здравоохранения — это особая категория работников, которая никогда не отдыхает спокойно: ни днем, ни ночью, ни в отпуске, ни на больничном и т.д. — в любой момент может раздаться звонок по поводу возникших в учреждении проблем, чрезвычайных ситуаций и т.п. Не только указанные особенности условий труда и отдыха руководителей, но и колоссальная степень ответственности (в рамках нового законодательства — и личная материальная), риски увольнения по многократно возросшим основаниям (за кредиторскую задолженность, за неурегулирование конфликта интересов, за неполную информацию о своих доходах и т.д.), возможная перспектива непродления срочного трудового договора (ранее были бессрочные) и т.д. предполагают достойную заработную плату. Это целесообразно и в целях предотвращения коррупции.

Далее. Следует иметь в виду, что Минздрав России не только выпустил рекомендации для регионов, но и ведет работу по пересмотру систем оплаты труда подведомственных ему федеральных учреждений здравоохранения. Анализ новых приказов Минздрава России, посвященных вопросам оплаты, позволит субъектам Российской Федерации и муниципальным образованиям определяться с окончательным решением в отношении своих подведомственных учреждений.

При этом необходимо отметить, что главным в предложениях Минздрава России представляется все же не формальное увеличение доли окладов до рекомендуемого



уровня, а совершенствование системы оплаты труда. В письме говорится: «Совершенствование системы стимулирующих выплат должно осуществляться на основе пересмотра действующей системы показателей эффективности деятельности работников, имея в виду:

- установление показателей, позволяющих ориентировать работников на достижение конкретных результатов, а также критериев и условий их назначения с отражением в положениях об оплате труда работников учреждений, локальных нормативных актах и трудовых договорах с руководителями и работниками учреждений;

- отмену неэффективных стимулирующих выплат;

- использование при оценке достижения конкретных показателей качества и количества оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ), в том числе в рамках независимой оценки качества

оказания услуг учреждениями, и введения публичных рейтингов их деятельности».

Реализация этих мер должна позволить в том числе и оптимизировать структуру заработной платы. Конкретный же удельный вес окладов будет определяться всей сложившейся системой выплат компенсационного и стимулирующего характера и не может быть единым для всей страны.

В заключение следует сказать: Минздрав России никогда не призывал к спешному следованию своим рекомендациям без учета особенностей конкретных регионов и учреждений — в любом случае нужен анализ (на чем Минздрав России как раз и настаивает), нужен творческий подход. Не в интересах Минздрава ситуации, когда регионы, под копирку следя предложению Минздрава России без учета реалий, принимают противоречащие здравому смыслу решения, возлагая при этом ответственность за свои непродуманные действия на Москву.



Литература

- 1.** Валова С. Стимулирующие и премиальные выплаты в бюджетных учреждениях// Бюджетные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2010. — № 9.
- 2.** Иванов А.В., Буланов В.И. Эффективный контракт: логика управленческих решений//Здравоохранение. — 2013. — № 10. — С. 56.
- 3.** Кадыров Ф.Н. Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении в рамках введения эффективного контракта//Под ред. академика РАМН В.И. Стародубова. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2014.
- 4.** Кадыров Ф.Н. Проблемы сочетания требования конкретизации условий оплаты труда при заключении трудового договора с необходимостью учета реальных результатов труда//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 3 — С. 71–76.
- 5.** Кадыров Ф.Н. Правовые и практические аспекты снижения размера оплаты труда (в том числе выплат стимулирующего характера) в рамках введения эффективного контракта//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 4. — С. 67–73.
- 6.** Кадыров Ф.Н. О некоторых проблемах совершенствования оплаты труда в здравоохранении//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 10. — С. 59–64.
- 7.** Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 6–15.





8. Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 3. — С. 6–15.
9. Шишкин С., Темницкий А., Чирикова А. Стратегия перехода к эффективному контракту и особенности трудовой мотивации медицинских работников//Экономическая политика. — 2013. — № 4.

UDC 614.2

Kadirov F.N. Federal recommendations on regional and municipal remuneration systems in the health care [Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow]

Abstract. Letter of Russian Ministry of Healthcare dated on 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «On improving regional and municipal systems of renumeration of medical employees» suggests a significant increase of salaries shares in total amount of renumeration (up to 55–60%). There goes analyzed current situation with salaries and concluded, that there are difficulties associated with execution of proposals of Russian Ministry of HealthCare. The risks, related to formal implementation of these proposals are described in this article.

Keywords: renumeration payouts, salaries, incentive payouts, structure of salaries, state (municipal) medical institutions.

Здравоохранение-2014

ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМАТИВНОЙ СТОИМОСТИ МЕДУСЛУГ ПО ОМС В РЕГИОНАХ НЕ ПРЕВЫШАЮТ 50%

Глава Минздрава РФ Вероника Скворцова заявила, что в 2014 году отклонения от нормативной стоимости медицинских услуг, предоставляемых по программе обязательного медицинского страхования (ОМС), по разным регионам не превышают 50%.

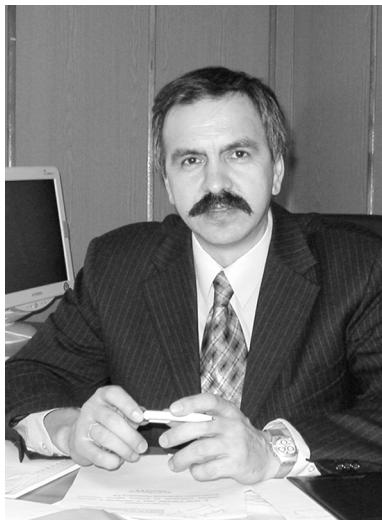
«Если в 2011 году у нас в 34 регионах отмечалось отличие от норматива оплаты более 50% и в 33 регионах – от 20 до 50%, то в этом году не осталось ни одного региона, где бы отклонение превышало 50%, и всего семь регионов, в которых отклонение от 20 до 50%», – отметила министр во время рабочей встречи с Президентом России Владимиром Путиным.

«Это собственно является результатом достаточно напряженной двухгодичной работы», – добавила она. По словам В. Скворцовой, в результате ситуация «фактически выравнялась». «Фактически мы нивелировали различия в оплате медицинской помощи», – сказала она. Говоря о проблемах отрасли, министр отметила необходимость совершенствования вертикали управления.

«За последние три месяца мы в каждом федеральном округе провели встречи с региональными министрами и с вице-губернаторами по социальным вопросам, для того чтобы предпринять вместе шаги к настраиванию этой вертикали управления, – отметила глава Минздрава. – Сейчас в каждое юридическое лицо (медицинскую организацию) внедряем специально подготовленного человека с финансово-экономическим образованием, который проходит по единой программе подготовки, сдает экзамен и защищает диплом по управлению конкретной медицинской организацией, для того чтобы уйти от самостоятельности на местах».

В.В. Путин заявил, что рассчитывает на успешное прохождение бюджетного процесса в сфере здравоохранения.

Источник: «ТАСС»



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



Если пациента, которому оказывают платные услуги, направили на МРТ (тоже платно), а исследование ничего не выявило, вправе ли пациент предъявить претензии к учреждению: требовать возврата денег и т.д.?

Нет. Сам по себе факт отсутствия патологии, выявленный при обследовании, не является основанием для признания направления на обследование необоснованным (и соответственно для возврата денег за это исследование). Необходимость выполнения того или иного исследования может определяться стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями и т.д. с учетом состояния пациента. В конечном счете все определяет врач. Это, в частности, подтверждается Информационным письмом Минздравсоцразвития России от 24 ноября 2011 г. № 14-3/10/2-11668, в котором отмечается: «Решение о назначении того или иного вмешательства, диагностических исследований, лекарственных препаратов, указанных в стандарте медицинской помощи, принимается лечащим врачом с учетом состояния больного, течения заболевания, фиксируется в первичной медицинской документации (медицинской карте стационарного больного) и подтверждается наличием письменного согласия пациента».

Если пациент не согласен с обоснованностью назначения, он вправе отказаться от прохождения исследования. Если же у пациента появились сомнения в обоснованности назначения исследования уже после его прохождения, он аргументированно должен доказать, что в данном конкретном случае не было необходимости направления на исследование. Кроме того, он вправе обратиться в органы управления здравоохранением, Росздравнадзор, Роспотребнадзор, в суд.



**Нужно ли заниматься нормированием, если никто «сверху» не требует, а сил для нормальной работы по проведению нормирования нет?**

В той или иной мере нормированием занимается любое учреждение, например, формируя штатные расписания, устанавливая нагрузку для специалистов и т.д.

Установление определенных показателей нагрузки позволяет сделать их обязательными для исполнения — невыполнение норм труда расценивается как нарушение работником своих обязанностей со всеми вытекающими отсюда последствиями. Но для придания тем или иным показателям статуса нормы труда, обязательные для исполнения, их нужно соответствующим образом оформить.

Особую актуальность нормирование приобретает при введении эффективного контракта: установление показателей и критериев оценки деятельности работников предполагает обоснование выбора и значения этих показателей, чему и должно способствовать нормирование.

Часто слышим, что трудовой договор с работниками должен дополняться положениями, отражающими специфику здравоохранения. Какие положения нужно добавить в трудовой договор с медицинскими работниками?

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р утверждена «Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения» (Приложение № 3 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы». И эта примерная форма, действительно, должна меняться (дополняться) с учетом специфики отрасли, учреждения, условий труда конкретного работника.

К дополнительным положениям, которые должны быть включены в трудовой договор, относится, например, требование урегулирование конфликта интересов.

Конфликт интересов — ситуация, при которой у медицинского работника или фармацевтического работника при осуществлении ими профессиональной деятельности возникает личная заинтересованность в получении лично либо через представителя компании материальной выгоды или иного преимущества, которое влияет или может повлиять на надлежащее исполнение ими профессиональных обязанностей вследствие противоречия между личной заинтересованностью медицинского работника или фармацевтического работника и интересами пациента.

Урегулированию конфликта интересов при осуществлении медицинской деятельности и фармацевтической деятельности посвящена статья 75 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В случае возникновения конфликта интересов медицинский работник или фармацевтический работник обязан проинформировать об этом в письменной форме руководителя медицинской организации или руководителя аптечной организации, в которой он работает.

Пункт 3 статьи 27 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» касается такой формы конфликта интересов, как заинтересованность в сделке руководителя и заместителей руководителя бюджетного учреждения. Аналогичное положение в отношении руководителя и заместителей руководителя автономного учреждения содержится в статье 25 Федерального закона «Об автономных учреждениях».



Обращаем внимание на то, что относительно недавно было добавлено новое основание для расторжения трудового договора по инициативе работодателя (пункт 7.1 части 1 статьи 81 Трудового кодекса Российской Федерации): непринятие работником мер по предотвращению или урегулированию конфликта интересов.

Кроме того, к медицинским работникам предъявляется требование соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

Подобные требования содержатся и в других статьях Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». А статья 73 данного закона полностью посвящена обязанностям медицинских и фармацевтических работников. Положения этой статьи также могут войти в трудовой договор.



Насколько могут сочетаться эффективный контракт и коллективные формы оплаты труда? Как прописывать в трудовом договоре показатели эффективности, если они установлены на подразделение (бригаду) в целом?

Эффективный контракт вполне успешно может сочетаться с коллективными системами оплаты труда. Это, в частности, продемонстрировал 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». В данном Приказе речь идет о распределении коллективного заработка на основании балльной системы.

По поводу же конкретных критериев оценки отметим следующее: они могут устанавливаться не только для конкретного работника, но и для подразделения, бригады в целом. Это обязательно должно быть указано в трудовом договоре со ссылкой на то, что конкретный размер выплат работнику устанавливается в соответствии с Положением об оплате труда.





ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ВНИМАНИЮ АПТЕК И МЕДОРГАНИЗАЦИЙ!

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 31 июля 2014 г. № 01И-1118/14 «О соблюдении температурного режима»

Из-за аномально жаркой погоды в отдельных регионах России Росздравнадзор обращает внимание на следующее. Необходимо соблюдать температурный режим в помещениях больниц, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктах, торговых залах аптек. Важно следить за хранением лекарственных препаратов, особенно термолабильных.

Несоблюдение условий хранения лекарств относится к грубым нарушениям лицензионных требований. Это может привести к снижению терапевтических свойств и причинить вред здоровью граждан.

Ведомство рекомендует руководителям аптечных и медицинских организаций усилить внутренний контроль за соблюдением температурного режима в помещениях и хранением препаратов. Кроме того, это необходимо учитывать при проведении уполномоченными органами плановых проверок.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ НА ПРЕДМЕТ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ: ПРАВИЛА

Приказ Министерства образования и науки РФ от 16 июня 2014 г. № 658 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 августа 2014 г. Регистрационный № 33 576.

Утвержден Порядок проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях (общеобразовательных, профессиональных образовательных, высшего образования). Тестирование направлено на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ. Оно проводится в соответствии с распорядительным актом руководителя организации.

Для обучающихся, достигших возраста 15 лет, необходимо их письменное согласие, для лиц младше — согласие одного из родителей или иного законного представителя. Согласия хранятся в течение года.

Руководитель создает комиссию, обеспечивающую организационно-техническое сопровождение тестирования, и утверждает ее состав из числа работников организации.

При тестировании в каждой аудитории присутствует член комиссии. Допускается присутствие в качестве наблюдателей родителей (законных представителей) участников.

Каждый участник имеет право в любое время отказаться от тестирования, известив об этом члена Комиссии.

Руководитель в 3-дневный срок обеспечивает направление акта передачи результатов тестирования в орган власти региона в сфере образования.

Данным органам рекомендовано формировать календарный план тестирований, обраба-



тывать и анализировать результаты в период до 30 дней, составлять акт результатов, передавать его в орган власти региона в сфере охраны здоровья для планирования дополнительных профилактических мер.

НОВАЯ ФОРМА ЗАЯВКИ НА ПЕРЕЧИСЛЕНИЕ СРЕДСТВ НА ОПЛАТУ УСЛУГ ПО РОДОВЫМ СЕРТИФИКАТАМ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16 июля 2014 г. № 371н «Об утверждении форм заявок на перечисление Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации средств на оплату медицинским организациям 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 по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни, и средств на оплату организациям услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 августа 2014 г. Регистрационный № 33 477.

В конце 2013 г. были внесены изменения в правила финансирования расходов на оплату медорганизациям услуг по родовым сертификатам. Речь идет о медпомощи во время беременности, родов и в послеродовой период, о диспансерном (профилактическом) наблюдении ребенка в течение первого года жизни. В частности, уточнены названия услуг. Так, диспансерное профилактическое наблюдение заменяется на профилактические медосмотры.

В связи с этим утверждена новая форма заявки на перечисление ФФОМС в бюджет ФСС России средств на оплату медорганизациям этих услуг. Как и ранее, документ направляется ежемесячно 1 числа. Заново утверждена форма заявки на перечисление ФФОМС в бюджет ФСС России средств на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы последнего бланков родовых сертификатов. Срок ее представления — ежеквартально (не позднее 25 числа месяца, предшествующего началу периода).

Прежние формы признаны утратившими силу.

ОБНОВЛЕН ПОРЯДОК ПОДГОТОВКИ ПЛАНОВ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ГОСОРГАНОВ

Приказ Министерства связи и массовых коммуникаций РФ от 29 июля 2014 г. № 231 «О внесении изменений в приказ Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации от 01.04.2013 № 71 «Об утверждении методических рекомендаций по подготовке планов информатизации государственных органов, включая форму плана информатизации государственного органа, и о признании утратившим силу приказа Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации от 18.10.2010 № 140 «Об утверждении типовой формы планов информатизации государственных органов»

В новой редакции изложены методические рекомендации по подготовке планов информатизации госорганов. Представляется важным отметить следующие нововведения.

Как и ранее, при планировании мероприятий по информатизации рекомендуется различать определенные классификационные категории объектов учета. Согласно изменениям теперь они подразделяются в зависимости от назначения (например, для оказания госуслуг). Положения об этом содержатся в приказе Минкомсвязи России от 31 мая 2013 г. № 127.





Расширен перечень расходов, возникающих в рамках мероприятий по информатизации, направленных на использование объекта учета. Включены затраты по снятию с эксплуатации. Это извлечение данных, подготовка к импорту в следующую ИС.

Пересмотрена структура плана, порядок формирования и использования показателей.

Приведены новые примеры индикаторов и показателей мероприятий по созданию, развитию, модернизации и эксплуатации различных классификационных категорий объектов учета.

Обновлена форма финансово-экономического обоснования мероприятий по информатизации.

О МЕДПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ КРЫМА И СЕВАСТОПОЛЯ

Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 мая 2014 г. № 2482/30-2 «Об оказании медицинской помощи жителям Республики Крым и г. Севастополь в 2014 г.»

Даны разъяснения по вопросу оказания медицинской помощи жителям Крыма и Севастополя. Граждане, имеющие паспорт Украины и зарегистрированные на территории Республики Крым, имеют право обратиться в территориальный орган ФМС России по месту пребывания для получения паспорта гражданина России.

До оформления нового паспорта гражданину по его просьбе выдается временное удостоверение личности.

На основании удостоверения выбранная гражданином страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС, регистрирует его в качестве застрахованного лица. Обратиться с заявлением можно в любую организацию, включенную в реестр страховых медицинских организаций, по месту как постоянного, так и фактического проживания.

УТОЧНЕНЫ ФОРМЫ ЗАЯВОК НА ПОСТАВКУ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И АНТИВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ГЕПАТИТОВ В И С

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 июня 2014 г. № 291н «О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 апреля 2013 г. № 197н «Об утверждении форм заявок на поставку диагностических средств и антивирусных препаратов, предусмотренных перечнем закупаемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также антивирусных препаратов для профилактики и лечения указанных лиц» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 7 августа 2014 г. Регистрационный № 33 478.

В марте 2014 г. были внесены изменения в порядок финансирования закупок диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С. Они распространяются на правоотношения, возникшие с 1 января 2014 г.

В частности, предусматривается реализация мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С. Скорректирован перечень ФГУ, для которых за счет бюджета закупаются указанные средства и препараты. Исключены ФГУ реформированной РАМН.

В соответствие с указанными изменениями приводятся формы заявок на поставку продукции.

Дополнен перечень средств, предусмотренный в форме заявки на поставку товаров для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных ВИЧ.



ОБНОВЛЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕФЕКТОСКОПИИ

*Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 5 мая 2014 г. № 34 «Об утверждении СанПиН 2.6.1.3164-14 «Гигиенические требования по обеспечению радиационной безопасности при рентгеновской дефектоскопии» (не вступило в силу)
Зарегистрировано в Минюсте РФ 4 августа 2014 г. Регистрационный № 33 450.*

Установлены новые требования по обеспечению радиационной безопасности населения и персонала при обращении с рентгеновскими дефектоскопами. Они не распространяются на проведение работ с лучевыми досмотровыми установками и рентгеновскими сканерами для персонального досмотра людей. Принятие новых требований вызвано введением новых норм радиационной безопасности НРБ-99/2009 и основных санитарных правил обеспечения радиационной безопасности ОСПОРБ-99/2010. Предусмотрена обязанность организации, осуществляющей изготовление, испытания, монтаж, эксплуатацию и техническое обслуживание рентгеновских дефектоскопов, ежегодно представлять ее радиационно-гигиенический паспорт.

Проектирование, конструирование, изготовление, реализация, испытания, монтаж, эксплуатация, техническое обслуживание, радиационный контроль, транспортирование, хранение и утилизация рентгеновских дефектоскопов, а также проектирование, конструирование, изготовление и эксплуатация средств радиационной защиты для них допускаются при наличии лицензии на деятельность по обращению с источниками ионизирующего излучения (генерирующими).

Изготовление, испытания, монтаж, эксплуатация, техническое обслуживание и радиационный контроль рентгеновских дефектоскопов требует санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии условий работы с источниками ионизирующего излучения санитарным правилам.

НОВОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБВЕНЦИЙ НА 2014 Г. НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВАМИ, МЕДИЗДЕЛИЯМИ, ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Распоряжение Правительства РФ от 9 августа 2014 г. № 1492-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 21 декабря 2013 г. № 2465-р»

В новой редакции изложено распределение на 2014 г. субвенций регионам и г. Байконур на обеспечение отдельных граждан необходимыми лекарственными препаратами, медизделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Так, Республика Адыгея получит 61 734,7 тыс. руб., вместо 56 460,6 тыс. руб., Республика Ингушетия — 94 129,3 тыс. руб. (а не 94 095,7 тыс. руб.), Байконур — 1964,7 тыс. руб.

Также увеличены субвенции для Кабардино-Балкарской Республики, Алтайского края, Архангельской области и для некоторых иных субъектов.

Общий объем средств увеличен до 29 571 708,1 тыс. руб.

ОРГАНИЗАЦИЯ, ВЕДУЩАЯ МЕДДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, НАРУШИЛА СРОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СВЕДЕНИЙ ПО ПОДТВЕРЖДЕНИЮ ПРАВА НА НУЛЕВУЮ СТАВКУ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина России от 19 июня 2014 г. № 03-00-08/29469 «О правомерности применения организацией, осуществляющей медицинскую деятельность, ставки налога на прибыль организаций 0% в последующих налоговых периодах в случае представления сведений с нарушением срока»

Организации, осуществляющие меддеятельность, вправе применять нулевую ставку по налогу на прибыль. Это возможно, если соблюдаются установленные НК РФ условия. При





этом они обязаны по окончании каждого налогового периода, в течение которого используется льготная ставка, представлять в инспекцию следующие сведения. Во-первых, о доле доходов от указанной деятельности в общей сумме доходов, учитываемых при исчислении прибыли. Во-вторых, о численности работников в штате и количестве сертифицированных медспециалистов. Срок — предусмотренный для подачи налоговой декларации.

Если сведения не представлены в срок, то с начала года, за который они не поданы, применяется ставка 20%. При этом налог подлежит восстановлению и уплате в бюджет с взысканием с плательщика пеней. Они начисляются с даты, следующей за днем уплаты налога (авансового платежа по нему).

Указанные юрлица, применявшие нулевую ставку и перешедшие на ставку 20% (в том числе из-за несоблюдения необходимых условий), не вправе вернуться на нее в течение 5 лет начиная с года перехода. Таким образом, это ограничение действует только в том случае, если организация применяла льготную ставку, а затем перешла на ставку 20%. Если по итогам налогового периода, в котором компания планировала применить ставку 0%, вышеперечисленные сведения не представлены вовремя, ограничение не действует. Это объясняется тем, что налог на прибыль подлежит восстановлению и уплате в бюджет по ставке 20% с 1-го числа этого периода. Следовательно, нулевая ставка в данном периоде фактически не применялась.

ВВОЗ И ВЫВОЗ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК И КОСТНОГО МОЗГА ДЛЯ НЕРОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ: В КАКОМ СЛУЧАЕ НЕ ПОТРЕБУЮТСЯ РАЗРЕШИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ РОСЗДРАВНАДЗОРА?

Приказ Федеральной таможенной службы от 23 июня 2014 г. № 1188 «О сокращении перечня документов, представляемых при таможенном декларировании товаров» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 4 августа 2014 г. Регистрационный № 33 415.

Установлено, что при электронном таможенном декларировании не нужно представлять заключения (разрешительные документы) Росздравнадзора на ввоз и вывоз гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга для неродственной трансплантации.

Приказ вступает в силу по истечении 30 дней после даты его официального опубликования.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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



**Продолжается подписка на журнал
«Врач и информационные технологии» на 2015 г.
(периодичность – 4 выпуска в год)**



Адрес редакции:

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

www.idmz.ru

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82615** на полугодие

20103 на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

• на один номер – **660 руб.**

• на полугодие – **1320 руб.**

• **2320 руб. – годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке – 580 руб.)

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

**Оплату подписки следует произвести
по реквизитам:**

Получатель: ООО Издательский Дом

«Менеджер Здравоохранения»

Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва

ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва

р/с: 40702810638050105256,

к/с: 30101810400000000225

БИК 044525225

Код по ОКП 95200. Код по ОКПО 14188349

**В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку
на журнал "Врач и информационные технологии" на 2015 г.",
Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.**

Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF
(точная копия бумажной версии журнала).

Стоимость годовой подписки на 2015 г. – 1400 рублей.

Стоимость годовой подписки на 2014 г. – 1000 рублей.

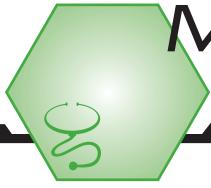
Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить
в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить
по электронной почте или скачать с сайта.

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

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/> Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89

Уважаемые читатели!

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



Менеджер

здравоохранения

