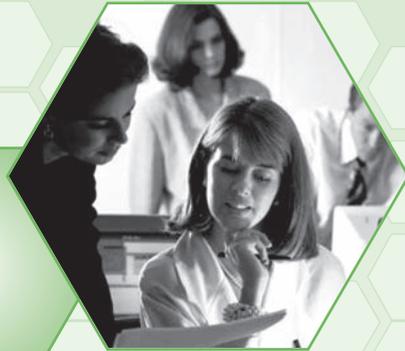


ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 7.2014



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

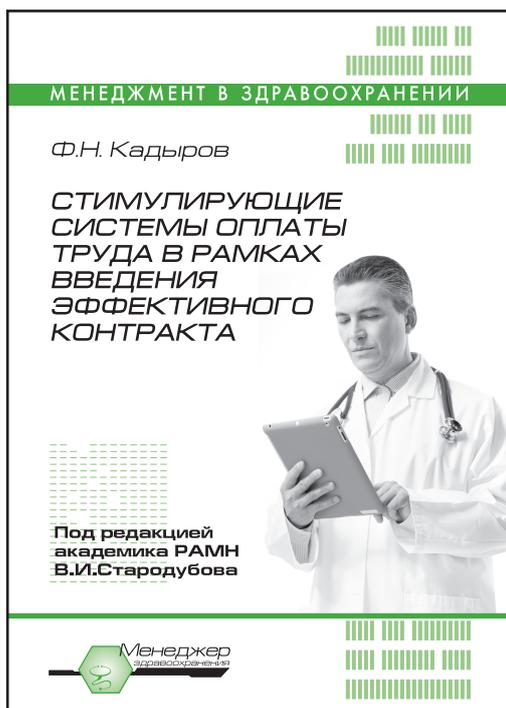
ISSN 1811-0185



9 771811 018003



Издательским домом «Менеджер здравоохранения» подготовлена к изданию книга



СТИМУЛИРУЮЩИЕ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В РАМКАХ ВВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО КОНТРАКТА

Автор: *Ф.Н. Кадыров*

Под ред. академика РАМН
В.И. Стародубова

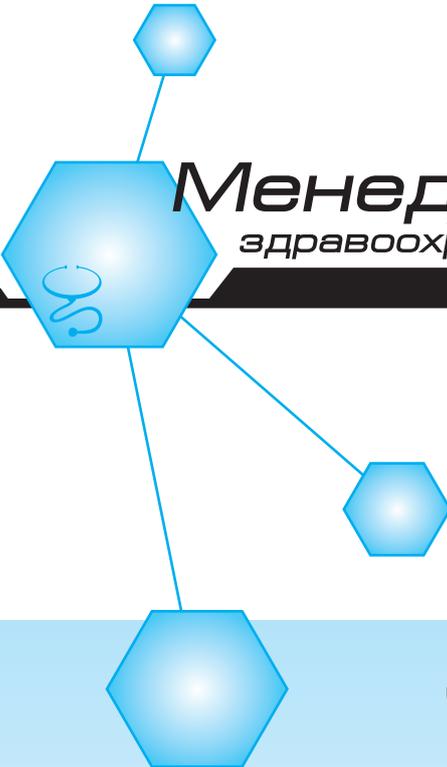
В бюджетном послании от 28.06.2012 года Президент РФ Владимир Путин сформулировал базовую задачу в сфере здравоохранения на ближайшие годы: повысить качество государственных и муниципальных услуг в сфере здравоохранения. Предполагается, что важным шагом для реализации этой задачи станет переход от сметного финансирования учреждений к введению новой системы оплаты — эффективного контракта. В нем будут четко определены условия оплаты труда и социальный пакет работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы.

В книге содержатся ответы на ключевые вопросы, связанные с этой новацией:

- Что представляет собой эффективный контракт?
- Какова процедура его внедрения?
- Какие выплаты стимулирующего характера и системы оплат труда могут использоваться для решения конкретных задач, стоящих перед учреждениями здравоохранения при финансировании за счет различных источников?

КАК ПРИОБРЕСТИ

Приобрести книгу можно в издательстве ООО ИД «Менеджер здравоохранения»
Телефон/факс **(495) 618-07-92**, izmz@mednet.ru, izmz@yandex.ru, www.idmz.ru



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Результаты опроса медицинских работников о перспективах саморегулирования профессиональной деятельности
- ✓ Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена: данные фотохронометражных исследований
- ✓ Отношение врачей, прибывших на работу после интернатуры и ординатуры, к профессиональной деятельности
- ✓ Перспективы применения и совершенствования персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:

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

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., зав. отделением научно-технологического прогнозирования ФГБУ «ЦНИИОЗ»
Минздрава России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОЗ» Минздрава России

Редакционная коллегия:

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

№ 7
2014

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Регламентация деятельности и нормирование труда врача общей практики в Российской Федерации

*И.М. Сон, М.А. Иванова, О.В. Армашевская,
М.Н. Бантьева*

6-14

Обращение медицинских изделий: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 1

Д.В. Пивень, И.С. Кицул

15-22

Современный подход к оценке деятельности бюджетных медицинских учреждений

С.И. Двойников, С.В. Архипова

23-30

Организационно-правовые аспекты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

М.А. Шишов

31-35

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Тарификация работников лечебного учреждения

П.В. Волжанин

36-40

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

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

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

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 июля 2014 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «ЦНИИОЗ» 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

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обзор государственных закупок на программное обеспечение информатизации здравоохранения в 2013 г.

А.В. Гусев

41–51

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Дежурство на дому медицинских работников в рамках нового законодательства

Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова

52–56

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

57–59

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2014

60–65

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

66–70

БЮЛЛЕТЕНИ ВОЗ

Здоровье подростков

71–76

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

77–80

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№ 7
2014

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Regulations on activity and rate setting of general practitioners labour in Russian Federation

I.M. Son, M.A. Ivanova, O.V. Armashevskaya, M.N. Bantieva

6-14

Circulation of medical products: numerous problems of regulations practices or what the chief doctor has to do. Part 1

D.V. Piven, I.S. Kitsul

15-22

Modern approach in evaluating activity of state funded medical institutions

S.I. Dvoynikov, S.V. Archipova

23-30

Organizational and legal aspects of internal control of quality and safety performance of medical activities

M.A. Shishov

31-35

FINANCIAL MANAGEMENT

Tarrification of the medical institution's workers

P.V. Voljanin

36-40

Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus

Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...

IT-MANAGEMENT

**Review of government procurement of software
for computerizing healthcare in 2013**

A.B. Gusev

41-51

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Medical duty of medical staff at home with in the frame
of new legislation**

F.N. Kadirov, O.V. Obuhova

52-56

QUESTIONS AND ANSWERS

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

57-59

HEALTHCARE-2014

60-65

INNOVATIONS IN MEDICINE

66-70

BULLETINS WHO

Health of teenagers

71-76

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

77-80



**И.М. Сон,
М.А. Иванова,
О.В. Армашевская,
М.Н. Бантьева,**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 614.2

Сон И.М., Иванова М.А., Армашевская О.В., Бантьева М.Н. *Регламентация деятельности и нормирование труда врача общей практики в Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Существующая нормативная база во многом не учитывает аспекты деятельности врача общей практики, а также не соответствует современным требованиям по оказанию первичной медицинской помощи. Вследствие чего возможности врача общей практики, способного в силу своей доступности для населения и компетентности в значительной степени взять на себя оказание своевременной как первичной медико-санитарной, так и неотложной медицинской помощи, используются недостаточно эффективно. Одним из главных инструментов в решении этой задачи в процессе модернизации здравоохранения является пересмотр нормативных документов, регламентирующих работу врача общей практики и среднего медицинского персонала с учетом изменившихся социальных условий жизни общества и эпидемиологической ситуации, а также существенным улучшением материально-технической базы медицинских организаций и новых требований к организации лечебно-диагностического процесса.

Ключевые слова: приказ, нормативные документы, врач общей практики, медицинская помощь.

Актуальность

С учетом характера расселения населения России в целях ускорения реформ в здравоохранении, адаптации отрасли к условиям рыночной экономики в 90-х годах 20 века возникла необходимость внедрения новых принципов оказания первичной медико-санитарной помощи населению, реализацией которых явилось внедрение в практику здравоохранения врача общей практики (семейного врача). Врач общей практики (семейный врач) — специалист, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста.

В настоящее время в России отмечены существенные преимущества в работе врача общей практики (семейного врача) (далее — ВОП/СВ) по сравнению с участковым терапевтом, в том числе его большая ответственность за состояние здоровья прикрепленного населения. Врач общей практики принимает участие даже в решении проблем, не связанных с медицинской помощью: организация социальной помощи, решение психологических проблем в семье, решение проблем других членов семьи. Он также содействует улучшению социального контакта, оптими-

© И.М. Сон, М.А. Иванова, О.В. Армашевская, М.Н. Бантьева, 2014 г.



зации характера взаимоотношений между врачами и пациентами, результатом которого является рост удовлетворенности населения медицинской помощью [2, 3, 12]. Благодаря внедрению ВОП в систему здравоохранения, заметно снизилась нагрузка на скорую медицинскую помощь, в основном за счет пациентов с терапевтической патологией — практически на одну четверть, с патологией нервной системы — на 42% и хирургической патологией — на одну треть. Уменьшилась также обращаемость населения за специализированной помощью в поликлиники, в том числе к хирургу — почти на одну треть, к оториноларингологу — на 13% [1].

Переход к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, рациональному использованию ресурсов и к изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья в связи с тем, что общей врачебной (семейной) практике присущи, по определению ВОЗ, такие характерные черты, как всеобщность, доступность, интегрированность (лечебной и реабилитационной помощи, укрепления здоровья и профилактики болезней), а также постоянная основа, целостность и скоординированность, персональный характер и ориентированность как на обслуживаемый контингент, так и на семью [1, 5, 8].

В настоящее время продолжают дискуссии по поводу института врача общей практики и представляется, что особую значимость он имеет для сельского здравоохранения — может стать решением проблемы доступности медицинской помощи, особенно в отдаленных районах России.

В действующих нормативных документах закреплены правовые основы деятельности врача общей практики (семейного врача): определены квалификационные требования, достаточно подробно изложены трудовые функции, закреплена возможность работы в

порядке частной практики. Однако практическая реализация действующих норм законодательства, как всегда, порождает сложности. Следует признать, что в настоящее время деятельность врачей общей практики, семейных врачей, основанная на свободном выборе врача пациентами, членами одной семьи, не распространена в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения. Существующая нормативная база во многом не учитывает аспекты деятельности врача общей практики, а также не соответствует современным требованиям по оказанию первичной медицинской помощи. Вследствие чего возможности врача общей практики, способного в силу своей доступности для населения и компетентности в значительной степени взять на себя оказание своевременной как первичной медико-санитарной, так и неотложной медицинской помощи, используются недостаточно эффективно.

Целью исследования явился анализ существующих нормативно-правовых документов, регламентирующих труд врача общей практики.

Материал и методы: проведен аналитический обзор нормативно-правовых документов, касающихся нормирования труда врача общей практики.

Результаты и их обсуждение

Прошло более двадцати лет после принятия Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 237 от 26 августа 1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». Данный приказ ввел новую специальность в номенклатуру должностей — общая врачебная практика (семейная медицина) и должность специалиста — «врач общей практики (семейный врач)». Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье независимо от возраста и пола пациентов, является семейным врачом (СВ).





На должность врача общей практики (семейного врача) назначается специалист, освоивший программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат. Подготовка врача общей практики (семейного врача) осуществляется в ВУЗах по специальности «врач общей практики», тематическое усовершенствование врачей-специалистов по лечебному делу и педиатров осуществляется в институтах и факультетах усовершенствования врачей с применением очных, прерывистых, выездных форм обучения.

Врач общей практики (семейный врач) оказывает помощь индивидуально или совместно с другими врачами (групповая практика). В зависимости от социально-демографического состава обслуживаемого населения бригада врачей может включать и других специалистов, в том числе социальных работников.

Свою деятельность ВОП осуществляет: в государственном медицинском учреждении (поликлиника, МСЧ, городская и сельская врачебная амбулатория, здравпункт и др.); в негосударственном медицинском учреждении (малое акционерное, коллективное предприятие, кооператив); в порядке частной практики.

Врач общей практики (группа врачей) может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

Врач общей практики (семейный врач) осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи.

За врачом общей практики (семейным врачом) на договорной основе могут быть закреплены койки в стационаре для ведения больных. При необходимости врач общей практики может организовать стационары на дому, дневные стационары.

Назначение и увольнение ВОП/СВ осуществляется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта. Основной обязанностью ВОП/СВ является оказание первичной медико-социальной помощи населению в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом.

Приказ № 237 от 26 августа 1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» обосновал и детально прописал требования к новой специальности, получению образования и последипломному усовершенствованию.

Масштабные задачи не решаются в краткосрочный период. В Программе Евродорожье от 16 октября 1997 г. (приложение к Приказу Минздрава РФ от 10 ноября 1997 г. № 328) указано, что процесс становления новой формы первичной медико-санитарной помощи будет долговечным. В техническом отчете «Создание общих врачебных практик. Учебное пособие» [10], в рамках реализации Программы ЗдравРеформ, при рассмотрении вопросов стратегии создания общих врачебных практик справедливо отмечено, что, учитывая масштабность задачи, для ее реализации потребуется не менее 10–15 лет.

С момента вступления в силу Приказа № 237, введившего специальность врача общей практики, прошло 22 года, и к этому времени реальной реформы первичного звена здравоохранения в стране не произошло в связи с автоматическим вовлечением в реформирование не только первичного звена, а практически всех служб здравоохранения. Подавляющее большинство территориальных поликлиник продолжало оказывать помощь силами участкового врача, а новая формация так называемых «врачей общей практики (семейных врачей)» не соответствовало параметрам, свойственным данному понятию. Врач общей практики (семейный врач) — ВОП/СВ не в полной мере действовал как координатор направлений



своих пациентов к врачам-специалистам или как лицо, регулирующее доступ к стационарному лечению. Медленно развивались амбулаторные консультативные услуги при стационарном звене, поэтому ВОП/СВ вынуждены были обращаться к услугам менее квалифицированных специалистов амбулаторно-поликлинического звена. Распространение общей врачебной (семейной) практики сдерживалось также отсутствием полностью отработанных технологических моделей ее организации [9].

Внедрение общей врачебной (семейной) практики сдерживалось недостаточностью ресурсов и несовершенством системы профессиональной подготовки кадров, отсутствием правовой, финансовой базы и информационной поддержки, а также механизмов взаимодействия общей врачебной (семейной) практики со службами здравоохранения, страхования и социальной защиты населения. В связи с этим Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 463 от 30 декабря 1999 г. была утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика на 2000–2001 гг.», целью которой являлось создание организационно-правовой и научно-методической базы для реформирования первичной медицинской помощи с поэтапным переходом к организации ее по принципу ВОП/СВ.

Программа ставила целью формирование основ и условий для повышения эффективности и усиления первичного звена здравоохранения при ведущей роли в развитии первичной медико-санитарной помощи общей врачебной (семейной) практики.

Предполагалось для снижения затрат при переходе на систему первичной медико-санитарной помощи по принципу ВОП/СВ максимальное использование имеющихся мощностей амбулаторно-поликлинических учреждений и лишь при необходимости и возможности развертывание новых мощностей. В то же время введение общей врачебной (семейной) практики, изменение

медико-технологических процессов, расширение функций и роли существующих амбулаторно-поликлинических учреждений требуют развития материально-технической базы первичного звена здравоохранения за счет дооборудования, изменения планировочной структуры, реконструкции действующих учреждений и строительства новых, в том числе офисов (кабинетов, амбулаторий) врача общей практики (семейного врача). В связи с этим необходима разработка нормативно-технической базы, проектно-конструкторской документации на развертывание, размещение кабинетов, амбулаторий врача общей практики (семейного врача) в соответствии с современными требованиями.

На основе проведения научных и научно-проектных работ программой предусматривались создание пособий по проектированию современных, новых и реконструируемых территориальных поликлиник и по проектированию медицинских офисов для работы врача общей практики (семейного врача) с вариантами проектных решений для разных градостроительных ситуаций, а также разработка основных планировочных элементов медицинских офисов и инновационных поликлиник.

Основанием для разработки настоящей Программы являлась Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренная Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации».

Как показывает мировая практика и накапливаемый опыт, в регионах Российской Федерации, особенно в таких, как г. Санкт-Петербург, Самарская, Ленинградская, Тульская, Кемеровская области, переход к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) ведет к значительному улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективно-





му использованию ресурсов и к изменению ориентации на профилактику заболеваний и укрепление здоровья в связи с тем, что общей врачебной (семейной) практике присущи такие характерные черты, как всеобщность, доступность, интегрированность (лечебной и реабилитационной помощи, укрепления здоровья и профилактики болезней), а также постоянная основа, целостность и скоординированность, персональный характер и ориентированность как на обслуживаемый контингент, так и на семью [1, 3, 4, 6, 8, 13].

В решении Коллегии Минздрава РФ от 15 января 2002 г. «О ходе выполнения отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика» указано, что структурные преобразования здравоохранения невозможны без развития первичной медико-санитарной помощи населению. Вместе с тем Коллегия отметила, что реальной реформы первичного звена здравоохранения в стране не произошло.

Приказ Минздрава РФ № 350 от 20 ноября 2002 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации», в котором были утверждены положения об организации работы общей врачебной практики, деятельности ВОП/СВ, медицинской сестры общей практики, центра общей врачебной (семейной) практики, отделения общей врачебной (семейной) практики в составе лечебно-профилактического учреждения.

В 2003 году опубликованы методические рекомендации, подготовленные коллективом авторов во главе с И.Н. Денисовым «Финансирование общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования» [7], где представлены результаты анализа ситуации, создавшейся в российском здравоохранении при проведении реформы организации первичной медико-санитарной помощи с введением в ее структуру службы общей врачебной (семейной) практики, позволяют сделать вывод о наличии острой необходимости в разработке полити-

ки и механизмов реализации реформы первичной медико-санитарной помощи федеральными и региональными органами здравоохранения Российской Федерации.

Основными направлениями деятельности по реформированию первичной медико-санитарной помощи с развитием службы общей врачебной (семейной) практики являются:

- разработка стратегии и механизмов нормативно-правового обеспечения общей врачебной (семейной) практики как самостоятельной службы в структуре первичной медико-санитарной помощи здравоохранения Российской Федерации;

- разработка механизмов технологического обеспечения функционирования службы общей врачебной (семейной) практики;

- утверждение механизмов многоканального финансового обеспечения службы общей врачебной (семейной) практики;

- разработка стратегии и механизмов обеспечения качества первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами общей практики (семейными врачами).

В соответствии с положениями «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», одобренной Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.11.97 № 1387, и «Планом мероприятий по ее реализации на 2001–2005 гг. и на период до 2010 г.» к 2006 г. в первичном звене здравоохранения должны работать 10 тыс. врачей общей практики (семейных врачей), а к 2010 г. — 20–25 тыс.

К 2009 г. число врачей общей практики, работающих в системе Минздрава РФ, достигло 9301 и по сравнению с 1994 годом выросло в 25 раз, однако в общей численности врачебных кадров врачи общей практики не превысили 1,5%.

Структурные преобразования в отрасли в первую очередь требуют преодоления прежних воззрений на первичное звено медицинской помощи, являющееся основной составляющей этих преобразований.



В целях дальнейшего закрепления правовых основ деятельности врача общей практики был принят Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

Этим приказом были утверждены:

1. Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача).

2. Учетная форма № 030/у ВОП «Паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики».

3. Инструкция по заполнению учетной формы № 039/у-ВОП «Дневник работы врача общей практики (семейного врача)».

4. Инструкция по заполнению учетной формы № 039-1/у-ВОП «Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейной сестры)».

5. Отчетная форма № 1-ВОП «Сведения о деятельности врача (отделения, центра) общей (семейной) практики».

Согласно данному Приказу, Порядок осуществления деятельности ВОП/СВ дает следующее определение: врач общей практики, или семейный врач — врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста. Таким образом, Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача), утвержденный Приказом № 84, в отличие от Положения о враче общей практики (семейном враче), утвержденного Приказом № 237, отождествляет понятия «врач общей практики» и «семейный врач».

Пунктом 1.6 Положения о враче общей практики (семейном враче), утвержденного Приказом № 237, предусмотрено, что ВОП/СВ (группа врачей) может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами и медицинскими учреждениями. Принимая во внимание то обстоятельство, что Положением предусмотрена возможность врача общей практики

работать в порядке частной практики, из указанного следует, что Федеральный орган управления здравоохранением разрешил руководителям органов управления здравоохранением и медицинских организаций заключать соответствующие договоры с частнопрактикующими врачами.

Отличительной нормой, регламентирующей деятельность врачей общей практики, является пункт 8 Порядка, согласно которому врач общей практики (семейный врач) оказывает первичную медико-санитарную помощь контингенту, сформированному на основе свободного выбора врача пациентами. Указанная норма отражает основную цель внедрения общей практики, семейной медицины — свободный выбор врача пациентами, в том числе членами одной семьи.

Основные функции врача общей практики (семейного врача):

1. Формирует врачебный участок из прикрепившегося контингента.

2. Осуществляет санитарно-гигиеническое образование; консультирует членов семьи по вопросам формирования здорового образа жизни.

3. Осуществляет профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска путем диспансеризации прикрепившегося контингента в установленном порядке, в том числе детей, инвалидов, лиц старших возрастных групп.

4. Направляет больных на консультации к специалистам для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям.

5. Организует и проводит лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому.

6. Осуществляет патронаж беременных женщин и детей раннего возраста, в том числе новорожденных, в установленном порядке.

7. Организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке.





8. Выдает заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.

9. Взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями.

10. Имеет право осуществлять наблюдение за пациентом на всех этапах оказания медицинской помощи.

11. Организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь семье для социально незащищенных групп населения: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе.

12. Руководит деятельностью медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь по принципу общей врачебной практики (семейной медицины).

13. Ведет учет и представляет отчетность в установленном порядке.

Приказом Минсоцразвития РФ № 633 от 15 октября 2005 г. «Об организации медицинской помощи» было определено, что общая врачебная практика в рамках первичной медико-санитарной помощи организуется: в муниципальном районе: в амбулатории, центре общей врачебной (семейной) практики, участковой больнице, поликлинике, районной больнице, ЦРБ; в городском округе: в городской поликлинике, центре ОВП, медсанчасти, городской больнице.

Постановлением Правительства Российской Федерации № 851 от 30 декабря 2005 г. регламентированы выплаты надбавок стимулирующего характера врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам общей практики.

Согласно ст. 2 Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», субъектами медицинского страхования являются (среди других медицинских организаций) лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллектив-

но. Таким образом, ВОП/СВ имеет законное основание для самостоятельной работы в системах обязательного и добровольного медицинского страхования граждан.

В своем докладе «Правовые проблемы института врача общей практики» на Первом съезде врачей общей практики в 2005 г. [11] В.В.Сергеев отметил, что, спустя 12 лет от начала реформы, особую актуальность имеют правовые и этические аспекты института врача общей практики. На первое полугодие 2004 года правовая система «Гарант» содержала список нормативно-правовых актов из 112 документов, затрагивающих в той или иной степени правовые аспекты института врача общей практики. Если к этому списку добавить примерно такое же количество международных документов, содержащих правовые и этические нормы, то можно представить, какая глобальная работа должна быть выполнена по соблюдению правовой и этической регламентации деятельности ВОП/СВ.

В соответствии со статьей 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» рекомендует в Положении об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению прикрепление: на участке врача общей практики — 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше; на участке семейного врача — 1500 человек взрослого и детского населения. В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения участки могут быть сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения, с сохранением штат-



ных должностей, врачей общей практики (семейных врачей).

С Приказом № 543н от 15 мая 2012 г. утратили силу следующие приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации: «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» от 2 сентября 2005 г. № 487; «О Порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» от 4 августа 2006 г. № 584.

В настоящее время представляется, что особую значимость ВОП/СВ имеет для сельского здравоохранения — может стать решением проблемы доступности медицинской помощи, особенно в отдаленных районах России. Во многих субъектах Российской Федерации органами управления здравоохранением были разработаны территориальные программы развития общей врачебной (семейной) практики. По условиям федеральной Программы «Земский доктор», запущенной в ноябре 2011 г., вновь обученный врач общей практики, устроившийся на работу в сельской местности, получал 100 000 рублей. Данная программа позволила привлечь ВОП/СВ на работу даже в отдаленные сельские районы, что предоставило населению возможность получать доступную первичную медико-санитарную помощь.

Выводы

Таким образом, в действующих нормативных документах закреплены правовые основы деятельности врача общей практики (семейного врача): определены квалифика-

ционные требования, достаточно подробно изложены трудовые функции, закреплена возможность работы в порядке частной практики. Однако практическая реализация действующих норм законодательства, как всегда, порождает сложности, и приведенные нормы не стали исключением. Следует признать, что в настоящее время деятельность врачей общей практики, семейных врачей, основанная на свободном выборе врача пациентами, членами одной семьи, не распространена в муниципальных и государственных медицинских организациях. Существующая нормативная база во многом не учитывает аспекты деятельности врача общей практики, а также не соответствует современным требованиям по оказанию первичной медико-санитарной помощи, что зачастую вынуждает широко ориентированного в основных врачебных специальностях и способного оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях врача выполнять диспетчерские функции.

В настоящее время не существует научно обоснованных норм времени на посещение пациентом врача общей практики (семейного врача), в связи с чем актуальными являются проведение фотохронометражного исследования рабочего процесса ВОП/СВ и разработка нормативов по труду с учетом тенденций уровня и структуры заболеваемости населения, современных требований к организации лечебно-диагностического процесса, существенного улучшения материально-технической базы медицинских организаций.



Литература

1. Баранова Н.Н., Черниенко Е.И., Проскурин В.М., Филонова Т.М. О реорганизации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики в Алексинском районе Тульской области//Семейная медицина. — 1998. — № 2. — С. 23–24.





2. Боев В.С. Организация общей врачебной (семейной) практики в сельском районе. Информационно-методические материалы. — Пермь, 2000. — 87 с.
3. Галкин Р.А., Павлов В.В., Кузнецов С.И. Реорганизация первичной медико-социальной помощи в Самарской области. — Самара: Самарский Дом печати, 1997. — 124 с.
4. Губачев Ю.М. Опыт работы врачей общей практики в Великобритании и возможности его использования//В кн. Проблемы общеврачебной практики и семейной медицины в условиях реформы здравоохранения: сборник научных трудов. СПб., 1994. — С. 92–95.
5. Гусарова Г.И., Котельников Г.П., Галкин, Р.А. Павлов В.В., Кузнецов С.И. Опыт работы врачей общей практики в Самарской области//В кн. Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. Сборник научных трудов. — Самара: ГП Перспектива, 2000. — С. 18–23.
6. Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития//Здравоохранение. — 2003. — № 12. — С. 15–22.
7. Денисов И.Н., Черниенко Е.И. Финансирование общих врачебных практик в условиях обязательного медицинского страхования. Методические рекомендации. — М.: ММА, 2004. — 31 с.
8. Кузнецова О.Ю. Семейная медицина. Перспективы развития в Санкт-Петербурге и Ленинградской области//Здравоохранение. — 2003. — № 1. — С. 43–48.
9. Максяшева В.А. Семилетний опыт работы врача общей практики в г. Самаре// В кн. Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. Сборник научных трудов. — Самара: ГП Перспектива, 2000. — С. 124–125.
10. Седачева Л.А., Царик Г.Н., Шейман И.М. Технический отчет. Создание общих врачебных практик. — М., 1996 — 176 с.
11. Сергеев В.В. Развитие института врача общей практики в Самарской области: организационная модель, экономическая обоснованность, общественное мнение, защита прав населения и медицинских работников. Доклад. — М.: Совет по вопросам управления и развития Самарской области, 2005. — С. 28–38.
12. Шабров А.В. Роль экономических факторов в деятельности общеврачебной практики в Санкт-Петербурге//В кн. Первый Всероссийский съезд врачей общей практики. Сборник научных трудов. — Самара: ГП Перспектива, 2000. — С. 311–312.
13. Draft charter for general practice. Family medicine in Europe. Report of WHO Meeting Denmark. 6–7 February. 1998 WHO Regional Office for Europe. — Copenhagen, 1998. — 67 p.

UDC 614.2

Son I.M., Ivanova M.A., Armashevskaya O.V., Bantyeva M.N. Rules and law regulations for the labor of general practitioner in Russian Federation (Federal research institute for health organization and informatics of ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The current regulatory framework in a great measure ignores aspects of the labor of general practitioner, and does not correspond modern requirements for primary health care. In consequence of that, possibility of a general practitioner, capable because of its approachability to the public and competence, considerably attend both primary medical health care and emergency medical services, is used inefficiently. One of the main tools in solving this problem in the process of modernization of health care is the revision of regulations governing the labour of general practitioners and nurses with taking account of changed social conditions of society and the epidemiological situation, as well as a significant improvement of material and technical base of medical organizations and the new requirements to the organization of the diagnostic and treatment process.

Keywords: order, law regulations, general practitioner, medical help.



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

ОБРАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ: МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИЛИ ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ. ЧАСТЬ 1



УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. *Обращение медицинских изделий: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 1* (ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования») Минздравсоцразвития России, г. Иркутск, Россия)

Аннотация. В статье дана характеристика ряда вопросов в сфере обращения медицинских изделий: недостаточное законодательное регулирование, отсутствие системной работы по подготовке кадров, недостаточное обеспечение прав пациента и, как следствие, серьезные проблемы на уровне медицинской организации. Авторы предлагают конкретные решения как в части нормативного регулирования сферы обращения медицинских изделий, так и в части развернутого алгоритма работы на уровне медицинской организации в данной сфере, а именно, тех действий, которые должен инициировать главный врач.

Ключевые слова: медицинские изделия, сфера обращения медицинских изделий, качество и безопасность медицинской деятельности, медицинская организация.

В данной статье мы рассмотрим такой важнейший сегмент качества и безопасности медицинской деятельности, как сферу обращения медицинских изделий. С одной стороны, указанная сфера является самостоятельным и весьма сложным компонентом системы оказания медицинской помощи. В то же время при рассмотрении связанных с ней вопросов никогда нельзя забывать о том, что все, что влияет на качество, безопасность и эффективность применения медицинских изделий, точно так же влияет на качество и безопасность медицинской деятельности.

Несмотря на достаточно большое количество нормативно-правовых актов, регламентирующих сферу обращения медицинских изделий в Российской Федерации, можно с уверенностью констатировать, что данная сфера в здравоохранении с многих позиций является наиболее «мутной». В этой связи, чтобы хоть как-то повысить ее прозрачность, мы и рассмотрим несколько очевидных проблем, связанных с данной сферой, и, безусловно, предложим ряд их возможных решений.



© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2014 г.





В начале напомним достаточно объемные определения двух очень важных понятий, без которых двигаться дальше просто невозможно, а именно: «Что же такое есть в отечественном здравоохранении «медицинские изделия» и «обращение медицинских изделий»?».

Определения указанных выше понятий даны в статье 38 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы):

«1. Медицинскими изделиями являются любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и прочие изделия, применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой, а также вместе с другими принадлежностями, необходимыми для применения указанных изделий по назначению, включая специальное программное обеспечение, и предназначенные производителем для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболитического воздействия на организм человека.»

3. Обращение медицинских изделий включает в себя технические испытания, токсикологические исследования, клинические испытания, экспертизу качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, их государственную регистрацию, производство, изготовление, ввоз на территорию Российской Федерации, вывоз с территории Российской Федерации, подтверждение соответствия, государственный контроль, хранение, транспортировку, реализацию, монтаж, наладку, применение, эксплуатацию, в том числе техническое обслуживание, предусмотренное

нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя, а также ремонт, утилизацию или уничтожение.»

Из представленных выше определений можно сделать один очень важный вывод.

Медицинские изделия и их обращение являются сложнейшей многокомпонентной сферой как по числу субъектов, которые она охватывает, так и по многообразию и содержанию процессов, которые в данной сфере непрерывно реализуются.

Обоснованность данного вывода подтверждает также многоаспектность и многообразие публикаций, в которых прямо или косвенно рассматриваются вопросы, так или иначе связанные с обращением медицинских изделий. Это и вопросы оптимального оснащения и закупок медицинских изделий [6, 10, 11]; и вопросы рационального, безопасного и эффективного их использования [1, 3, 5, 9]; и вопросы обеспечения качества и прав пациента при оказании медицинской помощи [4, 7, 8]; и вопросы нормативного регулирования в сфере обращения медицинских изделий [2, 12].

Очевидно, что этого более чем достаточно, чтобы сфера обращения медицинских изделий заняла подобающее ей место в отечественной системе здравоохранения в части максимального всестороннего внимания. Определенное движение в этом направлении наметилось, но пока это движение еще очень и очень скромное. Вот теперь-то и перейдем к проблемам.

Первая проблема

Законодательное регулирование сферы обращения медицинских изделий, в которую входит огромное число производителей и поставщиков, практически все медицинские организации и индивидуальные предприниматели в здравоохранении, а также миллионы наших сограждан как пользователи медицинских изделий, сегодня абсолютно недостаточное.



По сути, таким единственным специальным регулятором является хоть и объемная, но всего лишь **одна** статья в Основах, а именно, статья 38 «Медицинские изделия». Еще две другие статьи упомянутого закона, в которых также говорится о медицинских изделиях, а это статья 95 «Государственный контроль за обращением медицинских изделий» и статья 96 «Мониторинг безопасности медицинских изделий», хоть и касаются важнейших направлений по надзору и мониторингу в сфере обращения медицинских изделий, но в то же время едва ли эффективно работают при отсутствии четко прописанных в законодательстве полномочий, функций медицинских организаций в сфере обращения медицинских изделий. В сложившейся ситуации эти положения законодательства на уровне медицинских организаций скорее сами больше создают или провоцируют и неразбериху, и коррупционные риски в сложных вопросах, связанных с медицинскими изделиями.

Вторая проблема

В Российской Федерации сегодня отсутствует системная работа по подготовке медицинских кадров к осуществлению деятельности в сфере обращения медицинских изделий.

И речь здесь совсем не о том, что у нас не учат, например, рентгенолога на какую кнопку нажать, чтобы включить рентгенаппарат, и как читать рентгеновские снимки. Внутриотраслевая подготовка специалистов, безусловно, ведется. Правда точно так же, как это было и 30, и 40, и 50 лет назад с поправкой на новую технику и электронные технологии тестирования обучающихся. И, тем не менее, еще раз подчеркнем, что системной работы по подготовке кадров для осуществления деятельности в огромной и сложнейшей сфере обращения медицинских изделий у нас, к сожалению, не сформировано.

Чтобы стало более понятно, что мы имеем в виду под системной работой, стоит взглянуть на состояние кадровой работы в сфере

обращения лекарственных средств. В подготовке специалистов для этой сферы участвуют и кафедры фармакологии, и кафедры фармации, и кафедры клинической фармакологии, и кафедры профильной подготовки специалистов, в том числе кафедры общественного здоровья и здравоохранения. Мы уже и не говорим о фармацевтических факультетах. Подготовка же специалистов к деятельности в сфере обращения медицинских изделий выглядит, мягко говоря, несопоставимо скромнее. А ведь оправдывать это тем, что данная сфера менее важна, сложна и/или менее объемна, чем сфера обращения лекарственных средств, — большое заблуждение.

Проблема третья, логично вытекающая из двух предыдущих

У руководителей медицинских организаций сегодня не сформирован четкий и понятный алгоритм их действий в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации. Сегодня для руководителей более или менее понятны только отдельные компоненты этой работы. Чаще всего таких компонентов три:

- приобретение медицинских изделий;
- подготовка и расстановка кадров для применения медицинских изделий;
- техническое обслуживание медицинских изделий.

Если соотнести эти фрагменты работы в сфере обращения медицинских изделий с представленными выше определениями понятий «медицинские изделия» и «обращение медицинских изделий», а также с тем, что подлежит надзору и мониторингу в данной сфере, то становится очевидной явная недостаточность подобной деятельности.

Проблема четвертая, также логично вытекающая из предыдущих

С уверенностью можно констатировать, что сфера обращения медицинских изделий в части соблюдения прав граждан, то есть





пациентов, характеризуется наиболее частым несоблюдением этих прав в системе охраны здоровья населения в Российской Федерации. Это не наговор на систему, и мы совсем не пытаемся, коль говорим об этом в своем кругу на страницах профессионального издания, представить врачей, применяющих медицинские изделия, такими агрессорами по отношению к пациентам, а руководителей медицинских организаций их пособниками.

Очевидно, что, если нет адекватного нормативного регулирования сферы обращения медицинских изделий, нет системной работы по подготовке кадров для работы в данной сфере, нет четкого и ясного алгоритма действий у руководителя медицинской организации, то каким же чудесным образом могут соблюдаться права пациента в сфере обращения медицинских изделий?!

А что же следует понимать под соблюдением прав пациента в сфере обращения медицинских изделий?

Казалось бы, ответ предельно простой и понятный: «Соблюдение прав пациента в сфере обращения медицинских изделий есть не что иное, как соблюдение прав пациента в сфере охраны здоровья граждан, прописанных в Основах!». И, тем не менее, беремся утверждать, что такой ответ сегодня полным считать нельзя. Прежде всего потому, что сфера обращения медицинских изделий, безусловно, имеет свою специфику, и вот эта самая специфика Основами практически не учитывается.

Да и степень незнания пациентом своих прав применительно к медицинским изделиям гораздо больше, чем, например, к лекарственным средствам, равно как и степень незнания медицинским персоналом своих обязанностей применительно к соблюдению прав пациента при использовании медицинских изделий. Иными словами, персонал должен четко представлять то, о чем он обязан проинформировать пациента в связи с при-

менением медицинских изделий, и при этом информация о побочных действиях медицинских изделий в этом случае должна быть далеко не единственной. Вот здесь и возникает вопрос: «А что же все-таки надо говорить пациенту о назначаемом медицинском изделии, и какие документы ему обязаны дать в медицинской организации, если это медицинское изделие, например, не только использовано при оказании медицинской помощи, но и в дальнейшем какое-то время будет находиться и применяться у пациента».

Ярким примером правового беспредела в части нарушения прав пациентов в сфере обращения медицинских изделий является ортопедическая стоматология. Как известно, ежегодно сотни тысяч, если не миллионы, наших сограждан обращаются к стоматологам-ортопедам по поводу зубопротезирования. И вот здесь много интересного.

Во-первых, сегодня в Российской Федерации, оказывается, нет единого определения, что такое зубные протезы. Мы не говорим об их видах, характеристиках, конструктивных особенностях. Это все есть, а вот единого определения, то есть определения не авторского, а закрепленного в законе или ином нормативно-правовом акте уполномоченным на это органом, нет.

Во-вторых, раз нет определения, то соответственно сегодня никто в стране не знает, являются ли зубные протезы медицинским изделием или нет. Вероятно, что, скорее всего, являются, но это только версия или мнение, которых может быть очень много и при этом самых разных.

В-третьих, если предположить, что зубные протезы являются медицинским изделием (а в интересах пациента лучше это все-таки предположить), то после зубопротезирования стоматолог-ортопед обязан дать пациенту развернутую инструкцию с максимально полной информацией о зубном протезе и о его дальнейшем применении.

И вот здесь снова возникают вопросы: «Что значит развернутая инструкция? Что



значит полная информация?». А это значит, что данная информация, включая ее объем и содержание, должна соответствовать требованиям законодательства. А требований таких очень немало. И указаны эти требования применительно к зубным протезам не только и даже не столько в Основах, сколько в Законе Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Как же выглядит ситуация с информированием пациента о зубных протезах и об их дальнейшем применении после зубопротезирования сегодня?

Варианты следующие.

1. Пациенту после зубопротезирования из документов на руки выдается только кассовый чек и больше ничего. Все остальное, возможно, сообщается пациенту устно.

2. Пациенту после зубопротезирования из документов на руки выдается кассовый чек и документ о гарантии. Все остальное, возможно, сообщается пациенту устно.

3. Пациенту после зубопротезирования из документов на руки выдается кассовый чек, документ о гарантии, краткое описание об использовании зубных протезов. То же самое сообщается пациенту устно.

4. Пациенту после зубопротезирования из документов на руки выдается кассовый чек, а также документы, полностью соответствующие требованиям Основ и Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

Последний вариант, безусловно, идеальный, но на практике почти не встречающийся в нашем здравоохранении. И происходит это опять же не потому, что в медицинском сообществе все настроены или на минимальное обеспечение прав пациента, или на несоблюдение их вовсе. Происходит так, скорее всего, потому, что, как свидетельствует приведенный выше пример с зубопротезированием, законодательное регулирование сферы обращения медицинских изделий сегодня не только минимально, но еще и раз-

мыто по разным законам без учета медицинской специфики. Особенно это касается такого важнейшего сегмента обращения медицинских изделий, как их обращение непосредственно в медицинской организации, то есть там, где медицинские изделия (и притом наиболее сложные из них) наиболее часто и применяются.

Что делать?

Предложение первое

То, что необходим отдельный закон, регламентирующий обращение медицинских изделий, уже давно не вызывает сомнений. Более того, очевидно, что отсутствие такого закона, по сути, «подставляет» и врача, и пациента в столь сложной сфере, как обращение медицинских изделий. Удивляет, да уже и настораживает то, что совершенно непонятно, почему такой закон в каком бы то ни было виде (хоть бы было что усовершенствовать) до сих пор не появился. Ведь только за последние 10–15 лет предлагалась уже не одна версия соответствующих законопроектов, но ни одна из них законом так и не стала. Идеальный закон принять невозможно, но наличие закона в любом случае лучше, чем ничего. В общем предлагаем профильному комитету Государственной Думы форсировать данный вопрос, который давно уже перезрел.

Предложение второе

Также хотелось бы обратить внимание законодателя на то, что либо в отдельном законе о медицинских изделиях, либо, может быть, до его принятия в Основах необходимо достаточно подробно отразить вопросы регулирования сферы обращения медицинских изделий непосредственно на уровне медицинской организации. Негативным примером в этом случае может служить Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», где практически минимизировано регулирование обращения лекарственных средств на уровне медицинской организации, и большинство





руководителей медицинских организаций дополнительно к тому, что они знали раньше, то есть до принятия данного закона, ничего проясняющего в части своих функций и компетенций получить из него не могут.

То же самое сейчас касается и сферы обращения медицинских изделий. Например, в Основах, а именно, в части 3 статьи 95 «Государственный контроль за обращением медицинских изделий», сказано, что государственный контроль за обращением медицинских изделий в том числе включает в себя контроль за их безопасностью, эффективностью и применением. В этой связи, чтобы соответствовать требованиям надзорных органов, любому руководителю медицинской организации необходимо четко понимать, что он обязан сделать для обеспечения безопасности, эффективности и правильного применения медицинских изделий. Сегодня же из действующей редакции Основ, а также из имеющихся подзаконных актов такой ясности никак не вытекает. А это значит, что у всех у нас как минимум есть или могут быть вполне обоснованные сомнения в том, что указанные требования выполняются в медицинских организациях по единому алгоритму, так как никакого правового посыла к появлению такого единого алгоритма как раз и нет. А вместо этого есть многочисленные разные мнения руководителей медицинских организаций и представителей надзорных органов о том, как обеспечить безопасность, эффективность и правильное применение медицинских изделий в медицинской организации.

Предложение третье

Основы или отдельный закон о медицинских изделиях обязательно должны содержать развернутые положения об обеспечении прав граждан в сфере обращения медицинских изделий с учетом ее специфики:

- положения о том, какие конкретно права у граждан имеются в данной сфере;
- положения о том, как и какую информацию, в том числе какие документы, обязан предоставить гражданину медицинская

организация о медицинском изделии, используемом для оказания медицинской помощи.

Надежда на то, что в этой связи вполне достаточно Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», является ошибочной.

Во-первых, при всем уважении к данному закону его положения не адаптированы к вопросам охраны здоровья в контексте медицинских изделий, и поэтому их толкование может быть весьма широким, а не только двояким или трояким, что делает ущербным любой закон.

Во-вторых, данный закон просто не распространяет свое действие на медицинские организации, не участвующие в системе ОМС, не являющиеся частными и не занимающиеся оказанием соответствующих платных услуг. А к таковым относится большое число фтизиатрических, психиатрических и иных медицинских организаций, осуществляющих при этом активную деятельность в сфере обращения медицинских изделий.

Предложение четвертое

Необходимо начать системную работу по подготовке кадров для сферы обращения медицинских изделий. Первым шагом в решении этой задачи могло бы быть поручение отраслевого министерства включить на уровне дополнительного профессионального образования в программы подготовки, повышения квалификации организаторов здравоохранения вопросы, касающиеся сферы обращения медицинских изделий, прежде всего на уровне самих медицинской организации. Какие это могут быть вопросы, становится ясно, если посмотреть на предложенный нами ниже перечень внутренних документов, который должен быть разработан и утвержден в каждой медицинской организации для регламентации внутреннего порядка работы, то есть того самого алгоритма, в сфере обращения медицинских изделий.

Предложение пятое

Данное предложение касается непосредственно руководителей медицинских организаций. Для формирования четкого, последо-



вательного и понятного алгоритма действий руководства медицинской организации в сфере обращения медицинских изделий считаем необходимым предложить следующий перечень внутренних документов (локальных нормативных актов), которые должны быть разработаны и утверждены непосредственно в медицинской организации.

1. Положение об организации работы в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

2. Положение об ответственном лице за организацию работы в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

3. Правила обращения медицинских изделий в медицинской организации.

4. Порядок организации работы по выполнению метрологических требований, норм и правил в медицинской организации.

5. Порядок обеспечения безопасного обращения медицинских изделий в медицинской организации.

6. Положение об обеспечении прав граждан в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

7. Порядок внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере

обращения медицинских изделий в медицинской организации.

8. Дополнения в должностную инструкцию руководителя структурного подразделения медицинской организации по вопросам организации работы в сфере обращения медицинских изделий.

9. Дополнения в должностную инструкцию врача по вопросам работы в сфере обращения медицинских изделий.

Предложенный выше перечень лишь называет возможные направления работы руководства медицинской организации в сфере обращения медицинских изделий. В следующей части данной публикации мы постараемся раскрыть их.

Убеждены, что только в том случае, если работа в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации будет максимально подробно и четко регламентирована локальными нормативными актами, то только тогда можно будет добиться реального обеспечения качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий и только тогда будет реально эффективным внутренний, ведомственный и государственный контроль в данной сфере.



Литература

- 1.** Генералова В.В., Громов А.А., Жанжора А.П., Ярына В.П., Миняйлик Г.М., Мишустин В.М. Качество и безопасность изделий медицинского назначения однократно-го применения, стерилизуемых радиационным способом//Источник: www.medka.ru
- 2.** Аносова Е.Д. Проблемы технического регулирования в здравоохранении// Источник: www.medka.ru
- 3.** Шестаков Г.С., Байсултанов И.Х. Актуальные проблемы ресурсного обеспечения и оптимизации управления станцией скорой медицинской помощи муниципального образования сельской местности//Здравоохранение Российской Федерации. — 2013. — № 1. — С. 42–45.
- 4.** Петрова Е.И., Микитюк Е.Н., Караушева Л.Е., Ефанова Л.В. Опыт использования медицинских и организационных инноваций Рязанским областным клиническим перинатальным центром//Здравоохранение Российской Федерации. — 2013. — № 1. — С. 45–48.
- 5.** Харисов И.Ф., Дружкова Н.Б. Роль медработников в обеспечении мониторинга безопасности лекарств и медицинских изделий//Правовые вопросы в здравоохранении. — 2013. — № 8. — С. 8–12.





6. Фролов С.В., Фролова М.С. Мировые проблемы при выборе медицинского изделия для учреждения здравоохранения//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 11. — С. 50–61.
7. Пивень Д.В., Кицул И.С. О формировании новой системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности в здравоохранении Российской Федерации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 16–26.
8. Пивень Д.В., Кицул И.С. Обеспечение прав пациента и необходимость разработки в медицинской организации соответствующих внутренних регламентирующих документов//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 4. — С. 6–12.
9. Куликов А.Ю., Абдрашитова Г.Т. Оценка экономической эффективности применения ортезов при лечении люмбагошалгии//Заместитель главного врача. — 2014. — № 1(92). — С. 57–67.
10. Шабунова А.А., Кондакова Н.А. Региональный опыт реализации программы модернизации здравоохранения//Здравоохранение Российской Федерации. — 2014. — № 2. — С. 8–13.
11. Песегова Т.Н. Способы закупки медицинских изделий и особенности их применения//Здравоохранение. — 2014. — № 5. — С. 16–20.
12. Новиков С.В. Особенности национальной номенклатуры медицинских изделий//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 6. — С. 24–30.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. Circulation of medical products: numerous problems regulatory or what chief doctor have to do. Part 1 (Saint Petersburg; Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia)

Abstract. In the article the characteristic of a number of issues in the sphere of medical products circulation: insufficient legislative regulation, absence of the system of training, lack of secure rights of a patient and, as a consequence, serious problems at the level of the medical organization. The authors offer concrete solutions as part of the normative regulation of the sphere of medical products circulation, and of the expanded operation algorithm at the level of medical organization in this area, namely those actions that must initiate the chief doctor.

Keywords: medical product, the sphere of circulation of medical products, quality and safety of medical practice, medical organization

Здравоохранение-2014



ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБСУЖДЕНИЕ ЗАКОНОПРОЕКТА, УПРОЩАЮЩЕГО ОБОРОТ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ

Министерство здравоохранения России опубликовало для общественного обсуждения проект федерального закона, направленного на упрощение требований к обороту наркотических и психотропных лекарственных средств. Новый законопроект подразумевает увеличение срока действия специального рецепта на сильнодействующие обезболивающие с 5 до 10 дней. «Это позволит снять напряженность в некоторых регионах и проводить обезболивающую терапию своевременно и качественно, так как пациенты, нуждающиеся в ней, как правило, требуют срочного применения наркотических препаратов», — отмечается в комментарии.

Авторы инициативы также предлагают рассмотреть предложения об упрощении требований к перевозке психотропных веществ, отмене требования возврата использованных упаковок наркотических средств, а также о снижении срока хранения журналов регистрации операций с сильнодействующими обезболивающими.

Ранее в Госдуму был внесен законопроект о снижении санкций за незаконную выдачу рецептов на получение наркотических средств или психотропных веществ. Авторы документа предложили изменить состав преступления, предусмотренного в Уголовном кодексе. По их мнению, к врачу, нарушившему порядок выдачи рецепта на обезболивающие наркотического ряда, необходимо применять только санкции в виде штрафа, как если бы он совершил врачебную ошибку. В пояснительной записке отмечалось, что многие врачи избегают назначать обезболивающие лекарственные средства из-за страха привлечения к уголовной ответственности в силу слишком жесткого наркорегулирования.

Источник: <http://remedium.ru>



С.И. Двойников,

д.м.н., профессор кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России,
г. Самара, Россия, DvoinikovSI@mail.ru

С.В. Архипова,

аспирант кафедры сестринского дела ГБОУ ВПО СамГМУ Минздрава России, г. Самара,
Россия, Arhipovas.v@mail.ru

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БЮДЖЕТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК 614.2

Двойников С.И., Архипова С.В. Современный подход к оценке деятельности бюджетных медицинских учреждений (СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия)

Аннотация. Статья посвящена вопросам применения Системы сбалансированных показателей для оценки деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения. Результатом работы является теоретическое обоснование причинно-следственной связи перспектив и выявления показателей, характеризующих достижение целей в рамках системы сбалансированных показателей амбулаторно-поликлинического учреждения. В статье сделан вывод о необходимости разработки методических подходов для формирования стратегических показателей в рамках системы сбалансированных показателей.

Ключевые слова: подход, система показателей, оценка деятельности, менеджмент, система сбалансированных показателей, бенчмаркинг.

На современном этапе реформирования отечественного здравоохранения, в условиях противоречия между потребностями в медицинской помощи и возможностями по ее оказанию, повышения требований к достигаемым результатам актуальной проблемой остается изучение деятельности лечебно-профилактических учреждений государственной системы здравоохранения, научного поиска оптимальных управленческих решений.

Развитие методологических подходов к оценке деятельности медицинских учреждений обеспечивает достаточно широкие возможности для их руководителей и требует детального изучения.

Цель работы заключается в изучении подхода к оценке деятельности бюджетных медицинских учреждений на основе Системы сбалансированных показателей и получения собственного опыта использования данной методики. Ввиду чрезвычайной сложности и дискуссионности вопросов, связанных с оценкой деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), проблема их количественной оценки остается одной из важнейших нерешенных проблем [5]. В связи с этим наблюдается существенное повышение требований к результатам деятельности бюджетных медицинских учреждений.

Так, в целях обеспечения качества оказания медицинской помощи установлены целевые показатели эффективности деятельности федеральных бюджетных учреждений [15]. Утверждены методики оценки результа-

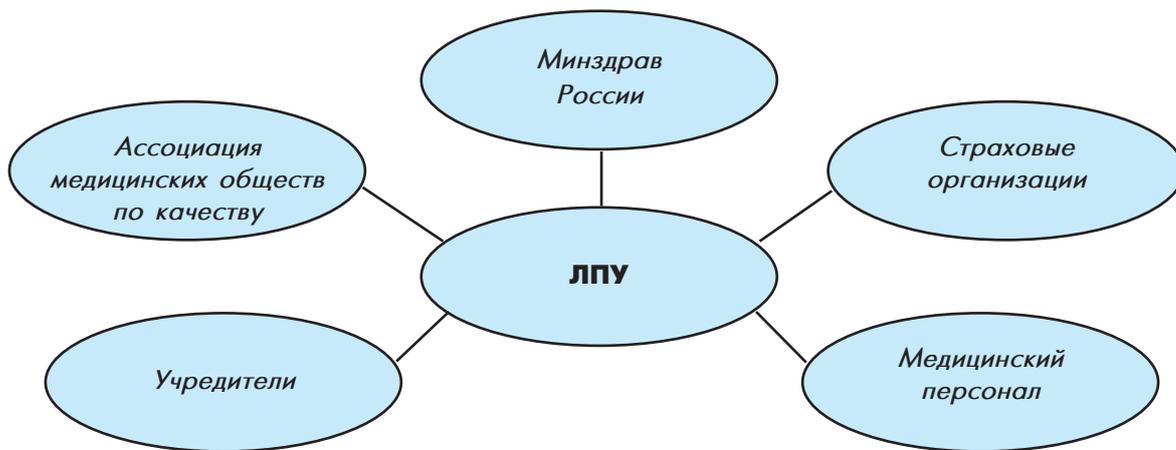


Рис. 1. Заинтересованные стороны, взаимодействующие с ЛПУ

тивности и эффективности деятельности учреждений здравоохранения [16, 17].

Кроме этого, одним из условий поиска новых подходов к оценке деятельности медицинских учреждений стала необходимость организаций непромышленной сферы ориентировать свою деятельность на стратегию развития [6].

Теоретические и практические аспекты этой проблемы являются распространенным направлением научных исследований отечественных [2, 7, 18, 19] и зарубежных ученых [25, 28, 29] и свидетельствуют о стремлении современной методологии оценки деятельности к всестороннему охвату различных факторов, влияющих на результат.

В связи с этим оценка деятельности бюджетных медицинских учреждений становится одной из ключевых проблем современного менеджмента. Широкий взгляд на данную проблему позволяет выявить увеличение количества заинтересованных сторон в получении информации о деятельности ЛПУ (рис. 1).

Кроме этого, работа современного ЛПУ осуществляется в условиях самостоятельного прогнозирования факторов окружения (квалифицированный персонал, лояльность клиентов, прогрессивность технологий и отлаженность процессов), поэтому результаты могут оцениваться как на основе отчетности

бюджетного учреждения, сформированной в соответствии с действующим законодательством РФ, так и на основе достижения поставленных целей. Преимущество такой оценки заключается в возможности влияния на развитие медицинской организации и получении выгоды в виде повышения лояльности сотрудников и пациентов.

На наш взгляд, наиболее универсальной и лидирующей моделью, применяемой как в частном, так в государственном секторе и отвечающей требованиям системного подхода, является Система сбалансированных показателей (ССП). Данная концепция была предложена в начале 90-х годов Р. Капланом и Д. Нортонем [10].

Учеными было доказано, что самой оптимальной системой оценки является многофункциональная система оценки деятельности.

Впоследствии данная методология стала одним из самых известных подходов к оценке деятельности организаций в различных отраслях экономики, в том числе в здравоохранении [22–24, 26, 27].

В настоящее время СПП выступает в качестве инструмента, позволяющего связать стратегическое управление с оценкой деятельности организации на основе ключевых показателей и причинно-следственных связей между ними.

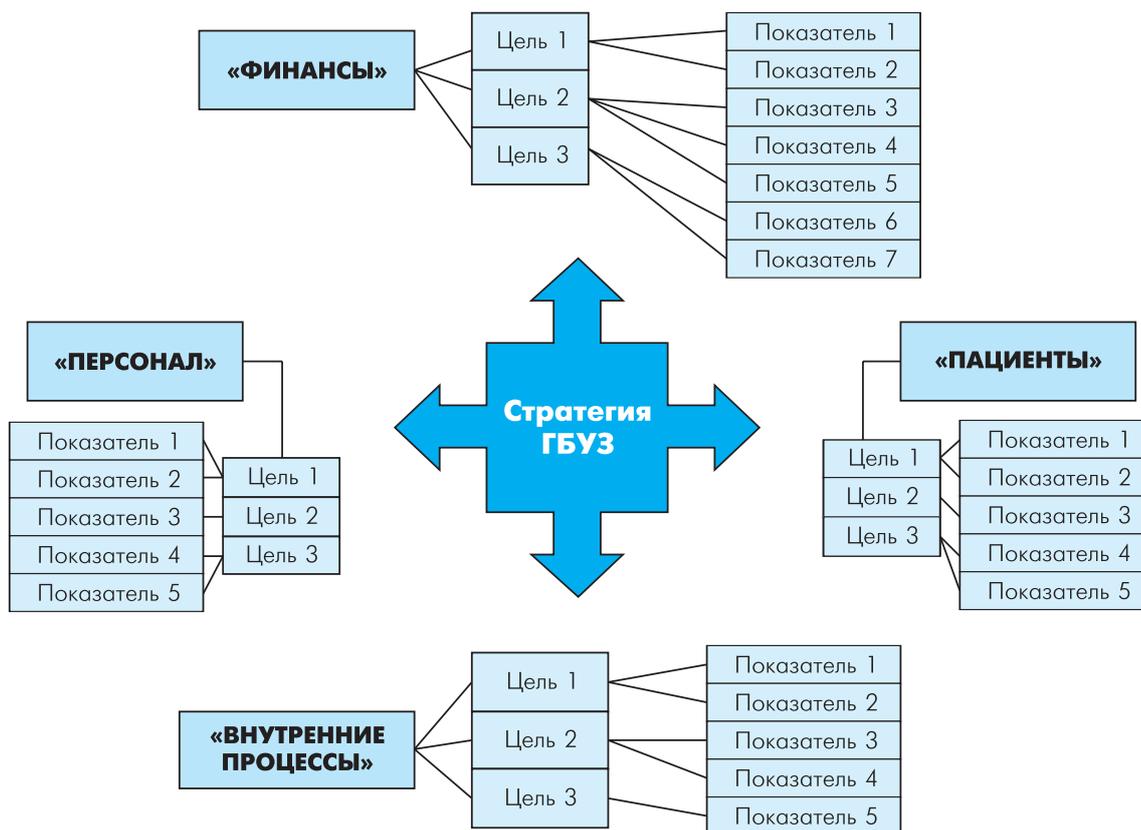


Рис. 2. Стратегическая деятельность медицинского учреждения в рамках ССП

Согласно теории ССП, стратегическая деятельность медицинского учреждения может быть представлена в виде четырех основных перспектив (рис. 2).

Однако проблемы формирования ССП являются новыми для российских ЛПУ. Согласно научным исследованиям, проводимым отечественными учеными [1, 4, 7, 8, 20], определенные трудности использования данной методики связаны с необходимостью ее адаптации, отсутствием формализованных и задокументированных стратегических целей, внутренних процессов, необходимостью разработки стратегии. Ученые отмечают, что точная и объективная оценка не может базироваться на произвольном наборе показателей.

Так, по мнению Ю.С. Новиковой [14], необходимо максимально стандартизировать и формализовать подходы к построению

системы показателей, используя экспертные оценки для определения факта достижения целей.

И.А. Чернышовым [21] предложено заметить стратегию на идею, как более простую и понятную для большинства работников. Л.В. Коновалова обосновала использование коэффициента корреляции при выборе ключевых показателей [11].

Кроме этого, для выбора показателей деятельности ЛПУ исследователями широко используются методы экспертных оценок, бенчмаркинг, теория заинтересованных сторон, также рекомендуется исходить из конкретных потребностей субъектов управления в аналитической оценке [2, 3, 21].

Таким образом, на основе обзора научной литературы алгоритм построения системы оценки деятельности бюджетных ЛПУ с





ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

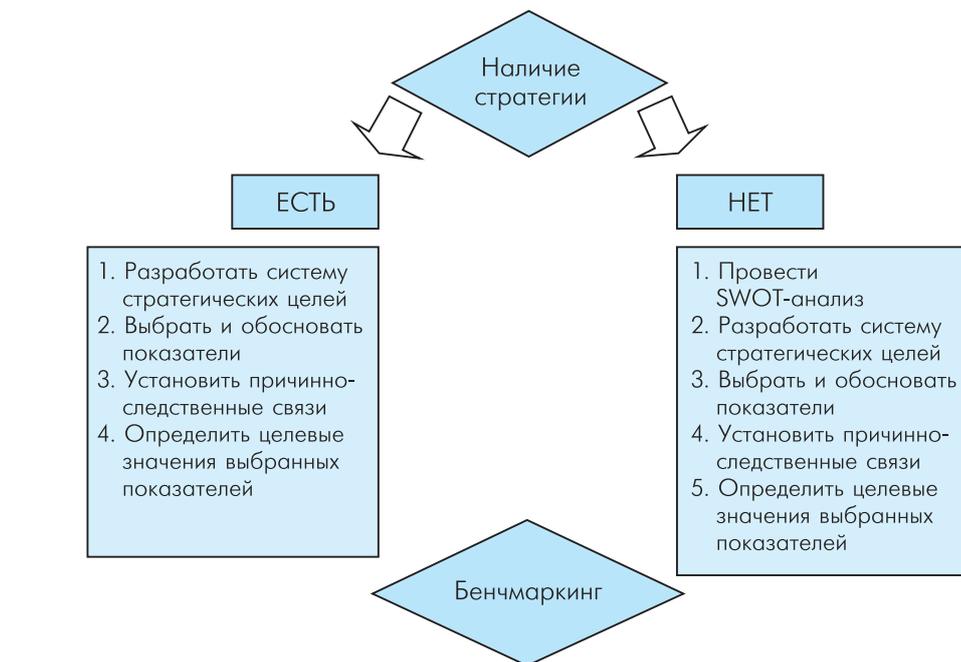


Рис. 3. Алгоритм построения системы оценки деятельности бюджетных ЛПУ на основе ССП

использованием ССП может выглядеть следующим образом (рис. 3).

Как уже отмечалось ранее [20], большинство российских ЛПУ работают в условиях отсутствия формализованной миссии и стратегии развития, поэтому первым этапом для них могут стать создание рабочей группы и проведение SWOT-анализа, маркетингового анализа, изучение основных производственно-аналитических показателей с целью формирования направлений стратегического развития.

Кроме этого, при разработке собственных стратегических целей можно использовать метод анализа иерархий [12]. Для дальнейшей конкретизации стратегических целей учреждения необходимо выявить причинно-следственные связи между ними, выбрать показатели и определить их целевые значения.

Далее для объективности результатов оценки деятельности бюджетного медицинского учреждения необходимо сравнить соб-

ственные показатели с показателями других организаций, являющихся лидерами и/или конкурентами.

На наш взгляд, несмотря на то, что в ССП не существует универсальных показателей (так как ЛПУ могут отличаться объемом финансирования, материально-технической базой, территориальным расположением), для большинства бюджетных учреждений здравоохранения, осуществляющих единую стратегию, возможно применение универсальной стратегической карты.

В этой связи на основе всестороннего анализа литературных источников с учетом тенденций развития отечественного здравоохранения мы рассмотрим построение системы оценки деятельности на основе ССП для поликлиники. При этом мы будем анализировать деятельность поликлиники в рамках исходной модели Д. Нортон и Р. Каплана [10], которая содержит четыре ключевых

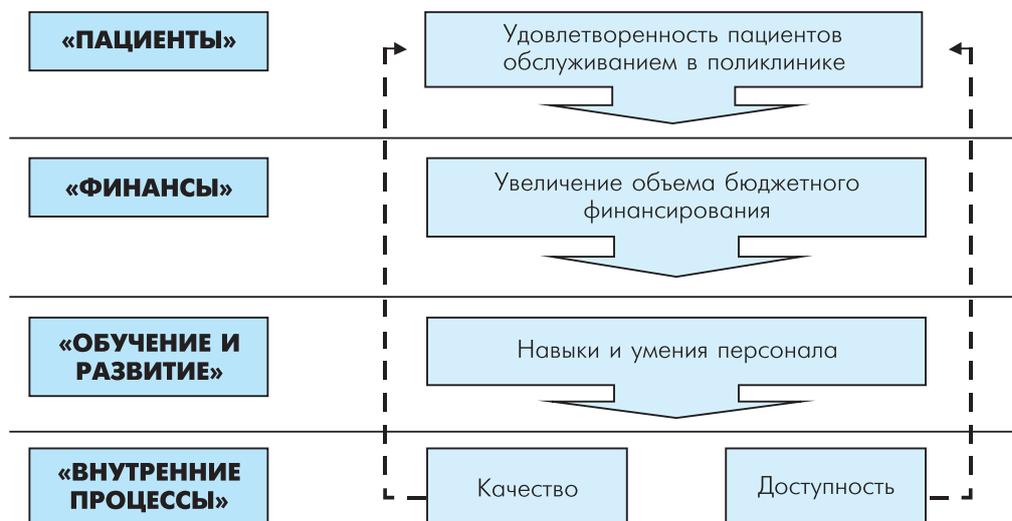


Рис. 4. Причинно-следственные связи различных перспектив поликлиники

аспекта: финансовая деятельность, отношения с потребителями, организация бизнес-процессов, обучение и развитие.

Причинно-следственные связи между этими аспектами можно продемонстрировать на примере *рисунка 4*.

В настоящее время при переходе от гарантированного финансирования по смете к финансированию на основе выполнения муниципального задания страховая часть бюджетного финансирования напрямую зависит от количества пациентов, которым предоставляются медицинские услуги [9].

Поэтому для государственных и некоммерческих поликлиник на первый план выходят нефинансовые направления деятельности: удовлетворенность пациентов качеством обслуживания, текучесть кадров, укомплектованность штата персонала основными сотрудниками на полную ставку, обеспеченность современным оборудованием и т.д.

В связи с этим в самом верху стратегической карты мы расположили нефинансовую составляющую «Пациенты (Клиенты)», которая обеспечивает взаимосвязь со следующей перспективой ССП — «Финансы».

В данном аспекте наиболее важными становятся показатели роста и объема медицин-

ских услуг в системе обязательного медицинского страхования, фонд заработной платы, рентабельность, отсутствие роста просроченной кредиторской задолженности и т.д.

Для достижения целей, поставленных в перспективах «Пациенты», «Финансы», руководство должно вывести внутренние бизнес-процессы на качественно новый уровень. Перспектива «Обучение и развитие» в этом играет особую роль. При этом следует учитывать, что ключевой проблемой многих поликлиник является недостаточная обеспеченность квалифицированным персоналом, связанная с низкой социальной привлекательностью работы в первичном медико-санитарном звене. Поэтому в перспективе «Обучение и развитие», помимо показателей, характеризующих уровень аттестации, целесообразно учитывать такие показатели, как: удовлетворенность персонала, сохранение кадровой базы, лояльность персонала, удовлетворенность оплатой труда и т.д. В результате этого данная перспектива будет отражать финансовое состояние и качество внутренних процессов поликлиники.

Таким образом, представленная модель стратегической карты позволяет учитывать основные факторы успешной деятельности





Таблица 1

Перечень показателей для оценки деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения

1. «Пациенты»	1.1. Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг
	1.2. Количество прикрепленного населения
	1.3. Количество жалоб пациентов
	1.4. Увеличение количества пациентов, получивших платные услуги за счет расширения сегмента рынка
	1.5. Доля лояльных пациентов
	1.6. Количество пациентов по ОМС
	1.7. Количество пациентов по ДМС
2. «Финансы»	2.1. Показатель роста объема ОМС
	2.2. Фонд заработной платы
	2.3. Рентабельность
	2.4. Отсутствие роста просроченной кредиторской задолженности
	2.5. Издержки
	2.6. Показатель средней стоимости посещения
	2.7. Доля доходов за счет создания новых услуг
3. «Обучение и развитие»	3.1. Укомплектованность поликлиники медицинским персоналом
	3.2. Количество сотрудников, повысивших свою категорию
	3.3. Количество сотрудников, повысивших свою квалификацию
	3.4. Показатель сохранения кадровой базы
	3.5. Лояльность кадров
	3.6. Индекс удовлетворенности сотрудников
	3.7. Удовлетворенность оплатой труда
	3.8. Средняя заработная плата персонала
4. «Внутренние процессы»	4.1. Среднее время ожидания очереди у кабинета врача
	4.2. Показатель охвата диспансерным наблюдением
	4.3. Показатель впервые выявленных заболеваний на ранних стадиях
	4.4. Время простоя дорогостоящего оборудования
	4.5. Показатель участковости
	4.6. Обеспеченность современным медицинским оборудованием
	4.7. Соотношение врачей и среднего медперсонала

поликлиники: квалифицированный персонал, лояльность пациентов, отлаженность внутренних процессов.

Ниже приведен перечень показателей (таблица 1), наиболее часто используемый аналитиками [7, 8, 13] для измерения достижения целей в рамках ССП.

Таким образом, изучение подхода к оценке деятельности бюджетных медицинских учреждений, основанного на Системе сбалансированных показателей, позволило сформулировать следующие утверждения:

1. Сложность использования методологии ССП для государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения связана не только с отсутствием разработанной стратегии в большинстве ЛПУ, но и с отсутствием методических рекомендаций по формированию стратегических показателей.

2. При построении ССП для бюджетных медицинских учреждений необходимо использование дополнительных инструментов стратегического планирования (SWOT-анализ, бенчмаркинг, теория заинтересованных сторон).



Литература

1. Анопко В.П. Совершенствование системы оценки эффективности стратегии развития лечебно-профилактических учреждений//Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Москва, 2011. — 25 с.
2. Сибурин Т.А., Князев А.А., Лохтина Л.К., Мирошникова Ю.В. Базовая методология и практика рейтинговых оценок в здравоохранении//Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. — 2012 (27). — №5. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/427/30/lang,ru/> (Дата обращения: 30.05.2013).
3. Балтина А.М. Сбалансированная система показателей как инструмент результативного бюджетирования//Вестник ОГУ. — 2010. — №13. — С.116–120.
4. Брикошина И.С. Проектно-ориентированное управление в непроизводственной сфере (на примере лечебно-профилактических учреждений)//Автореф. дис. ... канд. экон. наук. — Москва, 2009. — 19 с.
5. Горбатков С.А., Коротнева М.А. Методика оценки эффективности работы учреждений здравоохранения//Вестник УГАТУ. — 2011. — Т. 15. — № 5 (45). — С. 190–193.
6. Гройсман В.А., Разливанских Л.П., Мартыненко В.Ф. Проблемы управления развитием лечебно-профилактических учреждений//Экономика здравоохранения. — 2006. — № 7. — С. 11–15.
7. Гусева С.Л. Стратегия развития лечебного учреждения на основе использования сбалансированной системы показателей//Экономика здравоохранения. — 2011. — № 1–2. — С. 11–14.
8. Егорова И.А. Научное обоснование системы оценки деятельности комплекса амбулаторных лечебно-профилактических учреждений Управления делами Президента Российской Федерации//Дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 2009. — 182 с.
9. Кадыров Ф.Н. Экономические методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. — М.: «Менеджер здравоохранения», 2011. — 496 с.
10. Каплан Р., Нортон Д. Система сбалансированных показателей. От стратегии к действию/Пер. с англ. — М.: ЗАО «Олимп-Бизнес», 2003. — 304 с.
11. Коновалова Л.В. Внедрение сбалансированной системы показателей в практику управления ВУЗом//Дис. ... канд. экон. наук. — Архангельск, 2010. — 142 с.
12. Луговой Р.А. Инновационный подход к процессу стратегического управления ВУЗом на основе системы сбалансированных показателей//Дис. ... канд. экон. наук. — Владивосток, 2006. — 159 с.
13. Мартынич С.А., Филатенкова С.В. Система показателей эффективности деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений//Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал.— 2009 (12). — № 4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/161/30/lang,ru/> (Дата обращения: 20.04.2013).
14. Новикова Ю.С. Сбалансированная система показателей как аналитический инструмент управления крупными российскими организациями//Дис. ... канд. экон. наук. — Москва, 2011. — 202 с.
15. Приказ МИД России от 02.04.2012 № 4343 «Об утверждении целевых показателей эффективности деятельности федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства иностранных дел Российской Федерации, и критериев оценки эффективности и результативности работы их руководителей, условий премирования руководителей федеральных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства иностранных дел Российской Федерации». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=142542> (Дата обращения: 30.05.2013).
16. Приказ Министерства здравоохранения Иркутской области от 02 марта 2010 года № 201-МПР «Об оценке результативности и эффективности деятельности муниципального здравоохранения». URL: <http://docs.pravo.ru/document/view/13531864/> (Дата обращения 03.06.2013).





- 17.** Приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 20 марта 2009 г. №76 «Об утверждении Методики оценки результативности и эффективности деятельности учреждений здравоохранения Калининградской области и их руководителей». URL: <http://docs.pravo.ru/document/view/11060316/> (Дата обращения 03.06.2013).
- 18.** Прохоренко Н.Ф. Развитие системы мотивации труда врачебного персонала в целях повышения качества медицинской помощи//Дис. ... канд. экон. наук. — Самара, 2007. — 191 с.
- 19.** Филатов Д.В. Система оценки деятельности учреждений здравоохранения при производстве медицинских услуг//Дис. ... канд. экон. наук. — СПб., 2008. — 186 с.
- 20.** Хабеев С.Г. Бюджетирование, ориентированное на результат, на основе сбалансированной системы показателей (на примере здравоохранения): Монография. — М: ИНФРА-М, 2010. — 205 с.
- 21.** Чернышев И.А. Формирование системы показателей оценки деятельности предприятия с использованием сбалансированной системы показателей//Дис. ... канд. экон. наук. — Новосибирск, 2006. — 179 с.
- 22.** Curtwright J.W., Stolp-Smith S.C., Edell E.S. Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic//Journal of Healthcare Management, 45, 1: 58–68 (January-February 2000).
- 23.** Fitzpatrick M.A. Let's Bring Balance to Health Care//Nursing Management, 33, 3: 35–37 (March 2002).
- 24.** Griffith J.R. Championship Management for Health Care Organizations//Journal of Healthcare Management, 45, 1: 17–30; discussion 30-1 (January-February 2000).
- 25.** Groene O., Brandt E., Schmidt W., Moeller J. The balanced scorecard of acute settings: Development process, definition of 20 strategic objectives and implementation//International Journal for Quality in Health Care. — 2009. — Volume 21. — Issue 4. — P. 259–271.
- 26.** Jones M.L., Filip S.J. Implementation and Outcomes of a Balanced Scorecard Model in Women's Services in an Academic Health Care Institution//Quality Management in Health Care, 8, 4: 40–51 (Summer 2000).
- 27.** Weber D. Performance Management — the Balanced Scorecard: A Framework for Managing Complex and Rapid Change//Strategic Healthcare Excellence, 12, 11: 1–7 (November 1999).
- 28.** Weir E., d'Entermont N., Stalker S., Kurii K., Robinson V. Applying the balanced scorecard to local public health performance measurement: deliberations and decisions//BMC public health. — 2009. — № 8:9. — P. 127.
- 29.** Wu I.-L., Kuo Y.-Z. A balanced scorecard approach in assessing IT value in healthcare sector: An empirical examination//Journal of Medical Systems. — December 2012. — Volume 36. — Issue 6. — P. 3583–3596.

UDC 614.2

Dvoynikov S.I., Archipova S.V. *The application of Balanced Scorecard for the evaluation of the medical organization* (Samara State Medical University, Samara, Russia)

Abstract. The article is devoted to questions of application of Balanced Scorecard for the evaluation of the medical organization. The result of the work is theoretical substantiation of causality prospects and compilation of the list of indicators for measuring the achievement of objectives within the system of balanced scorecard of outpatient organization. The article concludes on the need to develop methodological approaches to the development of strategic objectives in the framework of the system of balanced indicators.

Keywords: approach, system of indicators, evaluation of medical organization, management, Balanced Scorecard, benchmarking.



М.А. Шишов,

к.м.н., ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППС Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону, Россия, rostmedpravo@rambler.ru

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК 614.2

Шишов М.А. *Организационно-правовые аспекты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности* (Ростовский государственный медицинский университет, г. Ростов-на-Дону, Россия)

Аннотация. В статье систематизированы нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения с целью формирования рекомендаций для установления системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на уровне медицинской организации.

Ключевые слова: внутренний контроль качества и безопасности медицинской помощи, медицинская организация.

В настоящее время законодательство в сфере здравоохранения находится в стадии очередного реформирования, инициированного вступлением в силу Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее Федеральный закон № 323-ФЗ). При этом одним из новшеств данного закона является установление ранее не предусмотренной обязанности осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности (ст. 90 Федерального закона № 323-ФЗ). В свою очередь осуществление данного контроля является одним из лицензионных требований и условий, установленных пп. «и» п. 4 «Положения о лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)», утвержденного Постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291.

Как следствие, вопрос о порядке организации и осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее внутреннего контроля) приобретает крайне актуальное значение, так как несоблюдение лицензионного требования влечет административную ответственность, предусмотренную ч. 3 ст. 14.1 или ч. 2 ст. 19.20 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

С учетом вышеизложенного данная статья представляет собой попытку обобщения нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения с целью формирования рекомендаций для организации системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на уровне медицинской организации.

© М.А. Шишов, 2014 г.



На первый взгляд, соблюдению данного лицензионного требования препятствуют два фактора:

1) отсутствие официального определения для термина «внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности»;

2) отсутствие по данному вопросу официальных рекомендаций или разъяснений уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения;

Как следствие, руководители медицинских организаций могут впадать в крайности: от фактической подмены внутреннего контроля — экспертизой качества медицинской помощи, организуемой в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании (только осуществляемой самой медицинской организацией), до применения таких «традиционных» для медицинской деятельности форм, как рецензирование сотрудниками медицинских высших учебных заведений. В то же время правовая неопределенность приводит к отсутствию единообразного понимания целей и задач данного контроля. При этом упускается, что внутренний контроль — не «вещь в себе», а одна из форм контроля качества и безопасности медицинской деятельности (далее ККиБМД). В свою очередь положениями ч. 2 ст. 87 Федерального закона № 323-ФЗ предусмотрен закрытый перечень составляющих ККиБМД. Иными словами, данный перечень нельзя произвольно ни расширить, ни сократить. В частности, установлено, что ККиБМД осуществляется посредством:

1) соблюдения требований к осуществлению медицинской деятельности, установленных законодательством Российской Федерации;

2) определения показателей качества деятельности медицинских организаций;

3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об ОМС;

4) создания системы оценки деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг;

5) создания информационных систем в сфере здравоохранения, обеспечивающих в том числе персонифицированный учет при осуществлении медицинской деятельности.

С учетом вышеизложенного можно сделать первый промежуточный вывод: если внутренний контроль — это одна из форм осуществления ККиБМД, то и составляющие внутреннего контроля должны быть такими же, как и составляющие ККиБМД. Однако внутренний контроль имеет одну «ключевую» особенность: в силу требований ст. 90 Федерального закона № 323-ФЗ порядок его осуществления устанавливается руководителем медицинской организации. Как следствие, «напрашивается» второй промежуточный вывод: если порядок утверждения или осуществления составляющих ККиБМД не относится к компетенции руководителя отдельной медицинской организации, то они не могут быть утверждены в качестве составляющих внутреннего контроля. Таким образом, внутренний контроль на уровне отдельной медицинской организации не может в себя включать:

— определение показателей качества деятельности медицинских организаций (если показатели определяются для нескольких организаций, они не могут быть установлены руководителем только одной из них);

— соблюдение объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством РФ об обязательном медицинском страховании (в связи с тем, что «Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» установлен Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230);

— создание информационных систем в сфере здравоохранения (в связи с тем, что



порядок ведения информационных систем в силу ч.3 ст.91 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти).

Таким образом, во исполнение требований п.3 ч.1, ч.2 ст.87, ст.90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ внутренний контроль — это система мероприятий, имеющая своей целью обеспечение исполнения требований законодательства в сфере здравоохранения (далее обязательных требований), а также оценку деятельности медицинских работников.

Следовательно, задачами системы внутреннего контроля являются:

1. Обеспечить самоконтроль за соблюдением обязательных требований к качеству медицинской деятельности;
2. Обеспечить самоконтроль за соблюдением обязательных требований к безопасности медицинской деятельности;
3. Обеспечить персонифицированную оценку деятельности медицинских работников, участвующих в оказании медицинских услуг.

Соответственно с задачами вначале необходимо определить соответствующий специфике медицинской организации перечень обязательных требований: к качеству медицинской деятельности, к безопасности медицинской деятельности; а также сформировать критерии оценки деятельности медицинских работников, не ущемляя их права в сфере трудового законодательства.

При этом необходимо учитывать следующее. В силу положений п.21 ст.2 Федерального закона № 323-ФЗ качество медицинской помощи — это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Следовательно, с учетом положений ст.10, п.3 ч.1, ч.2 ст.87, ст.90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ перечень требований к

качеству медицинской деятельности в первую очередь установлен соответствующими порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи. Во вторую очередь это требования нормативно-правовых актов, непосредственно с ними связанных, например, таких как: приказы Минздравсоцразвития России от 12.02.2007 № 110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания», от 18.09.2006 № 665 «Об утверждении Перечня лекарственных препаратов, в том числе перечня лекарственных препаратов, назначаемых по решению врачебной комиссии лечебно-профилактических учреждений, обеспечение которыми осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) при оказании государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг», от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» и других.

Формируя перечень обязательных требований к безопасности медицинской деятельности, соответствующий специфике деятельности медицинской организации, необходимо учитывать, что официальное определение для такого понятия, как «безопасность медицинской деятельности» действующее законодательство не содержит. Тем не менее, в Приказе Минздрава РФ от 22.01.2001 № 12 «О введении в действие отраслевого стандарта «Термины и определения системы стандартизации в здравоохранении» (вместе с ОСТ ТО 91500.01.0005-2001) дано определение термину «безопасность» как отсутствию недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба. Вместе с тем в Решении коллегии Минздрава РФ № 14, коллегии Госстандарта РФ № 43, коллегии ФФОМС № 6-11 от 03.12.1997 «Об основных положениях стандартизации в здравоохранении» о безопасности медицинской помощи говорится в





большой степени применительно к процессам, оборудованию, инструментам, материалам, медикаментам и другим компонентам, применяемым в здравоохранении. Кроме того, при рассмотрении данного вопроса уместно учитывать и правовую позицию, изложенную в п. 9 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 28.06.2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», согласно которой к отношениям по предоставлению гражданам медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования, применяется законодательство о защите прав потребителей. Как следствие, в данном случае, говоря о безопасности медицинской деятельности, необходимо учитывать и официальное определение для термина «безопасность товара (работы, услуги)», содержащееся в Законе РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». В частности, согласно преамбуле данного товара, безопасность товара (работы, услуги) — это безопасность товара (работы, услуги) для жизни, здоровья, имущества потребителя и окружающей среды при обычных условиях его использования, хранения, транспортировки и утилизации, а также безопасность процесса выполнения работы (оказания услуги). С учетом вышеизложенного можно сделать заключение о том, что оценка безопасности медицинской деятельности должна включать в себя:

- оценку отсутствия недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба, при выполнении медицинских вмешательств или комплекса медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение (оценка безопасности применяемых медицинских технологий);
- оценку отсутствия недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба, при обороте в данной медицинской организации лекарственных средств;

— оценку отсутствия недопустимого риска, связанного с возможностью нанесения ущерба, при обороте в данной медицинской организации медицинских изделий.

К сожалению, приходится констатировать фактическое отсутствие законодательных требований к применяемым медицинским технологиям. Как указано в Письме Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 № 12-1/10/2-2744 «Об уточнении государственного органа, осуществляющего функцию по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий», с 1 января 2012 года вступил в силу Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в нормах которого отсутствует полномочие федеральных органов государственной власти в сфере здравоохранения по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий, равно, как и требование об использовании в практике здравоохранения методов профилактики, диагностики, лечения, медицинских технологий, разрешенных к применению в установленном порядке.

Применительно к обороту лекарственных средств обязанности установлены Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», а также Приказом Минздравсоцразвития России от 23.08.2010 № 706н «Об утверждении Правил хранения лекарственных средств». В частности, в силу ст. 59 Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» недоброкачественные лекарственные средства, фальсифицированные лекарственные средства и контрафактные лекарственные средства подлежат изъятию из гражданского оборота и уничтожению в установленном порядке. Применительно к обороту медицинских изделий необходимо учитывать положения ч. 3 ст. 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ, согласно которым на территории Российской Федерации разрешается обращение медицинских изделий, заре-



гистрированных в порядке, установленном Правительством РФ, уполномоченным им федеральным органом исполнительной власти. В настоящее время данный порядок установлен Постановлением Правительства РФ от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий».

Формируя перечень критериев оценки деятельности медицинских работников, необходимо учитывать, что «универсальные» критерии, утвержденные уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, отсутствуют. Тем не менее, в разное время Минздравсоцразвития России было предложено два общих подхода к оценке деятельности. В 2007 году рекомендовалось оценивать деятельность врачей-специалистов на основании данных статистических показателей (например, «Критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)», утвержденных Приказом Минздравсоцразвития России от 11.05.2007 № 325). В 2011 году предложено оценивать деятельность в зависимости от развития осложнений или неблагоприятных исходов лечения (например, «Критерии качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период», утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 01.02.2011 № 72н).

После формирования целей и задач внутреннего контроля в силу требований ст. 90 Федерального закона № 323-ФЗ необходимо установить порядок его осуществления, то есть необходимо разработать и утвердить

организационную модель, определяющую конкретных исполнителей данного контроля, их права, обязанности и порядок взаимодействия.

В соответствии с п. 4.20 «Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации», утвержденного Приказом Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 502н, обязанность осуществлять организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности может быть возложена на врачебную комиссию медицинской организации. Отметим, что осуществление внутреннего контроля — это отдельная функция врачебной комиссии, наряду с такими функциями, как: оценка качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов; оценка соблюдения в медицинской организации установленного порядка ведения медицинской документации; изучение каждого случая смерти пациента в целях выявления причины смерти, и другими. Реализуя в полном объеме свои полномочия, врачебная комиссия фактически имеет возможность как контролировать исполнение обязательных требований, так и оценивает работу конкретного врача-специалиста. Вместе с тем в «крупных» медицинских организациях именно объем обязательных полномочий врачебной комиссии может послужить причиной «перегруженности» и отрицательно сказаться на эффективности осуществления внутреннего контроля. Как следствие, для каждой медицинской организации целесообразно устанавливать свою форму организации внутреннего контроля, оптимальную для ее структуры, штатной укомплектованности и объема работы.



UDC 614.2

Shishov M.A. Organizational and legal aspects of internal control of health and safety performance (Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia)

Abstract. In the article the legal acts in the field of health in order to develop recommendations for establishing a system of internal control quality and safety of medical practice at the level of medical organization.

Keywords: internal control quality and safety of care, the medical organization.



П.В. Волжанин,

заместитель главного врача по экономическим вопросам ГУЗ Городская больница № 4 г. Ульяновска, Россия, www.volzak@rambler.ru



ТАРИФИКАЦИЯ РАБОТНИКОВ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

УДК 614.2

Волжанин П.В. *Тарификация работников лечебного учреждения (Городская больница № 4 г. Ульяновска, Россия)*

Аннотация. В статье предпринята попытка дать определение тарификации работников, уточнить порядок создания тарификационной комиссии и формирования тарификационного списка. Изложен примерный перечень вопросов, рассматриваемых на комиссии. Рассмотрены критерии отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам

Ключевые слова: тарификация работников, тарификационная комиссия, профессиональные квалификационные группы.

На начало календарного года каждое лечебное учреждение составляет тарификацию работников. От правильности ее составления зависит оплата труда работников, выплаты за стаж непрерывной работы, установление квалификации, определение должностных и функциональных обязанностей и т.д. Учитывая, что тарификация работников является одним из документов, находящимся под пристальным вниманием проверяющих органов, к его составлению необходимо подойти со всей серьезностью.

Определение тарификации работников

Так как Трудовой кодекс Российской Федерации (далее по тексту — ТК РФ) не дает определения тарификации работникам, то обратимся к другим источникам.

Так, из Постановления Госкомтруда СССР, Секретариата ВЦСПС от 31.01.1985 № 31/3-30 «Об утверждении «Общих положений Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих народного хозяйства СССР»; раздела «Профессии рабочих, общие для всех отраслей народного хозяйства» Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих, выпуск 1 можно понять, что тарификация работников — это присвоение или повышение квалификационных разрядов работнику.

Тарификация работников — присвоение работникам тарифных разрядов в зависимости от квалификации (объема знаний, опыта) и профессии (специальности) [9].

Тарификация работников — это определение квалификации работников с целью присвоения им соответствующих тарифных разрядов [10].

© П.В. Волжанин, 2014 г.



В соответствии со статьей 143 ТК РФ тарифный разряд — величина, отражающая сложность труда и уровень квалификации работников.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что тарификация работников — это определение окладов работников с учетом квалификации, сложности, важности выполняемой работы.

Создание тарификационной комиссии

В нормативно-правовых документах (Приказ ФМБА РФ от 11.11.2009 № 749 «Об утверждении временного порядка проведения тарификации работников федеральных бюджетных учреждений здравоохранения и социальной защиты ФМБА России», постановления субъектов РФ «Об отраслевой системе оплаты труда работников здравоохранения») прописано, что тарификационная комиссия создается приказом руководителя учреждения, в состав которой входят: главный бухгалтер, работник отдела кадров либо работник, занимающийся кадровыми вопросами учреждения, работник планово-экономического отдела, представитель профсоюзного комитета, а также иных необходимых лиц для проведения тарификации работников. Председателем тарификационной комиссии является руководитель учреждения либо назначенный им заместитель руководителя, который устанавливает порядок работы комиссии.

Результат тарификационной комиссии оформляется протоколом.

Тарификация работников составляется ежегодно на 1 января, а также на момент введения новых условий оплаты труда и заверяется всеми членами тарификационной комиссии [4].

Формирование тарификационного списка работников

Наименование должностей медицинских и фармацевтических работников, а также специалистов с высшим профессиональным

(немедицинским) образованием в тарификации должна соответствовать Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», для немедицинского (прочего) персонала необходимо руководствоваться Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих (далее по тексту — ЕТКС).

Порядок расположения, структура тарификации работников здравоохранения должна быть такой же, как и в штатном расписании.

Тарификацию внутренних и внешних совместителей проводят отдельными строками по каждой должности (профессии). Руководителя лечебного учреждения и его заместителей — врачей, которые выполняют работу по своей врачебной специальности, помимо основной работы, тарифицируются по должности врача и включаются в то структурное подразделение, в котором она выполняется.

Если стаж непрерывной работы, выслуга лет изменится в течение текущего года, то его указывают двумя строками: на момент тарификации работников и на дату изменения стажа.

Вакантные должности (профессии) отражаются в тех структурных подразделениях, где они имеются [3]. Для определения фонда заработной платы вакантных должностей можно воспользоваться Инструктивным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.12.1996 № 2510/5764-96-27 «О порядке тарификации вакантных должностей (профессии рабочих)».

В тарификации работников по каждому структурному подразделению указывается итог общего числа должностей и месячных окладов с учетом объема работы сотрудников. В целом по учреждению итог указывается отдельно по категориям работников.

Изменения и дополнения в тарификационный список вносятся соответствующими вкладами





дышами, заверенными членами тарификационной комиссии [4].

Тарификация работников осуществляется отдельно по источникам финансирования (ОМС, бюджет, внебюджет). Каждый тарификационный список подписывается всеми членами тарификационной комиссии.

Примерный перечень вопросов, рассматриваемых на комиссии по тарификации работников

На комиссии по тарификации работников рассматривается примерный перечень следующих вопросов:

1. Установление должностных окладов сотрудникам в соответствии с профессиональными квалификационными группами.
2. Соответствие наименований должностей (профессий) с нормативно-правовыми актами и записями в трудовых книжках.
3. Установление выплат работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, в соответствии с перечнем выполняемых работ.
4. Соответствие стажа непрерывной работы трудовым книжкам.
5. Соответствие тарификационных списков работников утвержденному штатному расписанию.
6. Установление внутренних и внешних совместительств у сотрудников.
7. Установление вакантных ставок в разрезе специальностей в каждом структурном подразделении.

Данный перечень является примерным, и круг решаемых вопросов может быть шире в зависимости от специфики лечебного учреждения.

Профессиональные квалификационные группы

В соответствии со статьей 144 ТК РФ профессиональные квалификационные группы — группы профессий рабочих и должностей служащих, сформированные с учетом сферы

деятельности на основе требований к профессиональным квалификационным группам, утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда. Профессиональные квалификационные группы и критерии отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда. Таким органом исполнительной власти является Министерство труда и социального развития Российской Федерации [11].

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 525 «О профессиональных квалификационных группах и утверждении критериев отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам» утверждены критерии отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам с учетом вида экономической деятельности по следующим критериям:

— отдельные должности служащих из числа профессорско-преподавательского состава и научных работников, к которым предъявляются требования о наличии ученой степени и (или) ученого звания, и должности руководителей структурных подразделений учреждений, требующие наличия высшего профессионального образования;

— должности служащих, требующие наличия высшего профессионального образования;

— профессии рабочих и должности служащих, в том числе руководителей структурных подразделений учреждений, требующие наличия начального или среднего профессионального образования;





— профессии рабочих и должности служащих, которые не требуют наличия профессионального образования.

Профессии рабочих и/или должности служащих, входящие в одну профессиональную квалификационную группу, могут быть структурированы по квалификационным уровням этой профессиональной квалификационной группы в зависимости от сложности выполняемых работ и уровня квалификационной подготовки, необходимой для работы по профессии рабочего или занятия должности служащего [5].

Виды экономической деятельности, по которым профессии рабочих и должности служащих сформированы в профессиональные квалификационные группы, определены Общероссийским классификатором видов экономической деятельности, принятым и введенным в действие Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.11.2007 № 329-ст, для здравоохранения это раздел N «Здравоохранение и предоставление социальных услуг».

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников» должности медицинских и фармацевтических работников сгруппированы в следующие профессиональные квалификационные группы:

- медицинский и фармацевтический персонал I уровня;
- средний медицинский и фармацевтический персонал;
- врачи и провизоры;
- руководители структурных подразделений учреждений с высшим медицинским и фармацевтическим образованием.

Каждая профессиональная квалификационная группа имеет квалификационные уровни.

Приведем перечень документов, регламентирующих определение профессиональных квалификационных групп:

— Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.05.2008 № 248н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп общеотраслевых профессий рабочих»;

— Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.05.2008 № 247н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп общеотраслевых должностей руководителей, специалистов и служащих»;

— Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31.08.2008 № 149н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг»;

— Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2008 № 216н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников образования»;

— Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 526 «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей медицинских и фармацевтических работников».

Заключение

Составление тарификации работников является кропотливой работой. Подготовка к данной работе организуется администрацией лечебного учреждения при участии профсоюзной организацией. Практика проверок дает основание утверждать, что, чем больше времени было затрачено на подготовительный процесс, чем логичнее выстроен сам процесс тарификации работников, тем меньше замечаний проверяющих органов вызывает тарификационный список работников и его обоснование.





Литература

1. Трудовой кодекс Российской Федерации
2. Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 № 2 (ред. от 28.09.2010) «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации».
3. Письмо Департамента здравоохранения Москвы от 19.01.2009 № 61-18-13 «О проведении в 2009 году тарификации работников учреждений здравоохранения».
4. Приказ ФМБА РФ от 11.11.2009 № 749 «Об утверждении временного порядка проведения тарификации работников федеральных бюджетных учреждений здравоохранения и социальной защиты ФМБА России».
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 525 «О профессиональных квалификационных группах и утверждении критериев отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников».
7. Комментарий к Приказам Минздравсоцразвития России от 14.03.2008 № 121н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп профессий рабочих культуры, искусства и кинематографии», от 31.03.2008 № 149н «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг».
8. Инструктивное письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.12.1996 № 2510/5764-96-27 «О порядке тарификации вакантных должностей (профессии рабочих)».
9. Золотарев В.Г. Энциклопедический словарь по экономике. — Минск, 1997.
10. Модернизация здравоохранения: сто ответов на актуальные вопросы//Под ред. д.э.н., профессора Ф.Н. Кадырова. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2008. — 312 с.
11. <http://www.rosmintrud.ru/ministry>.

UDC 614.2

Voljanin P.V. Tarrification of workers in a medical institution (Municipal hospital № 4 Ulianovsk, Russia)

Annotation. The article endeavours to give a definition to the term of tarrification of employees, clarify the order of creating tarrification commission and forming tarrification list. There is presented a list of questions, studied by commission. There are reviewed criteria when classifying worker's professions and titles are referred to professional qualification groups.

Keywords: *tarrification of employees, tarrification commission, professional qualification groups.*



А.В. Гусев,

к.т.н., заместитель директора по развитию, компания «Комплексные медицинские информационные системы» (К-МИС), г. Петрозаводск. Россия, agusev@kmis.ru

ОБЗОР ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАКУПОК НА ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2013 Г.

УДК 002.53

Гусев А.В. *Обзор государственных закупок на программное обеспечение информатизации здравоохранения в 2013 г.* (Компания «Комплексные медицинские информационные системы» (К-МИС), г. Петрозаводск. Россия)

Аннотация. Выполнен анализ государственных закупок по информатизации здравоохранения в части дальнейшего внедрения и развития программного обеспечения Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) за 2013 г. Анализ выполнен на основе мониторинга данных с сайтов госзакупок. В работе приведены основные статистические показатели конкурсных процедур, данные о победителях конкурсов и аукционов.

Ключевые слова: медицинские информационные системы, региональная информатизация здравоохранения, ЕГИСЗ.

Введение

Как известно, в 2011–2012 гг. в нашей стране был реализован первый этап создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), названный в Приказе Минздравсоцразвития России № 364 от 28 апреля 2011 г. «Базовой информатизацией». Он предусматривал создание федерального и региональных фрагментов единой системы, включая подготовку инфраструктуры, поставку компьютерного оборудования, выбор и внедрение медицинских информационных систем, а затем интеграцию созданных региональных фрагментов с федеральными сервисами ЕГИСЗ. Дальнейший этап создания системы, рассчитанный на 2013–2020 гг., подразумевает развитие созданных компонентов, постепенное вовлечение в их использование все большего числа пользователей и расширение автоматизируемых функций. Тому, как прошел первый год этого этапа с точки зрения государственных закупок на программное обеспечение, посвящена данная статья.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования явились сведения о 252 состоявшихся конкурсных процедурах (КП) в различных регионах, а также данные о подписанных контрактах, размещенные на сайте госзакупок и (в небольшой части) на отдельных торговых площадках.

Необходимо отметить, что государственные заказчики объявляли конкурсы и аукционы по целому ряду направлений развития ЕГИСЗ, включая поставку дополнительного компьютерного оборудования, мероприятия по защите персональных данных, дозакупку и внедрение программного обеспечения и т.д. В данном исследовании мы изучали **только** те конкурсные процедуры, которые имели отношение именно **к программному обеспечению (ПО)**. Закупки по оборудованию и развитию инфраструктуры не изучались.

В материалы исследования были включены только те конкурсные процедуры, которые были объявлены в период между 01.01.2013 и 31.12.2013, то есть за весь календарный 2013 г.

© А.В. Гусев, 2014 г.





Кроме изученных 252 успешно завершённых конкурсных процедур, нами выявлено 40 аукционов и конкурсов, которые по различным причинам были остановлены в связи с отказом от размещения.

Анализ состояния конкурсных процедур и финансовых показателей

С точки зрения состояния конкурсных процедур, распределение на весну 2014 года выглядело следующим образом:

1) конкурсные процедуры были завершены и были подписаны контракты — в 98,41% случаев;

2) конкурсные процедуры не были завершены подписанием контракта — в 1,59%.

Общая сумма состоявшихся конкурсных процедур в части программного обеспечения ЕГИСЗ в 2013 г. по всем доступным нам материалам исследования составила **4 млрд. 690 млн. 883 тыс. руб.**

Распределение регионов (включая федеральный центр) по общим суммам и количеству реализованных конкурсных процедур представлено в *таблице 1*.

Таким образом, нами выявлены конкурсные процедуры по 52 (63%) субъектам Российской Федерации. В среднем один регион в 2013 г. подписал контракты на сумму 44 млн. 113 тыс. руб. В материалы исследования также включена часть закупок, выполняемых федеральными органами власти, на общую сумму 971 млн. 908 тыс. руб., или 20,72% от всей суммы, потраченной в 2013 г. на информатизацию здравоохранения.

Финансирование конкурсных процедур на развитие проектов информатизации выполнялось из различных источников. Распределение их представлено в *таблице 2*.

Как видно из *таблицы 2*, по количеству конкурсных процедур лидерами являются региональные бюджеты субъектов РФ и различные внебюджетные фонды. По суммам, которые были потрачены на информатизацию, лидерами стали также региональные

бюджеты, муниципальные и федеральный бюджеты. Затраты из федерального бюджета, составившие 20,74%, относятся к развитию именно федеральных компонентов ЕГИСЗ. Таким образом, можно сделать вывод о том, что дальнейшее развитие региональных фрагментов ЕГИСЗ осуществляется практически исключительно за счет собственных финансовых средств.

Типы конкурсных процедур распределились следующим образом:

1) открытый аукцион — 90,87%;

2) открытый конкурс — 9,13%.

Предмет конкурсной процедуры распределился следующим образом (*таблица 3*).

Обратим внимание, что основной статьей затрат на информатизацию государственного здравоохранения в 2013 г. явилась техническая поддержка купленных ранее информационных систем. Средняя стоимость технического сопровождения одной информационной системы в год на регион составила 19,4 млн. руб. Средняя стоимость этой же услуги за весь региональный фрагмент составила 26,9 млн. руб. То, что региональный фрагмент состоит, как правило, из нескольких систем, а сумма средней техподдержки каждой из них получается существенно выше, чем средняя стоимость за целиком региональный фрагмент, объясняется скорее всего эффектом масштабирования. Максимальная стоимость техподдержки, которую мы выявили в 2013 г., составила 349 млн. руб. — за сопровождение компонентов 1-й очереди ЕМИАС (г. Москва). Минимальная — 197 тыс. руб. в год за сопровождение РИАМС «Промед» в МБУЗ «ЧЦГБ» (Пермский край). В целом мы оцениваем, что на сегодня на рынке средняя стоимость техподдержки медицинской информационной системы для одной медицинской организации в год находится в пределах 200–350 тыс. руб. Стоимость эта существенно зависит как от количества МО в регионе и количества пользователей в этой МО, так и от конкретного бренда — той МИС, на которую техподдержка закупается. Средний срок



Таблица 1

Распределение регионов (включая федеральный центр) по общим суммам и количеству реализованных конкурсных процедур

№ п/п	Регион	Сумма подписанных контрактов, руб.	% от суммы всех КП	Количество КП	% от количества КП
1.	Москва (город)	2 089 017 442,7	44,53	30	11,90%
2.	Москва (федеральный центр)	971 908 664,2	20,72	12	4,76%
3.	Санкт-Петербург	213 400 879,0	4,55	16	6,35%
4.	Московская область	199 740 000,0	4,26	5	1,98%
5.	Новосибирская область	178 350 000,0	3,80	2	0,79%
6.	Татарстан	153 254 282,0	3,27	6	2,38%
7.	Красноярский край	128 414 700,0	2,74	32	12,70%
8.	Чеченская Республика	82 916 666,7	1,77	6	2,38%
9.	Воронежская область	76 968 728,8	1,64	3	1,19%
10.	Кабардино-Балкарская Респ.	66 213 012,0	1,41	2	0,79%
11.	Челябинская область	61 478 940,0	1,31	5	1,98%
12.	Ямало-Ненецкий АО	56 400 000,0	1,20	2	0,79%
13.	Ставропольский край	40 243 333,3	0,86	1	0,40%
14.	Самарская область	33 282 174,0	0,71	13	5,16%
15.	Ханты-Мансийский АО	32 217 894,3	0,69	14	5,56%
16.	Тульская область	30 100 000,0	0,64	1	0,40%
17.	Белгородская область	27 809 781,9	0,59	5	1,98%
18.	Липецкая область	19 462 000,0	0,41	3	1,19%
19.	Тюменская область	17 446 250,0	0,37	4	1,59%
20.	Мурманская область	16 716 418,0	0,36	6	2,38%
21.	Астраханская область	14 411 750,0	0,31	6	2,38%
22.	Саратовская область	13 913 250,0	0,30	6	2,38%
23.	Чувашская Республика	13 419 233,0	0,29	6	2,38%
24.	Саха /Якутия/	13 277 690,0	0,28	4	1,59%
25.	Орловская область	13 253 000,0	0,28	4	1,59%
26.	Иркутская область	10 349 600,0	0,22	2	0,79%
27.	Камчатский край	10 000 000,0	0,21	1	0,40%
28.	Омская область	8 222 198,0	0,18	4	1,59%
29.	Чукотский АО	6 950 000,0	0,15	1	0,40%
30.	Новгородская область	6 933 077,7	0,15	4	1,59%
31.	Владимирская область	6 269 000,0	0,13	2	0,79%
32.	Ивановская область	6 241 000,0	0,13	1	0,40%
33.	Алтайский край	5 835 705,08	0,12	2	0,79%
34.	Ульяновская область	5 799 999,0	0,12	1	0,40%
35.	Ненецкий АО	5 550 551,0	0,12	1	0,40%
36.	Сахалинская область	4 991 025,0	0,11	1	0,40%
37.	Карелия	4 912 100,0	0,10	5	1,98%
38.	Северная Осетия-Алания	4 872 000,0	0,10	2	0,79%
39.	Смоленская область	4 000 000,0	0,09	3	1,19%
40.	Свердловская область	3 923 017,8	0,08	4	1,59%





Таблица 1, окончание

№ п/п	Регион	Сумма подписанных контрактов, руб.	% от суммы всех КП	Количество КП	% от количества КП
40.	Свердловская область	3 923 017,8	0,08	4	1,59%
41.	Хабаровский край	3 800 000,0	0,08	1	0,40%
42.	Архангельская область	3 708 060,0	0,08	3	1,19%
43.	Хакасия	3 612 683,3	0,08	1	0,40%
44.	Тверская область	3 611 000,0	0,08	1	0,40%
45.	Ленинградская область	3 450 700,0	0,07	3	1,19%
46.	Краснодарский край	3 131 650,0	0,07	3	1,19%
47.	Удмуртская Республика	2 968 000,0	0,06	1	0,40%
48.	Нижегородская область	2 563 200,0	0,05	2	0,79%
49.	Пермский край	2 379 590,0	0,05	3	1,19%
50.	Кемеровская область	1 650 000,0	0,04	1	0,40%
51.	Приморский край	994 000,0	0,02	1	0,40%
52.	Курская область	297 500,0	0,01	1	0,40%
53.	Волгоградская область	252 000,0	0,01	1	0,40%

Таблица 2

Источники финансирования конкурсных процедур на развитие проектов информатизации

№ п/п	Источник финансирования	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Региональный бюджет субъекта РФ	47,22%	36,02%
2.	Внебюджетные фонды (в основном — бюджет территориального ФОМС)	26,16%	4,89%
3.	Собственные средства МО	15,48%	4,86%
4.	Муниципальный бюджет	5,95%	33,49%
5.	Федеральный бюджет	5,16%	20,74%

Таблица 3

Предмет конкурсной процедуры

№ п/п	Предмет конкурсной процедуры	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Техническое сопровождение явно указанной информационной системы	35,71%	20,22%
2.	Заказная разработка или доработка имеющей у заказчика информационной системы	22,22%	28,19%
3.	Закупка дополнительных лицензий определенного программного продукта	20,24%	4,59%
4.	Выбор программного обеспечения и его внедрение	12,3%	14,81%
5.	Внедрение определенной информационной системы	9,52%	32,21%



Таблица 4

Органы управления (ОУ), объявлявшие конкурсные процедуры

№ п/п	Вид заказчика	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Отдельные медицинские организации (МО)	42,06%	8,32%
2.	Региональный ОУ по здравоохранению	27,38%	14,86%
3.	Региональный МИАЦ	13,49%	21,90%
4.	Региональный ОУ по информатизации	5,95%	24,41%
5.	Другой региональный ОУ	5,95%	5,52%
6.	Федеральный ОУ (Минздрав РФ, ФФОМС)	3,97%	17,52%
7.	Региональный ОУ по закупкам и тендерам	0,41%	0,03%
8.	Администрация города (района)	0,79%	7,45%

Таблица 5

Распределение заявок по дате объявления конкурсной процедуры

№ п/п	Месяц	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Январь	0,4	0,18
2.	Февраль	2,38	3,99
3.	Март	5,95	1,49
4.	Апрель	5,16	2,16
5.	Май	5,56	23,05
6.	Июнь	4,37	3,55
7.	Июль	7,94	18,54
8.	Август	6,75	5,85
9.	Сентябрь	11,9	24,41
10.	Октябрь	12,7	9,5
11.	Ноябрь	9,92	2,56
12.	Декабрь	26,98	4,71

контракта на техподдержку составляет 268,1 дня. Максимальный срок, который мы выявили, составил 645 дней (один из сервисов ЕМИАС, г. Москва), минимальный — 34 дня (один из федеральных компонентов ЕГИСЗ).

Органы управления (ОУ), объявлявшие конкурсные процедуры, распределились следующим образом (табл. 4).

Распределение заявок по дате объявления конкурсной процедуры представлено в табл. 5.

Напомним, что конкурсные процедуры создания региональных фрагментов ЕГИСЗ в 2011/2012 гг. имели отчетливую особенность, когда фактически все мероприятия вместо плановой работы в течение 2 лет были выполнены в авральном режиме за последние

2–3 месяца. Ситуация в 2013 г. несколько выровнялась, хотя в целом соответствует общей традиционной закономерности в области госзакупок: КП были на минимальном уровне в начале года, затем постепенно и равномерно росли к лету и достигли максимального количества объявлений в последние 4 месяца, рекордом из которых по количеству объявленных мероприятий стал декабрь (рис. 1).

В среднем по всем конкурсным процедурам средняя ее длительность составила 22,67 дня. Для сравнения в 2011–2012 гг. это значение составляло 65,7 дня (почти в 3 раза больше). Средняя длительность выполнения обязательств по контракту составила 188 дней.



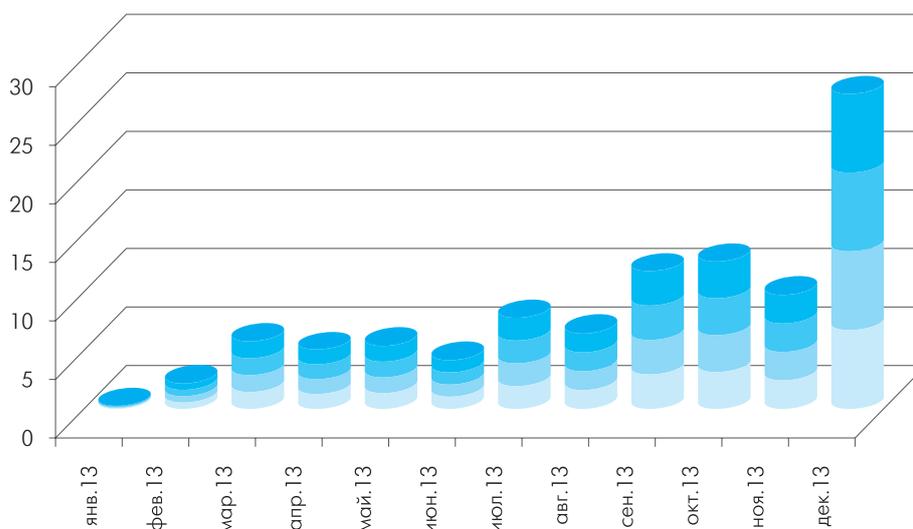


Рис. 1. Даты запуска конкурсных процедур

Анализ победителей конкурсных процедур и конкурентной борьбы

В результате проведения конкурсных процедур распределение по тому, кто в итоге выполняет контракт, выглядит следующим образом (таблица 6).

Как видно из таблицы 6, основную долю по количеству выигранных КП заняли специализированные разработчики МИС, второе место у местных коммерческих компаний, доли остальных участников минимальны. Однако, если анализировать получившееся распределение с точки зрения фактической цены контракта, то видно, что наибольшую коммерческую эффективность показывают крупные системные интеграторы, которые подписали контракты на сумму в размере 61,17% от всех фактически потраченных на информатизацию средств в 2013 г. Предыдущий лидер информатизации в 2011–2012 гг. ОАО «Ростелеком» показал заметно скромные результаты как по сумме контрактов на развитие проектов информатизации, так и по количеству выигранных конкурсных процедур.

В 14,2% случаев на объявленную конкурсную процедуру приходили жалобы от участников, но при этом судебных тяжб или пересмотров результатов конкурса или аукциона нами не выявлено (в 2011–2012 гг. это было не так

уж редким явлением). В 4,76% техническая документация на конкурс или аукцион пересматривалась заказчиком прямо во время выполнения процедуры. Изучив внимательно предмет конкурсной процедуры и условия технического задания, мы выявили, что они были составлены таким образом, что победитель был заранее понятен в 51,2% всех КП. Таким образом, изучив показатели статистики, мы сделали вывод, что конкурентная борьба за деньги и заключение контрактов в 2013 г. существенным образом ослабли по сравнению с предыдущими 2 годами создания ЕГИСЗ. В целом, базирываясь на полученных фактах, можно достаточно уверенно говорить о том, что раздел государственного сектора рынка информатизации, по крайней мере, в части программного обеспечения, уже произошел. Государственный заказчик лишь в 12,33% случаев в явной форме объявлял КП на выбор поставщика. В большинстве случаев те средства, которые выделялись в 2013 г. на информатизацию и по которым были успешно заключены контракты, выделялись на конкретные, уже ранее определенные системы и исполнителей, разница состоялась лишь в предмете контракта.

С точки зрения результатов выполнения подписанных контрактов, по данным на март 2014 г. ситуация выглядела следующим образом (таблица 7).



Таблица 6

Распределение победителей конкурсных процедур

№ п/п	Исполнитель контракта	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Компания — специализированный разработчик решений для здравоохранения	43,65%	8,99%
2.	Местная региональная компания	26,19%	14,41%
3.	ОАО Ростелеком	11,9%	9,87%
4.	Федеральный системный интегратор или крупная федеральная ИТ-компания	11,11%	61,17%
5.	Государственный исполнитель (МИАЦ и т.д.)	3,17%	4,91%
6.	Частные предприниматели	1,21%	0,04%
7.	Другие коммерческие компании	1,98%	0,61%
8.	Победитель не определен (КП в стадии выполнения)	0,79%	—

Таблица 7

Результаты выполнения подписанных контрактов

№ п/п	Результат выполнения контракта	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Работы по контракту выполнены, контрактные обязательства закрыты	45,63%	33,85%
2.	Работы еще выполняются	28,97%	40,92%
3.	Работы должны быть выполнены к текущей дате, но данных об этом все еще нет на портал госзакупок	23,41%	24,50%
4.	Контракт расторгнут, в том числе по соглашению сторон или по решению заказчика	0,8%	0,73%
5.	Прочее	1,19%	—

Анализ применяемых медицинских информационных систем

По тому, кто выиграл конкурсные процедуры, и по заключенным контрактам мы постарались систематизировать информацию о том, какие в итоге информационные системы получили наибольшее развитие в 2013 г.

Как и в предыдущих исследованиях, мы составили распределение победителей КП по тому, какую МИС они внедряли, с точки зрения прав собственника (таблица 8).

Высокая доля заказных разработок при анализе сумм контрактов объясняется двумя основными проектами — это развитие федеральных систем и сервисов ЕГИСЗ, а также проектом создания ЕМИАС г. Москвы, на

которые пришлось большая доля выделенных средств.

Далее мы проанализировали все конкурсные процедуры и контракты на предмет основного типа информационной системы, в результате были получены следующие данные (таблица 9).

Результатом выполненного нами анализа стало выявление десяти лидирующих решений по объему подписанных контрактов:

1. ЕМИАС, г. Москва — 42,35%.
2. Федеральные системы и сервисы ЕГИСЗ — 20,72%.
3. Решения ОАО «Ростелеком» — 6,9%.
4. Решения компании БАРС Груп (Казань) — 3,98%.





Таблица 8

Информационные системы, использованные для выполнения контракта

№ п/п	Какая ИС была использована?	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Была использована готовая собственная информационная система выигравшей КП компании	55,56%	26,06%
2.	Для исполнения контракта была привлечена готовая информационная система субподрядчика	15,87%	7,7%
3.	Заказная разработка	17,46%	64,65%
4.	Другое или данные невозможно было уточнить	8,33%	1,89%

Таблица 9

Тип информационной системы, использованной для выполнения контракта

№ п/п	Какой вид ИС был использован?	% от количества КП	% от суммы всех КП
1.	Тиражируемая медицинская информационная система учрежденческого уровня (МИС МО)	40,08%	11,35%
2.	Местное региональное (локальное) решение	21,83%	50,95%
3.	Тиражируемая региональная информационно-аналитическая медицинская система (РИАМС)	14,29%	6,05%
4.	Федеральные системы, в том числе федеральные сервисы ЕГИСЗ	4,76%	20,72%
5.	Решение Ростелекома	4,76%	6,71%
6.	Аптечные системы или системы для выписки рецептов и учета лекарственных средств	2,78%	0,33%
7.	Лабораторные информационные системы (ЛИС)	2,38%	1,02%
8.	Радиологическая информационная система (РИС)	1,19%	0,23%
9.	Прочие программные продукты, не МИС (бухгалтерское, кадровое ПО и т.д.)	6,35%	2,21%
10.	Другое или данные невозможно было уточнить	1,58%	0,43%

5. Решения компании Сп.АРМ (Санкт-Петербург) — 3,62%.

6. Решения компании К-МИС (Петрозаводск) — 2,95%.

7. Решения компании Парус (Москва) — 0,89%.

8. Решения компании ПМТ (Москва) — 0,85%.

9. Решения компании СмартДельтаСистемс — 0,65%.

10. Решения компании КИР (Казань) — 0,64%.

Полная информация по всем системам представлена в сводной *таблице 10*.

По сравнению с результатам госзакупок в 2011–2012 гг. ситуация существенно измени-

лась. Во-первых, существенно изменилась десятка компаний-лидеров как по количеству выигранных конкурсных процедур, так и по суммам заключенных контрактов. Во-вторых, изменилась и структура этих компаний — сейчас рынок отдает предпочтения специализированным разработчикам медицинских систем учрежденческого уровня, имеющим необходимый опыт и глубину проработки своих решений. Не всем участникам рынка, которые заключили государственные контракты в 2011–2012 гг., удалось сделать это же самое и в 2013 г.



Таблица 10

**Государственные закупки программного обеспечения для информатизации
здравоохранения в 2013 г.**

№ п/п	Решение и компания	Регионы		Сумма контрактов в 2013 г., руб.	Доля всех контрактов, %
		Количество	Список		
1.	ЕМИАС (Москва)	1	Москва	1 986 678 365	42,35
2.	Федеральные системы и сервисы ЕГИСЗ	–	–	971 908 664	20,72
3.	МИС Ростелекома	8	Чувашия, НАО, Владимирская, Иркутская, Ставрополье, Московская, Кабардино-Балкария, Саратовская	323 533 279	6,90
4.	БАРС Груп (Казань)	5	Тюменская, Алтайский, Челябинская, Новосибирская, Саратовская	186 557 042	3,98
5.	qMS, Сп.АРМ (Санкт-Петербург)	3	Санкт-Петербург, Красноярский край, Камчатский край	169 789 105	3,62
6.	Решения компании К-МИС (Петрозаводск)	3	Ивановская обл., Воронежская обл., ЯНАО	138 409 728	2,95
7.	Парус			41 964 933	0,89
8.	Медиалог, ПМТ (Москва)	5	Москва, Мурманская обл., Хабаровский кр., Чувашская респ., Курская обл.	40 037 776	0,85
9.	ИнфоКлиника, СмартДельта-Системс (Москва)	2	Волгоградская обл., Тульская обл.	30 352 000	0,65
10.	Решения компании КИР (Казань)			29 794 299	0,64
11.	Акросс-Инжиниринг (Москва)	1	Санкт-Петербург	27 969 450	0,60
12.	VS Clinic, ВитаСофт (Санкт-Петербург)	1	Санкт-Петербург	24 875 000	0,53
13.	Решения компании СофтТраст (Белгород)	3	Карелия, Белгородская обл., Омская обл.	23 567 371	0,50
14.	Медведь, ГК Хост (Екатеренбург)	3	ХМАО, Якутия, Тюмень	20 300 000	0,43
15.	Эскулап, Программы и комплексы (Москва)	1	Москва	19 207 534	0,41
16.	Промед, Сван (Пермь)	3	Пермь, Астрахань, Хакасия	18 664 023	0,40
17.	Jemys, РусбитТех (Москва)	3	Удмуртия, Москва, Северная Осетия-Алания	18 287 500	0,39
18.	МедИнфоЦентр (Сургут)	1	ХМАО	15 723 788	0,34
19.	Ариадна, Решение (Санкт-Петербург)	5	Нижегородская обл., Мурманская обл., Санкт-Петербург, Архангельская обл., Карелия	13 572 682	0,29
20.	Эверест, АИТ Холдинг (Москва)	2	Москва, Московская обл.	11 590 540	0,25



Таблица 10, окончание

№ п/п	Решение и компания	Регионы		Сумма контрактов в 2013 г., руб.	Доля всех контрактов, %
		Количество	Список		
21.	Дока+, МедИнТех (Новосибирск)	2	Сахалин, Якутия	9 991 025	0,21
22.	МИС «Здравоохранение», Комтек (Нижевартовск)	1	ХМАО	7 081 826	0,15
23.	ЛИС «Алиса», Гален (Москва)	1	Тюмень	6 455 300	0,14
24.	СамсонВиста, Виста (Санкт-Петербург)	2	Смоленская обл., Санкт-Петербург	6 000 000	0,13
25.	Пациент, Медотрейд (Москва)	2	ХМАО, Свердловская обл.	5 842 279	0,12
26.	Интерин, ГК Интерин (Переславль-Залесский)	2	Москва, Ленинградская обл.	3 700 000	0,08
27.	Практика			3 569 222	0,08
28.	ИнтерМед			2 979 000	0,06
29.	ФлагманМедицина, МедФлагман (Ульяновск)	1	Саратовская обл.	2 620 000	0,06
30.	М-Аптека, Эскейп (Москва)	1	Астраханская обл.	1 740 000	0,04
31.	Спарго, Спарго технологии (Москва)	1	Мурманская обл.	1 690 000	0,04
32.	КУЗДРАВ			1 650 000	0,04
33.	Меди			1 200 000	0,03
34.	МКТ-Медицинская организация			555 000	0,01
35.	МИС не известна			83 101 257,76	1,77

Обсуждение результатов

Анализ ситуации с точки зрения рыночной оценки выглядит следующим образом: рынок информатизации в области государственного здравоохранения фактически полностью «поделен», при этом конкурентная ситуация существенно изменилась по сравнению с предыдущими 2011–2012 гг. Выбор новых решений с рынка стал скорее исключением. В основном госзакупки идут на развитие уже имеющихся и выбранных ранее решений, их техническое сопровождение и дозакупку лицензий. Заметный приоритет в части финансирования получили готовые МИС учрежденческого уровня, имеющие длительный срок разработки и большой опыт внедрения. На первый уровень по количеству заключаемых контрактов вышли специализированные разработчики МИС и их региональные компании-партнеры. С точки зрения

финансов, основную долю рынка и самые большие контракты забирают крупные системные интеграторы. «Скоропалительность» гос.контрактов существенно снизилась. Конкурсы и аукционы по-прежнему играют в конце года, но сроки их выполнения стали реальными, основную часть работы исполнители доделывают уже в следующем году после подписания контракта.

Сравнивая фактические результаты госзакупок в части информатизации здравоохранения с теми целевыми показателями, которые были предусмотрены Распоряжением Правительства РФ от 21.09.2013 № 1702-р на реализацию в том числе региональных программ информатизации, мы сделали вывод о том, что в 2013 г. финансирование осуществлялось лишь на 32% от требуемых средств. Например, на 2013 г. на информатизацию планировалось выделить 11 млрд. 172 млн. руб.



(или 134 млн. руб. на один регион), а по факту получилась цифра 3 млрд. 661 млн. руб. (или 44 млн. руб. на регион). Распределение средств по источникам финансирования предполагалось в следующем виде: федеральный бюджет — 34,9%, консолидированный региональный бюджет — 65,1%. В реальности ситуация выглядит следующим образом: федеральный бюджет — 0,42%, консолидированный региональный бюджет — 83,33%, собственные средства МО — 16,25%. Таким образом, мы делаем вывод, что федеральный центр в 2013 г. самоустранился от дальнейшего финансирования проекта ЕГИСЗ в части региональных фрагментов, положив все это на плечи региональных бюджетов.

Выделенные в 2013 г. средства явно недостаточны как по сравнению с 2011–2012 гг., так и по сравнению с запрошенными в региональных госпрограммах развития суммами. В заметной части регионов (37%) финансирование развития информатизации не осуществлялось вовсе, а также где было, нередко шло на минимальном уровне, подразумеваю-

щем скорее поддержание сделанной в 2011/2012 гг. работы, но не ее развитие. Это означает, что изначальные инвестиции государства, осуществленные в рамках «Базовой информатизации» 2011–2012 гг., находятся в определенной зоне рисков, так как успех этих инвестиций возможен только при 100%-ном охвате ЕГИСЗ всех регионов и надежной и достоверной работе всей системы. Если какая-то часть регионов будет развивать информатизацию, а какая-то нет, то и достоверность формируемых федеральными сервисами ЕГИСЗ отчетов, выводов и аналитических материалов будет недостаточной для того, чтобы можно было говорить о принятии каких-либо адекватных управленческих решений на ее основе. А ведь изначальная цель ЕГИСЗ, провозглашенная в «Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», сформулирована как «...обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи».



Литература

1. Гусев А.В. Рынок медицинских информационных систем: обзор, изменения, тренды // Врач и информационные технологии. — 2012. — №3. — С. 6–15.
2. Гусев А.В., Эльянов М.М. Региональные программы информатизации здравоохранения: хроника событий 2010–2011 гг. // Врач и информационные технологии. — 2011. — №6. — С. 6–14.
3. Шеян И. МИС регионов. — <http://www.osp.ru/medit/2013/03/13034242.html>.
4. Шеян И. Процесс пошел. — <http://www.osp.ru/medit/2013/02/13034138.html>.
5. Законно ли покупать «все и сразу» на ИТ-тендерах: ФАС запуталась. — http://www.cnews.ru/top/2012/07/16/zakonno_li_pokupat_vse_i_srazu_na_ittenderah_fas_zaputalas_496530.

UDC 002.53

Gusev A.V. *Review of government procurement of software for computerizing healthcare in 2013* («Complex medical informational systems» Company(K-MIS), Petrazovodsk, Russia)

Annotation. There has been conducted an analysis of government procurement for computerizing healthcare with regards to further implementation and development of software in United State Informational system in the sphere of healthcare (USISH) for the period of 2013 year. Analysis has been conducted on the basis of data monitoring which was obtained from government procurement web-sites.

Report shows essential indicators of contest procedures, data on the winners and the auctions.

Keywords: *medical informational systems, regional informatization of healthcare, USISH.*

От редакции:

Отмена дежурств на дому в свое время вызвала много шума. Теперь же дежурства на дому вернулись в здравоохранение. История вопроса, особенности использования данной формы труда в рамках нового законодательства рассматриваются нашими экспертами.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

**Ф.Н. Кадыров,
О.В. Обухова,**

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

ДЕЖУРСТВО НА ДОМУ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РАМКАХ НОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

УДК 614.2

Кадыров Ф.Н., Обухова О.В. Дежурство на дому медицинских работников в рамках нового законодательства (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Дежурства на дому всегда рассматривались как рациональная форма организации труда медицинских работников, особенно в сельской местности. Но в рамках нового трудового законодательства они оказались «вне закона». Одна из очередных корректировок Трудового кодекса вернула право вводить дежурства на дому. Статья посвящена анализу трудового законодательства, других нормативных актов, связанных с дежурствами на дому.

Ключевые слова: дежурства на дому, оплата труда, рабочее время, норма рабочего времени, учет рабочего времени, трудовое законодательство.

Нехватка медицинских кадров, возможность возникновения экстренных ситуаций в учреждениях, занимающихся преимущественно оказанием плановой медицинской помощи и т.д., привели к появлению такой формы работы как «дежурства на дому». Не последнюю роль сыграли и логичные требования оптимизации расходов: нет смысла держать на работе в ночное время, в выходные и праздничные дни медицинских работников, если реальная нагрузка в эти периоды невелика.

Дежурства на дому особенно актуальны для сельской местности, для небольших по размеру учреждений здравоохранения. Эта форма организации труда использовалась достаточно широко, была общепризнанной и расценивалась как оправданная. Она существовала до 2007 года.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2007 № 262 «О признании утратившим силу пункта 7.1 Положения об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 октября 1999 г. № 377» пункт 7.1 указанного положения признан утратившим силу. Пункт 7.1 предусматривал, что для врачей и среднего медицинского персонала учреждений здравоохранения могут вводиться «дежурства на дому».

© Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, 2014 г.



Справедливости ради нужно признать, что отмена пункта 7.1 была произведена вынужденно — в целях приведения Приказа № 377 в соответствие с трудовым законодательством Российской Федерации. Дело в том, что Трудовой кодекс Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс) не предусматривал такой формы организации труда, как дежурство на дому.

В соответствии с Федеральным законом от 30.06.2006 № 90-ФЗ статья 91 Трудового кодекса была сформулирована следующим образом: «Рабочее время — время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности, а также иные периоды времени, которые в соответствии с настоящим Кодексом, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации относятся к рабочему времени».

Во время дежурства на дому медицинские работники не исполняли трудовые обязанности, и поэтому время дежурства на дому не могло относиться к рабочему времени. Соответственно не было оснований и для оплаты времени, затрачиваемого на дежурства на дому.

Таким образом, для врачей, среднего медицинского, как и любого другого персонала учреждений здравоохранения, больше не могли вводиться «дежурства на дому», что и было зафиксировано Приказом Минздравсоцразвития России № 262.

Итак, до недавнего времени в законодательстве отсутствовало юридическое определение понятия дежурства на дому.

Такая ситуация вызвала массу недовольства не только среди самих медицинских работников, потерявших часть привычного заработка, но и среди руководителей учреждений и органов управления здравоохранением. Встала серьезная проблема, связанная с тем, как обеспечивать возможность экстренного вызова работника на работу, как оплачивать труд работников. Тем более,

что сверхурочные обходились для учреждений слишком дорого. Статья 97 Трудового кодекса определяет, что работодатель имеет право привлекать работника к работе за пределами продолжительности рабочего времени, установленной для данного работника только либо для сверхурочной работы, либо если работник работает на условиях ненормированного рабочего дня.

Эта проблема была остро поставлена на Форуме сельской интеллигенции (15 ноября 2011 г.). По итогам работы Форума был утвержден Перечень поручений Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2011 г. № ВП-П12-8267. В соответствии с пунктом 3 данного Перечня Минздраву России было поручено разработать законопроект о внесении необходимых изменений в Трудовой кодекс с тем, чтобы обеспечить возврат дежурств на дому. Минздрав России разработал проект Федерального закона «О внесении изменения в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации».

Законопроект был направлен на обеспечение прав граждан (прежде всего проживающих в сельской местности и поселках городского типа) на получение в полном объеме необходимой медицинской помощи, в том числе экстренной, в условиях дефицита медицинского персонала на указанных территориях.

Следует отметить, что, кроме общей логики, принятию законопроекта способствовало и изменение законодательства в сфере здравоохранения. В случае обращения к медицинскому работнику он обязан оказать медицинскую помощь и за пределами рабочего времени (пункт 2 статья 11 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

В связи с тем, что после окончания рабочего времени медицинский работник вправе самостоятельно распоряжаться своим временем отдыха, в том числе временно покидать населенный пункт, и не обязан информиро-





вать кого-то о своем местопребывании и соответственно не всегда может быть привлечен для оказания медицинской помощи во вне рабочее время, увеличивается риск для здоровья больного, нуждающегося в оказании экстренной медицинской помощи.

Законопроект был направлен на решение данной проблемы путем законодательного закрепления в рамках Трудового кодекса возможности введения для отдельных категорий медицинских работников медицинских организаций (структурных подразделений), расположенных в сельской местности и поселках городского типа, дежурств на дому.



Поскольку в период дежурства на дому медицинский работник фактически не исполняет своих должностных обязанностей и у него есть возможность использовать это время для своих личных нужд, время дежурства на дому предполагалось учитывать из расчета одной второй часа рабочего времени за один час дежурства на дому.

Принятие законопроекта должно было позволить увеличить период времени, в течение которого население, проживающее в сельской местности и поселках городского типа, сможет обратиться за необходимой медицинской помощью. При этом учитываются интересы медицинских работников и их право на отдых.

Хоть и с большой задержкой, законопроект был принят — это Федеральный закон от 07.06.2013 № 125-ФЗ. Он, внося изменения в статью 350 Трудового кодекса, установил, что в целях реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в экстренной или неотложной форме медицинским работникам медицинских организаций с их согласия может устанавливаться дежурство на дому.

Обращаем внимание, что дежурства на дому не распространяются на немедицинских работников.

Дежурство на дому — пребывание медицинского работника медицинской организации дома в ожидании вызова на работу (для

оказания медицинской помощи в экстренной или неотложной форме).

При учете времени, фактически отработанного медицинским работником медицинской организации, время дежурства на дому учитывается в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому. Общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому не должна превышать норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

Напомним, что в соответствии с положением об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации (приложение к Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.10.1999 № 377 предусматривалось, что «В отдельных случаях, как исключение, указанные дежурства могут вводиться с согласия работника и за пределами нормы рабочего времени как по основной, так и по совмещаемой должностям. Указанные дежурства не могут рассматриваться как сверхурочная работа».

На наш взгляд, эту норму стоило ввести и в рамках нового законодательства, иначе дежурства на дому приведут к уменьшению нагрузки, выполняемой в самом учреждении.

Профсоюз работников здравоохранения Российской Федерации предлагал устанавливать медицинским работникам с их согласия дежурства на дому за пределами установленной для конкретного работника продолжительности рабочего времени, с условием не превышения продолжительности этого дежурства месячной нормы рабочего времени за учетный период, установленной работнику.

Кроме того, Профсоюз предлагал в случае вызова на работу медицинского работника, осуществляющего дежурство на дому, время, затраченное на оказание медицинской помощи, и время следования от дома до места работы и обратно оплачивать в размере не менее двойной части оклада



(должностного оклада), рассчитанного за час работы с учетом всех установленных ежемесячных надбавок и доплат.

Однако предложения Профсоюза не нашли поддержки у депутатского корпуса и представителей Министерства финансов Российской Федерации.

В соответствии с частью седьмой статьи 350 Трудового кодекса «Особенности режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области здравоохранения». Во исполнение этого положения был издан Приказ Минздрава России от 02.04.2014 № 148н «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому» (далее — Положение).

Данное Положение определяет особенности режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому (далее соответственно — Положение, медицинские работники).

Положение предусматривает следующее. Медицинским работникам, осуществляющим дежурство на дому, правилами внутреннего трудового распорядка устанавливается суммированный учет рабочего времени. Время начала и окончания дежурства на дому определяется графиком работы, утверждаемым работодателем с учетом мнения представительного органа работников.

В случае вызова на работу медицинского работника, осуществляющего дежурство на дому, время, затраченное на оказание медицинской помощи, и время следования медицинского работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обрат-

но учитывается в размере часа рабочего времени за каждый час оказания медицинской помощи и следования медицинского работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обратно.

При этом время дежурства на дому в учетном периоде корректируется таким образом, чтобы общая продолжительность рабочего времени медицинского работника медицинской организации с учетом времени дежурства на дому, учитываемого в размере одной второй часа рабочего времени за каждый час дежурства на дому, не превышала норму рабочего времени медицинского работника медицинской организации за соответствующий период.

В реальной жизни это будет выглядеть так. Как известно, сокращенная продолжительность рабочего времени врача — не более 39 часов в неделю. В медицинской организации для него может быть установлен режим работы, предусматривающий оказание медицинской помощи на рабочем месте в течение 29 часов в неделю и дежурство на дому (когда врач должен находиться в готовности к вызову на рабочее место) в течение 20 часов в неделю. В общей сложности продолжительность рабочего времени составит 49 часов в неделю. При этом 20 часов времени, затраченного на дежурство на дому, врачу учитываются как полчаса за каждый час дежурства (в том числе дежурство в ночное время), то есть продолжительность учтенного рабочего времени в сумме составит те же 39 часов, что и при обычном режиме работы. Если же во время дежурства на дому врача вызвали на работу на 3 часа, то оставшееся время дежурства на дому сокращается на 6 часов с тем, чтобы сумма составила 39 часов.

Порядок учета времени следования медицинского работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обратно устанавливается локальным нормативным актом по согласованию с представительным органом работников.





Работодатель обязан вести учет времени пребывания работника дома в режиме ожидания вызова на работу, времени, затраченного на оказание медицинской помощи, и времени следования медицинского работника от дома до места работы (места оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме) и обратно в случае вызова его на работу во время дежурства на дому.

Добавим, что если врач в экстренных случаях выезжает на рабочее место в тот период времени, который не установлен для него графиком, то оплата должна быть произведена ему на основании норм ст. 152 Трудового кодекса: за первые два часа работы — не менее чем в полуторном размере, за последующие часы — не менее чем в двойном размере. Привлечение к работе в выходные и праздничные дни должно оплачиваться в соответствии со ст. 153 Трудового кодекса.

Указание в нормативном акте меньшего размера оплаты, чем это предусмотрено

Трудовым кодексом, является неправомерным и ущемляет права работника.

По желанию работника сверхурочная работа вместо повышенной оплаты может компенсироваться предоставлением ему дополнительного времени отдыха, но не менее времени, отработанного сверхурочно. Порядок привлечения к сверхурочной работе предусмотрен ст. 99 Трудового кодекса, согласно которой сверхурочная работа не должна превышать для каждого работника четырех часов в течение двух дней подряд и 120 часов в год.

Итак, дежурства на дому вернулись в практику здравоохранения, что можно рассматривать как положительное явление. Тем не менее, некоторая излишняя жесткость требований законодательства (запрет превышать норму рабочего времени) ограничивает возможность гибкого использования данной формы труда для решения кадровых и финансовых проблем учреждений здравоохранения.

Литература



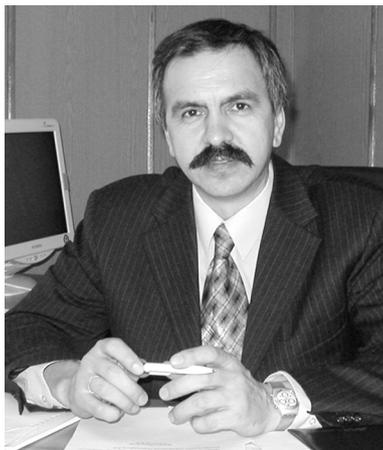
1. Приказ Минздрава России от 02.04.2014 № 148н «Об утверждении Положения об особенностях режима рабочего времени и учета рабочего времени при осуществлении медицинскими работниками медицинских организаций дежурств на дому».
2. Федеральный закон от 07.06.2013 № 125-ФЗ «О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации».
3. Шадрина Т.В. Учет рабочего времени медицинских работников//Отдел кадров государственного (муниципального) учреждения. — 2013. — № 11. — С. 34–43.
4. Валова С. Оплата времени, потраченного на ожидание вызова на работу// Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2013. — № 7. — С. 21–23.
5. Годовой отчет для учреждений здравоохранения-2013/Под общ. ред. д.э.н. Ю.А. Васильева. — М.: Интенсив, 2013. — 256 с.

UDC 614.2

Kadirov F.N., Obuhova O.V. *Medical duty of medical staff at home within the frame of new legislation* (FSBI «Central scientific research institute of the organization and information of public health services Ministry of HealthCare of the Russian Federation», Moscow, Russia)

Annotation. Medical duties at home were always considered as a rational form of organizing medical staff's labour, primarily in rural areas. However, within the new labour legislation they turned to be «above the law». One of yet another modification made to Labour codex returned the right to introduce medical duties at home. The article is dedicated to analysis of labour legislation, other normative acts related to medical duties at homes.

Keywords: *Medical duties at homes, labour salary compensation, work hours, norm of working hours, accounting of working hours, labour legislation.*



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



Нужно ли переводить на эффективный контракт работников АУП? Какой смысл, если повышение их оплаты не требуется, да и средств для повышения заработной платы АУП нет?

Во-первых, повышать зарплату нужно всем. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» предусматривает «увеличение к 2018 году размера реальной заработной платы в 1,4–1,5 раза». То есть требование повышения заработной платы касается всех работников. Другое дело, что для ряда работников установлены более высокие темпы роста заработной платы.

Во-вторых, переводить на эффективный контракт нужно всех работников учреждения. Это делается в целях повышения эффективности их работы, а не для повышения им заработной платы. Конечно, при отсутствии средств для дополнительного стимулирования добиться решения этой задачи сложно. Но есть другие варианты — ведь значительная часть АУП и сейчас получает определенные выплаты (за счет платных услуг, за интенсивность труда и т.д.). В отношении этих выплат могут быть установлены показатели и критерии их начисления, а также условия осуществления выплат стимулирующего характера. Проще говоря, могут быть установлены более жесткие требования к осуществлению этих выплат.



Стоматология: финансирование по ОМС за УЕТ, оплата труда — тоже. УЕТ врачи-стоматологи вырабатывают, но при этом берут небольшое количество пациентов (каждому стараются оказать услуги на максимальное количество УЕТ). Поэтому очереди, жалобы и т.д. Как быть?

В подобной ситуации можно установить, например, следующее условие выплат стимулирующего характера: «Отсутствие очереди на стоматологическую помощь» или «Наличие очереди не более... дней». Поскольку работники получают оплату за количество выполняемых УЕТ, в данном случае целесообразно, чтобы часть их оплаты осуществлялась за объем выработанных УЕТ, а часть — в виде выплат стимулирующего характера.





Платные медицинские услуги в нашей поликлинике оказываются в основное рабочее время. Можно ли и, если да, то каким образом, все средства, полученные от оказания платных медицинских услуг, направлять на развитие и укрепление материально-технической базы? Существует ли норматив для формирования фонда оплаты труда за счет средств, полученных от оказания платных медицинских услуг?

Как можно понять из вопроса, Вы рассматриваете вариант, когда работникам, оказывающим в основное рабочее время платные услуги, ничего за них отдельно не платите. Да, такой вариант возможен: сотрудник принимается на работу для выполнения определенной трудовой функции, и источник финансирования не имеет принципиального значения (это принципиально для учреждения, а не для работника). Работник не вправе отказаться от оказания медицинской помощи пациенту, сославшись на то, что это платный пациент. Но это касается ситуации, когда объем платных услуг небольшой и не ведет к серьезному увеличению нагрузки. Если нагрузка существенно возрастает, то работник может поставить вопрос о дополнительной оплате за счет платных услуг или искусственно снизить количество пациентов, принимаемых по ОМС или бюджету.

Но даже если Вы ничего не платите работникам, оказывающим платные услуги, Вы не вправе весь доход, полученный от оказания платных услуг, направить на развитие учреждения — Вы должны возместить затраты на медикаменты и расходные материалы, коммунальные платежи, канцелярские расходы и т.д. Конечно, методики отнесения затрат на платные услуги могут быть различными, но хотя бы формально эти расходы должны быть возмещены. Кроме того, Вы должны сформировать прибыль и уплатить налог на прибыль (если Вы не подпадаете под нулевую ставку налогообложения). И только чистую прибыль можно направить на развитие.

Нормативы для формирования фонда оплаты труда за счет средств, полученных от оказания платных медицинских услуг, отсутствуют — их и не должно быть. Это доходы от приносящей деятельности, поступающие в самостоятельное распоряжение учреждения. Приведем несколько выдержек из законодательных актов:

— Абзац второй п. 3 ст. 298 Гражданского кодекса Российской Федерации: «Бюджетное учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующую этим целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах. Доходы, полученные от такой деятельности, и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения».

— Абзац 1 п. 3 ст. 298 Гражданского кодекса Российской Федерации: «Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимым имуществом. Остальным имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления, бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, если иное не установлено законом».



— П. 10 ст. 9.2. Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»: «Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимым имуществом. Остальным находящимся на праве оперативного управления имуществом бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, если иное не предусмотрено пунктами 13 и 14 настоящей статьи или абзацем третьим пункта 3 статьи 27 настоящего Федерального закона».

Фонд оплаты труда может формироваться двумя основными способами:

1. Исходя из действующей в учреждении системы оплаты труда, например, путем установления отчислений от стоимости платных услуг на оплату труда персонала, оказывающего платные услуги, АУП и т.д. При этом важно, чтобы с учетом других статей, подлежащих возмещению, сумма расходов не превысила получаемые доходы.

2. По остаточному принципу — часть, оставшаяся после возмещения из дохода всех остальных статей.



Возможно ли в отделении стационара, где оказывается помощь пациентам ОМС, организовать дополнительный хозрасчетный пост и предлагать пациентам и страховым компаниям ДМС софинансирование (ОМС + ДМС либо ОМС + доплата пациента), а именно, услугу «Дополнительное медицинское наблюдение»? Под дополнительным хозрасчетным постом имею в виду дополнительные штатные единицы, занятые основными сотрудниками отделения по совместительству (врачи, медсестры, санитарки и пр. персонал). Дополнительная работа будет табелироваться отдельно от работы в рамках ОМС. Интересует Ваше мнение по данному вопросу.

П. 7. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006, устанавливает:

«Медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара».

Другое дело, что, исходя из логики соответствующих положений Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (часть положений которого дублирует данное постановление), под оказанием медицинских услуг на иных условиях понимается оказание тех же самых медицинских услуг, но на иных условиях (в отдельной палате и т.д.). Правительство же под этим понимает в данном случае еще и дополнительные медицинские услуги. Но так или иначе раз Правительство дало добро — значит, можно.





ЗДРАВООХРАНЕНИЕ - 2014



СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РФ РЕКОМЕНДОВАЛА ДОРАБОТАТЬ ПРОЕКТ ГОСПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Проект обновленной госпрограммы «Развитие здравоохранения» нуждается в доработке. Об этом заявил аудитор Счетной палаты РФ **Александр Филипенко** на заседании комитета Совета Федерации по социальной политике, ссылаясь на заключение ведомства.

Александр Филипенко отметил, что в документе не учитываются министерства и ведомства силового блока, аспекты ведомственной медицины. Имеет место несогласованность мероприятий госпрограммы между собой, отсутствие территориального аспекта. Все это может сказаться на эффективности ее реализации.

Кроме того, по его словам, в новом документе были необоснованно изменены некоторые показатели эффективности, а ряд важных индикаторов, таких как материнская смертность, и вовсе были исключены. Целевые показатели по обеспечению населения врачами, по словам аудитора, были сокращены.

Замглавы Министерства здравоохранения РФ **Айрат Фаррахов** в свою очередь пообещал, что замечания Счетной палаты будут учтены, а в надзорный орган будет отправлен ответ на представленное заключение. На реализацию госпрограммы в 2014 году в федеральном бюджете предусмотрено 357 млрд. рублей, в 2015 — 260 млрд. рублей, в 2016 — 262 млрд. рублей. Проект обновленной госпрограммы прошел обсуждение Общественного совета при Минздраве России и был размещен в Интернете для проведения антикоррупционной экспертизы.

Источник: ИТАР-ТАСС



ПРИВЛЕЧЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЧАСТНОГО КАПИТАЛА, В ТОМ ЧИСЛЕ ИНОСТРАННОГО

«Россия находится в начале своего пути к государственно-частному партнерству. Для того, чтобы этот процесс был плодотворным и успешным, необходимо привлекать к сотрудничеству не только российских, но и иностранных партнеров». Такое мнение высказал советник министра здравоохранения РФ **Игорь Ланской** на заседании подкомитета по международному сотрудничеству в сфере модернизации и инновациям в здравоохранении и фармацевтической индустрии комитета Торгово-промышленной палаты РФ по содействию модернизации и технологическому развитию экономики России на тему «Государственно-частное партнерство в здравоохранении».

— В данный момент на повестке дня у нас создание наиболее эффективных механизмов взаимодействия с бизнесом, привлечение частного капитала, в том числе иностранного, в отрасль здравоохранения. Нам предстоит длинный путь. Пока мы только определяемся, как ГЧП-проекты должны реализовываться в России, какие механизмы взаимодействия между государством и частным инвестором нам необходимо использовать, — отметил советник министра.



Игорь Ланской обратил внимание на то, что специалисты ведомства активно изучают как зарубежный, так и российский опыт, имеющийся в субъектах страны.

— Не всякий опыт трактуется нами однозначно позитивно, возникает много вопросов. В то же время мы понимаем, что дальнейшее развитие, движение ГЧП в нашей стране будет происходить в первую очередь в субъектах. В рамках программ развития здравоохранения Минздрав следит за регионами, и мы видим, что некоторые субъекты ищут возможности по созданию тех или иных форм, которые сейчас называются ГЧП.

Игорь Ланской подчеркнул, что ведомство готово к диалогу о государственно-частном партнерстве с представителями бизнеса.

— Мы активно собираем предложения, информацию от представителей бизнеса. Но, к сожалению, за два месяца, прошедших с момента создания Координационного совета по развитию ГЧП при Минздраве, не получили достаточного количества четких и осознанных предложений. Поступившие предложения можно пересчитать по пальцам одной руки. На мой взгляд, это свидетельствует, что нам нужно больше работать над тем, чтобы бизнес понимал, куда может привести ГЧП и почему в нем стоит поучаствовать, — заключил советник министра.

Источник: Медвестник



В МИНЗДРАВЕ РОССИИ ПРЕЗЕНТОВАЛИ СИТУАЦИОННЫЙ ЦЕНТР

Центр создан в рамках реализации плана первоочередных мероприятий, направленных на формирование ситуационных центров, работающих по единому регламенту взаимодействия. План был утвержден в октябре 2013 года Президентом РФ **Владимиром Путиным**.

По словам заместителя директора Департамента информационных технологий и связи Минздрава РФ **Романа Сафронова**, ситуационный центр предназначен для того, чтобы в режиме реального времени получать информацию в виде картографического сервиса о различных ситуациях, показателях, отчетах, касающихся сферы здравоохранения.

— По некоторым показателям эта программа является уникальной. Во-первых, она разработана в открытом коде и не использует никакое лицензионное программное обеспечение. На наш взгляд, это очень ценно, особенно в ситуации, когда владельцы многих лицензий, особенно западных, имеют возможность отключить программное обеспечение либо оборудование и тем самым разрушить или сделать недоступным управление в той или иной отрасли нашей страны, — комментирует эксперт. — В данном случае мы сознательно использовали программное обеспечение с открытым кодом, чтобы исключить возможность блокировки, особенно в кризисных ситуациях, что, на наш взгляд, особенно важно. Второй важный аспект — при создании этой программы использовано высокое разрешение и трехмерная графика. Основной интерфейс данного ситуационного центра — карта, на которую можно выводить практически любые показатели, существующие в наших информационных системах.





Пользователи, которыми являются руководители ведомства, уполномоченные лица, осуществляющие мониторинг тех или иных показателей, а также должностные лица Правительства РФ, могут использовать данный программный продукт как через веб-доступ, так и на планшетных компьютерах.

О возможностях ситуационного центра Роман Сафронов рассказал, что один из режимов использования программы позволяет сравнивать регионы по показателям с тем, чтобы выявлять кризисные ситуации.

— Мы видим, что если выбирать показатель, характеризующий снижение той или иной количественной ситуации, на карте «высвечиваются» только те регионы, к которым применим данный целевой показатель. Карта вращается, что облегчает работу, если субъекты находятся в западной и восточной части России. Еще одно преимущество нашего Ситуационного центра — его можно листать, как книгу, даже на больших экранах.

Кроме того, по словам эксперта, программа позволяет отображать данные не только на карте, но и выстраивать их в таблицу, что очень удобно при проведении больших совещаний и при анализе той или иной ситуации, когда можно выбрать как по федеральным округам, так и по конкретным субъектам.

— Теперь мы можем получать различные показатели в режиме он-лайн. При проведении анализа той или иной ситуации важно иметь возможность видеть ее в динамике по годам и месяцам. Сейчас у нас реализовано в графическом виде по годам. При этом можно посмотреть усредненный показатель, чтобы понимать его средние значения применительно к Российской Федерации, — отметил директор Департамента информационных технологий и связи Минздрава РФ **Роман Ивакин**.

Также в ситуационный центр поступает информация о событиях, требующих внимания. Руководство Минздрава видит поступившую информацию с детализацией, что важно для оперативного принятия решений.

Разработка Ситуационного центра обошлась в 17 млн. рублей. Наполняться программа будет полуавтоматически.

— Ситуационный центр интегрирован с информационно аналитической системой Минздрава, показатели берутся оттуда. Поддержка по информационному сопровождению других наших систем осуществляется в рамках нашей текущей деятельности. Данные в Ситуационный центр поступают напрямую из этой системы, — отмечает Роман Ивакин. — Иногда запросы появляются в режиме совещаний, и звонить в регионы по каждому поводу долго, не оперативно. Ситуационный центр позволяет формировать отчет в режиме реального времени.

Кроме того, программа включает сводную информацию региональных министерств о заболеваемости и оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи в субъектах, а также другие сведения.

Ориентировочно работа над Ситуационным центром будет завершена в июле, однако уже сейчас руководители ведомства активно используют его в работе.

Источник: Медвестник





ЦЕНТРЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СОЗДАНЫ ВО ВСЕХ СУБЪЕКТАХ РФ



В перспективе центры санитарной авиации должны быть созданы в каждом субъекте РФ. Организовав должным образом работу таких центров, можно покрыть всю территорию нашей страны необходимым количеством полетов санитарной авиации.

Об этом заявила начальник отдела организации экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации штаба Всероссийского центра медицины катастроф «Защита» Минздрава РФ **Ольга Гармаш**.

На мероприятии, прошедшем в рамках 7-й Международной выставки вертолетной индустрии HeliRussia 2014, эксперт обратила внимание на проблемы и перспективы развития санитарной авиации в России.

Как выяснилось, проблем, мешающих развитию санитарной авиации, немало: несовершенство нормативной правовой базы и, как следствие, недостаточное финансирование, высокая стоимость санитарного рейса, до 500 тысяч рублей; отсутствие отечественных моделей медицинских вариантов воздушных судов, необходимость радикального обновления существующих воздушных судов, а также отсутствие механизмов привлечения квалифицированных кадров.

— Для решения этих задач были предприняты серьезные усилия, — комментирует Ольга Гармаш. — Первым этапом стало создание в конце 2011 года межведомственной рабочей группы по проблемам санитарной авиации в России. В феврале 2012 состоялось заседание, на котором директор нашего центра Сергей Гончаров доложил об аналитическом материале, на основании которого он сумел доказать необходимость пристального внимания высших органов власти к проблеме развития санитарной авиации.

Рабочей группой разработан проект Концепции создания системы экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации (санитарной авиации) в РФ и комплекс мер по ее реализации для включения в государственную программу развития здравоохранения до 2020 года. Основными направлениями реализации Концепции стали: совершенствование нормативной правовой базы экстренной консультативной медицинской помощи; разработка организационной структуры системы санитарной авиации; создание условий для применения авиационного транспорта.

По словам Ольги Гармаш, большим стимулом к развитию аналитической работы послужило принятие федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения 2006–2012 гг.». Важным составляющим выполнением этой программы стало создание на базе ВЦМК «Защита» Учебного центра по подготовке специалистов авиамедицинских бригад.

На данный момент обучено более 1000 специалистов. В профессиональный состав слушателей вошли: анестезиологи-реаниматологи, врачи скорой медицинской помощи, врачи прочих специальностей, руководящие работники, фельдшеры и медицинские сестры.

Говоря об общих принципах обучения, можно отметить совместную подготовку врачебного и среднего медицинского персонала (работа в команде), основной акцент — на тактику и технологию оказания экстренной консультативной меди-





цинской помощи и проведения санитарно-авиационной эвакуации, а также максимальная реалистичность обучения. Обучение проводится на базе настоящего, но уже списанного самолета.

Отдельное внимание Ольга Гармаш уделила структуре системы санитарной авиации.

— При создании центров санитарной авиации важно учитывать такие факторы, как плотность населения данной территории, климатические условия и географические особенности, площадь самой территории, наличие аэропортов и аэродромов и их техническое оснащение, наличие на территории медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, — отметила она.

Эксперт уверена, что создание системы санитарной авиации в России играет важную роль.

— Мы сможем своевременно оказывать экстренную консультативную медицинскую помощь гражданам, минуя промежуточные этапы, оказывать экстренную помощь пострадавшим при ДТП на автодорогах с применением вертолетов. Нам удастся обеспечить первичную медико-санитарную помощь жителям труднодоступных и отдаленных регионов, — заключила Ольга Гармаш.

Участники круглого стола согласились с коллегой, отметив, что развитие системы санитарной авиации в РФ, скорейшая отработка вопросов взаимодействия медицинских организаций и производителей авиационных судов являются одними из первоочередных задач. Их решение позволит обеспечить доступность своевременной и качественной специализированной медицинской помощи жителям отдаленных и труднодоступных районов, сохранив жизнь и здоровье россиян.

Источник: Медвестник

СВЕДЕНИЯ ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДУСЛУГАХ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ НА ЕДИНОМ ПОРТАЛЕ ГОСУСЛУГ

На Едином портале государственных услуг (ЕПГУ) появился новый сервис: в личном кабинете граждане России могут получить сведения об оказанных медицинских услугах. Воспользоваться новым сервисом ЕПГУ могут те пациенты, у которых есть электронные медицинские карты (ЭМК). Количество ЭМК сегодня, по данным Министерства здравоохранения РФ, достигает 40 млн. В электронных документах хранится история посещений лечебных учреждений: дата визита, данные врача и название предоставленной медицинской услуги.

— Прделанная работа — один из шагов на пути создания на портале госуслуг «Личного кабинета пациента». Совместно с Минздравом России мы будем развивать его функционал. В планах — разработка услуг по взаимодействию врача и пациента посредством такого кабинета. Задача очень масштабная и поэтапная. Ее завершение намечено на 2015 год, — сказал заместитель министра связи и массовых коммуникаций РФ **Алексей Козырев**.

Новая услуга портала доступна жителям большинства субъектов РФ. Уточнить информацию о своем регионе можно на ЕПГУ при выборе услуги. Оставшиеся регионы будут подключены в течение 2–3 квартала этого года.

Источник: пресс-служба Министерства связи и массовых коммуникаций РФ



МИНЗДРАВ ОФИЦИАЛЬНО УТВЕРДИЛ ПРИВИВКУ ОТ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Вакцинация против пневмококковой инфекции официально вошла в Национальный календарь прививок. Обновленный перечень бесплатных прививок опубликован сегодня, передает «Доктор Питер».

Сообщается, что первую вакцинацию проведут среди двухмесячных грудничков. Раньше в этом возрасте им делали только третью прививку от гепатита В. Вторую вакцинацию дети получают в 4,5 месяца наряду с повторными прививками против дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита и гемофильной инфекции. В год и три месяца необходимо будет провести ревакцинацию.

Прививка против пневмококковой инфекции снизит уровень заболеваемости пневмонией, гнойными отитами и менингитами, рассказала глава Роспотребнадзора **Анна Попова** «Российской газете». С учетом этой вакцины в Национальном календаре профилактических прививок сегодня насчитывается 11 пунктов. Напомним, еще в конце прошлого года Роспотребнадзор заявил, что в Национальный календарь прививок может войти также вакцинация против ветряной оспы (с 2015 года) и ротавирусной инфекции (с 2016 года).

Минздрав определил только одну вакцину против пневмококковой инфекции как соответствующую всем российским требованиям — это «Превенар 13». Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают сопоставимыми «Превенар 13» и «Синфлорикс» и рекомендуют выбирать одну из них в зависимости от того, какие типы возбудителей наиболее распространены в стране.

Источник: <http://medportal.ru>

ЗА ФАЛЬСИФИКАЦИЮ ЛЕКАРСТВ ПРИГОВОРЯТ К 12 ГОДАМ ТЮРЬМЫ

Депутаты требуют ужесточить борьбу с фальсификаторами медикаментов. В Госдуму внесли законопроект, который усилит уголовную и административную ответственность за «производство, реализацию и хранение с целью сбыта фальсифицированных лекарств, медицинских изделий и БАДов», передают РИА Новости.

В Уголовном кодексе могут появиться новые составы преступлений. Нарушителей предлагается сажать в тюрьму на серьезные сроки — до 12 лет. Пока незаконным производителям лекарств грозит максимум 10 лет заключения по статье «Мошенничество».

Нужно одинаково строго наказывать фальсификаторов, не обращая внимания на последствия их деятельности, заявила автор документа **Ирина Яровая**. «Эксперты и врачи подтверждают, что установить в дальнейшем причинно-следственную связь, что негативные последствия для здоровья наступили вследствие применения именно этого препарата, практически невозможно», — пояснила она.

Производители лекарств даже не пытаются бороться с подделками, убежден другой автор законопроекта — депутат **Александр Прокопьев**. По его словам, фармацевтические компании редко жалуются в правоохранительные органы, опасаясь, что покупатели узнают о подделках и вообще перестанут пользоваться их продукцией.

Сообщается также, что в Федеральной службе по контролю за оборотом наркотиков уже поддержали этот законопроект, назвав его «наиболее удачным».

Источник: <http://medportal.ru>





ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ



ВАЖНОСТЬ ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У ПАЦИЕНТОВ С НАЛИЧИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Компания «АстраЗенека» объявила результаты ретроспективного анализа данных европейского исследования профилактики и контроля сердечно-сосудистого риска в условиях рутинной медицинской практики (EURIKA), которые позволяют предполагать, что у существенного числа пациентов сердечно-сосудистый риск может оказаться более высоким, чем можно было бы прогнозировать на основании стандартных подходов к его количественной оценке. В частности, данный субанализ позволил выявить, что у многих пациентов старше 50 лет при наличии, по крайней мере, одного традиционного сердечно-сосудистого фактора риска, но без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе, повышены уровни С-реактивного белка, являющегося общепризнанным маркером воспаления, коррелирующим с повышением риска сердечно-сосудистых осложнений. Эти данные опубликованы в журнале *BMC Cardiovascular Disorders*.

Проект EURIKA представлял собой крупное исследование, проводившееся во множестве европейских стран; результаты данного исследования говорят об увеличении риска сердечно-сосудистой смертности у пациентов с наличием, по крайней мере, одного (или большего количества) таких факторов риска, как повышение холестерина, повышение артериального давления, курение, наличие сахарного диабета и ожирения, а также о неэффективности контроля подобных факторов риска в клинической практике. Исследователями, принимавшими участие в данном проекте, было высказано предположение о возможности предотвратить существенную долю сердечно-сосудистой смертности в Европе путем лучшей идентификации факторов риска и их контроля. Учитывая

это соображение, авторы данного субанализа провели оценку распространенности повышения уровней С-реактивного белка у пациентов с наличием, по крайней мере, одного (или большего количества) традиционных факторов риска, принимая во внимание возможность использования уровней С-реактивного белка для выявления пациентов, относящихся к категории повышенного риска, которым может принести пользу терапия статинами.

Согласно полученным результатам, среди пациентов в возрасте старше 50 лет при наличии, по крайней мере, одного традиционного фактора риска отмечена положительная корреляция между уровнями С-реактивного белка и несколькими традиционными факторами риска, включая повышение индекса массы тела и уровней гликированного гемоглобина, при наличии обратной корреляции с такими протективными факторами, как уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (считающегося «благоприятным»).

Среди пациентов без сахарного диабета, не получающих статины, приблизительно у 30% уровни С-реактивного белка составили от 3 мг/л и выше (что считается соответствующим более высокому риску), а приблизительно у 50% уровни С-реактивного белка составили от 2 мг/л и выше (что считается соответствующим промежуточному риску).

Эти результаты имеют особое значение для пациентов, которые в настоящее время относятся к категории промежуточного риска, поскольку сам факт повышения С-реактивного белка у этих пациентов может говорить о том, что их сердечно-сосудистый риск в действительности может оказаться более высоким, чем можно было бы судить на основании стандартных оценок.





Несмотря на достигнутый в последнее время прогресс в выявлении и коррекции факторов риска, сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности в России.

Эти данные подчеркивают необходимость уделять большее внимание разработке лучших алгоритмов диагностики, которые позволили бы врачам достоверно определять уровень риска у конкретного пациента.

Исследование EURIKA финансировалось компанией «АстраЗенека» в рамках обязательств, принятых на себя компанией по улучшению методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний и выявления их факторов риска. Разработка дизайна, проведение

исследования и анализ его результатов осуществлялись независимой группой академических экспертов из различных европейских стран. Исследование EURIKA проводилось в 12 европейских странах, включая Австрию, Бельгию, Великобританию, Германию, Грецию, Испанию, Норвегию, Российскую Федерацию, Турцию, Францию, Швецию, Швейцарию. Эти страны были выбраны в связи с тем, что они отображают весь спектр риска сердечно-сосудистых заболеваний, контроля соответствующих факторов риска и различных подходов к организации системы здравоохранения в европейских странах. Сбор данных начался в мае 2009 года и был завершен к январю 2010 года.

Источник: пресс-служба компании «АстраЗенека»

В РОССИИ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ ЛАБОРАТОРИИ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕ РИСКИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ

В России может появиться сеть генетических лабораторий, позволяющих еще в ранние годы ребенка выявлять риски наркозависимости и другие генетические особенности.

До конца года Минздрав России получит для утверждения соответствующие методики. Об этом сообщил главный нарколог Министерства здравоохранения РФ **Евгений Брюн** на заседании Координационного совета по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы.

— В нашем центре в Москве открыта и работает первая генетическая лаборатория, которая позволяет уже в ранние годы ребенка выявлять риски по зависимому поведению, информировать родителей и воспитателей, учителей о генетических особенностях детей, а также необходимых педагогических коррекционных мероприятиях, — сказал он.

При этом Евгений Брюн отметил, что таким образом перекидывается мостик от

персонализированной медицины к персонализированной педагогике.

— Раннее выявление генетических особенностей позволяет также экономично проводить лечебные и реабилитационные мероприятия больных наркологического профиля, — подчеркнул он.

— Именно сегодня мы начали первый пилотный проект этой лаборатории и до конца года мы предложим Министерству (здравоохранения) утвердить эти методики для распространения в стране, — сообщил Евгений Брюн.

Он выразил сожаление, что пока существующего законодательства недостаточно: чтобы «выйти на такие специфические обследования, нам нужно выйти на семью, родителей, старшее поколение».

Как сообщил главный нарколог, со специалистами пока не готовы работать работодатели и профсоюзы. В частности, на заводах, где работает молодежь, руководству легче уволить страдающих от зависимости





сотрудников и нанять новых, чем заниматься непосредственно решением проблемы. Однако за этими работниками стоят семьи и дети, отметил Евгений Брюн.

По словам главы Минздрава России **Вероники Скворцовой**, в последние годы в число основных факторов риска для здоровья подростков вошла зависимость от компьютера и виртуальной реальности.

Министр привела данные Федерального центра психического здоровья, согласно которым подобную зависимость имеют до 6% всех подростков в стране, что «приводит к существенной психической и социальной дезадаптации, к состояниям аутистического спектра, некоторым другим психосоматическим поражениям».

— Наша задача с учетом тотальной информатизации, компьютеризации и развития технологий виртуальной реальности — активно включать подростков в реальные

события текущей жизни, — отметила Вероника Скворцова. — Именно эти события должны формировать их эмоциональную сферу, а не игры.

Ранее Президент РФ **Владимир Путин** заявил, что считает необходимым создать в России широкую сеть учреждений, занимающихся оздоровлением детей в летний период. По мнению Главы государства, все субъекты РФ должны иметь собственные программы укрепления здоровья подростков.

Глава государства привел данные итогов диспансеризации прошлого года, согласно которым среди подростков 15–17 лет число абсолютно здоровых увеличилось на 6%, а имеющих хронические заболевания — снизилось на 5%. Тенденции позитивные, но кардинальные перемены пока не наблюдаются, — признал Владимир Путин. По его словам, у более 70% подростков есть те или иные болезни, в том числе хронические.

Источник: ИТАР-ТАСС

«РОСНАНО» В 2014–2015 ГОДАХ ОТКРОЕТ ВОСЕМЬ ЦЕНТРОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА

«**Р**оснано» в 2014–2015 годах планирует открыть еще восемь центров ранней диагностики онкологических заболеваний в рамках государственно-частного партнерства. Первый центр был открыт в Уфе.

— Рак и сердечно-сосудистые заболевания — это причина номер один смертности в России, а внутри этой причины главная причина — это поздняя диагностика. Именно поэтому вслед за Уфой мы собираемся вводить такие центры в Ельце, Орле, Белгороде, Липецке. Затем мы собираемся открыть центр в Тамбове, уже до декабря этого года. Потом мы начнем движение в Екатеринбург, Тюмень и далее, вплоть до Владивостока, с которым мы обсуждаем сейчас такую же концепцию, — пояснил **Анатолий Чубайс**. До конца этого года «Роснано» планирует запустить центры в четырех регионах. Это то, что называется «первая фаза» с инвестициями на уровне 3–4 млрд. рублей. «Вторая фаза» начинается с 2015 года — там, если я правильно помню, еще пять регионов дополнительно. И мы обсуждаем сейчас еще и «третью фазу», — уточнил он.

Источник: ИТАР-ТАСС



ПРОВЕДЕНО НОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ ПРЕПАРАТА, ЗАМЕДЛЯЮЩЕГО ПРОЦЕСС СТАРЕНИЯ

Доказанный наукой способ замедлить процесс старения предполагает определенные ограничения в рационе. Новое исследование, проведенное в Университете штата Орегон, показало, что рапамицин, или сиролимус, также позволяет прожить дольше и болеть меньше, особенно в преклонном возрасте.

Антибиотик и иммунодепрессант рапамицин был одобрен около 15 лет назад. Однако недавно он привлек внимание способностью имитировать воздействие здорового рациона, по крайней мере, в лабораторных тестах на животных.

В то же время рапамицин увеличивает инсулиновую резистентность, однако эту проблему можно решить с помощью дополнительного препарата. Кроме того, он снижает риск возникновения возрастных заболеваний, которые являются основными причинами смертности: болезней сердечно-сосудистой системы, диабета, болезни Альцгеймера и рака.

Лабораторные мыши, которым вводили препарат, демонстрировали замедление угасания активности, связанного со старением, были здоровее, имели лучшие когнитивные способности, меньше были подвержены раку и жили заметно дольше, чем мыши из контрольной группы.

Недавно выяснилось, что рапамицин является ингибитором метаболического пути mTOR (сокращенно от английского *mammalian target of rapamycin* — «цель рапамицина у млекопитающих»). Этот путь активируется питательными веществами, инсулином и факторами роста. В свою очередь он стимулирует синтез белка и рост клеток. mTOR критически важен с эволюционной точки зрения: он помогает избежать избыточного клеточного роста и расширения при недостатке энергии.

На этом механизме и основана концепция продления жизни за счет разумного ограничения рациона. В частности, испытания на лабораторных животных показали, что их жизнь за счет диеты можно продлить на 25–30%. По словам ученых, люди, потребляющие меньше калорий, тоже живут дольше. Например, это характерно для некоторых азиатских культур.

В то же время рапамицин эффективен, даже если начать его использовать в поздние периоды жизни. Как и диета, он ингибирует синтез липидов, но, в отличие от нее, не увеличивает их окисление для производства энергии. Это, как отмечалось выше, ведет к росту резистентности к инсулину. Однако проблема эффективно решается с помощью метформина.

Сейчас идут клинические испытания этой методики увеличения продолжительности и качества жизни.

Источник: Journals of Gerontology: Biological Sciences

ВИРУС КОРИ — НОВЫЙ УБИЙЦА РАКА?

Врачи медицинского центра Майо (США) сообщили о многообещающих ранних результатах исследования по борьбе с раком с использованием вируса кори. Ученым с помощью генного модифицирования удалось создать вирус, способный убивать определенные типы раковых клеток.





В ходе исследования авторы получили материал для описания изменений состояния двух пациентов с онкозаболеваниями, один из которых перешел в стадию ремиссии. Врачи отмечают, что результаты двух человек, одному из которых лечение помогло, ни в коем случае не должно считаться общей тенденцией методики.

Идея использовать вирусы против раковых клеток не нова. За последние десятилетия было проведено много испытаний, и ряд клинических экспериментов продолжается, однако ни одна из методик пока не получила одобрения Управления по надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов.

Исследование стало возможным благодаря удачному соответствию вируса и клеток миеломы. Миеломная болезнь поражает белые кровяные клетки, которые производят антитела. Один из штаммов вируса приспособили к росту на клетках миеломы. Для отслеживания модифицированных вирусов в организме пациента их изменили так, что они начали переносить белок, который используется щитовидной железой для захвата йода. Таким образом, вирусы удалось пометить с помощью радиоактивного изотопа йода.

Поскольку миеломная болезнь поражает иммунную систему, прививки от кори, сделанные в детстве, практически не мешают лечению, ведь в организме почти не остается антител. Одному из двух пациентов лечение не помогло, и опухоль продолжила расти. Однако у другого пациента опухоль стала уменьшаться уже через 36 часов после лечения. Через 6 недель ее нельзя было различить на ощупь. Ученые намерены расширить масштабы эксперимента, а также сделать терапию на основании модифицированного вируса кори более комплексной.

Источник: <http://iscience.ru>

ДИЕТА, БОГАТАЯ КЛЕТЧАТКОЙ, ПОЗВОЛИТ ДОЛЬШЕ ПРОЖИТЬ ПОСЛЕ ИНФАРКТА

Увеличение потребления продуктов, богатых клетчаткой, положительно скажется на продолжительности жизни после инфаркта. Это выяснилось в результате исследования, проведенного учеными Гарвардского университета.

Оказалось, что среди людей, переживших инфаркт, смертность на 25% ниже, если они употребляют как можно больше клетчатки. Каждые дополнительные 10 грамм в день снижают риск смертности на 15%.

В ходе исследования были проанализированы данные на 2258 женщинах и 1840 мужчинах, переживших первый инфаркт. Участники заполнили анкеты о своем образе жизни, а ученые отслеживали изменения в течение 9 лет. За это время скончались 682 женщины и 451 мужчина.

Все участники были поделены на 5 групп в зависимости от потребляемого количества клетчатки. Те, чей рацион был наиболее ею богат — 29 грамм для женщин и 37 грамм для мужчин в день, рисковали умереть на четверть меньше по сравнению с теми, кто потреблял минимум — 12 и 16 грамм, соответственно.

Ранние исследования показали, что богатый клетчаткой рацион снижает риск гипертонии, ожирения, диабета и рака прямой кишки. Выяснилось, что лучшим ее источником являются каши. Между тем более 90% жителей планеты не потребляют необходимого минимума — 25 грамм для женщин и 38 грамм в день для мужчин.

Источник: <http://iscience.ru>



Программа ВОЗ/СІДА «Политика и управление в области здравоохранения в РФ»
ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ДОКУМЕНТЫ ВОЗ и МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ

ТЕМА НОМЕРА: ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ

По определению ВОЗ, подростковый возраст является периодом роста и развития человека, который следует после детства и длится до достижения зрелого возраста, то есть с 10 до 19 лет. Это один из критических переходных периодов жизненного цикла, для которого характерны бурные темпы роста и изменений, уступающие лишь темпам роста и изменений, происходящих в грудном возрасте. Многие аспекты такого роста и развития управляются биологическими процессами, а достижение полового созревания знаменует переход из детства в подростковый возраст. Биологические детерминанты подросткового возраста носят, как правило, всеобщий характер, однако продолжительность и характерные особенности этого периода могут варьироваться в зависимости от времени, культуры и социально-экономических ситуаций. За последнее столетие этот период претерпел многочисленные изменения, которые касаются более раннего наступления половой зрелости, более позднего возраста вступления в брак, урбанизации, глобальной коммуникации и изменения сексуальных отношений и форм поведения¹.

Ключевые аспекты развития

Подростковый возраст — это период подготовки к зрелости, для которого характерен ряд ключевых аспектов развития. Помимо физического и полового развития, эти аспекты включают продвижение к социальной и

экономической самостоятельности, а также развитие личности, приобретение навыков, необходимых для установления отношений и выполнения ролей в зрелом возрасте, и формирование способности к абстрактному мышлению. Подростковый возраст — это время бурного роста и огромного потенциала, но при этом и время значительных рисков, когда мощное влияние оказывает социальный контекст.

Основные факты

- Ежегодно умирают более 2,6 миллиона молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет, в основном от предотвратимых причин.
- Ежегодно рожают около 16 миллионов девушек в возрасте от 15 до 19 лет.
- В 2009 г. на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет приходилось 40% всех новых случаев ВИЧ-инфекции среди взрослых людей.
- В любой отдельно взятый год около 20% подростков испытывают какую-либо проблему в области психического здоровья, наиболее часто депрессию или тревогу.
- По оценкам, 150 миллионов молодых людей употребляют табак.
- Примерно 430 молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет ежедневно умирают в результате межличностного насилия.
- По оценкам, 700 молодых людей ежедневно умирают от дорожно-транспортных травм.

¹ При подготовке Бюллетеня использованы материалы с сайта ВОЗ: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/ru/index.html.



Склонность к рискованным формам поведения

Многие подростки испытывают давление, под воздействием которого начинают употреблять алкоголь, сигареты или другие наркотические средства и вступают в сексуальные отношения в раннем возрасте, подвергая себя риску получения преднамеренных и непреднамеренных травм, наступления нежелательной беременности и приобретения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Многие подростки сталкиваются также с целым рядом проблем в области адаптации и психического здоровья. Складывающиеся во время этого процесса модели поведения, такие как употребление или неупотребление наркотиков, сексуальное рискованное поведение или защита от таких рисков, могут иметь долговременные позитивные и негативные последствия для здоровья и благополучия в будущем. В результате во время этого процесса взрослые люди имеют уникальные возможности для оказания влияния на молодых людей.

Подростки отличаются как от детей раннего возраста, так и от взрослых людей. Точнее говоря, подростки не способны полностью понимать сложные понятия или связи между поведением и его последствиями или то, в какой мере они контролируют или могут контролировать процесс принятия решений в отношении здоровья, включая решения,

касающиеся сексуального поведения. Такая неспособность может сделать их особенно уязвимыми перед угрозой сексуальной эксплуатации или поведения высокого риска. Воздействие законов, обычаев и практики на подростков может также отличаться от их воздействия на взрослых. Так, например, законы и политика часто ограничивают доступ подростков к информации и услугам в области защиты репродуктивного здоровья, особенно если они не состоят в браке. Кроме того, даже при наличии таких услуг отношение поставщиков медицинских услуг к подросткам, имеющим сексуальные отношения, часто представляет собой значительную преграду на пути использования таких услуг.

Семья и местное сообщество обеспечивают основную поддержку

С помощью своих семей, местных сообществ, школ, служб здравоохранения и на своем месте учебы или работы подростки приобретают многочисленные важные навыки, которые помогают им справиться с испытываемым давлением и осуществить успешный переход из детства во взрослую жизнь. Родители, члены сообщества, поставщики услуг и социальные институты несут ответственность как за содействие в развитии и адаптации подростков, так и за эффективное вмешательство в случае возникновения проблем.

ПУБЛИКАЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Paul Kelly, Anne Matthews, Charlie Foster. Молодые и физически активные: рекомендации по повышению привлекательности физической активности для молодежи. — Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2012 г. — 44 стр.

Научные данные демонстрируют, что недостаток физической активности является ведущим фактором риска нарушений здоровья, выходя далеко за рамки вопросов, связанных с контролем веса, и влияя как на физическое, так и на психическое благополучие. За последние несколько лет стимулирование физической активности все в большей степени признается в



Европе в качестве приоритета общественного здравоохранения, и поэтому многие разрабатывают стратегии и вмешательства в этой области. Для поддержки усилий государств-членов Европейское региональное бюро ВОЗ разработало рекомендации по повышению привлекательности физической активности для молодежи. Они должны стать ресурсом для лиц, пропагандирующих важность физической активности, упор в них делается на поддерживающую городскую среду и условия, где дети и молодые люди живут, учатся и играют. В данном докладе представлено краткое описание рекомендаций, их разработки и предлагаемых последующих шагов.

Данная публикация является результатом проекта «Сотрудничество для содействия физической активности», который финансируется Европейским союзом в рамках Программы по охране здоровья, 2008–2013 гг.

*Полный текст на русском языке на сайте
Европейского регионального бюро ВОЗ:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215434/e96697r.pdf*

Candace Currie, Cara Zanotti, Antony Morgan, Dorothy Currie, Margaretha de Looze, Chris Roberts, Oddrun Samdal, Otto R.F. Smith, Vivian Barnekow. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков. Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC): международный отчет по результатам опроса, проведенного в 2009–2010 гг. — Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2012 г. — 252 стр.

В данном международном отчете по результатам последнего опроса, проведенного в рамках исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC)», предоставлена последняя информация, необходимая лицам, определяющим политику на различных уровнях государственного управления, и работникам секторов здравоохранения, образования, социального обеспечения, юстиции и отдыха и развлечений.

Данная публикация является новейшей из серии отчетов HBSC, в ней представлены результаты опросного исследования 2009/2010 гг., посвященного демографическим и социальным влияниям на здоровье подростков (11, 13 и 15 лет) в 43 странах и районах Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. В рамках данного опроса подростки описывали свой социальный контекст (отношения с семьей, сверстниками и в школе), физическое здоровье и удовлетворенность жизнью, поведение в отношении здоровья (характер питания, гигиена полости рта и физическая активность), а также рискованные виды поведения (употребление табака, алкоголя, марихуаны, сексуальное поведение, драки, школьные издевательства). Был проведен статистический анализ полученных ответов, чтобы определить различия в распространенности показателей здоровья и социальных индикаторов в зависимости от пола, возрастной группы и уровня достатка в семье.

Цель отчета: предоставить четкую, систематическую статистическую основу для описания межстрановых тенденций в отношении масштаба и направлений различий между подгруппами, способствуя таким образом лучшему пониманию социальных детерминант здоровья и благополучия подростков и предоставляя инструментарий для содействия охране и укреплению их здоровья.

*Полный текст на русском языке на сайте
Европейского регионального бюро ВОЗ:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/181972/E96444-Rus-full.pdf*



WHO/HBSC Forum 2009. Socio-environmentally determined health inequities among children and adolescents. Summary of outcomes, background papers and country case studies (Улучшение социально-экономических факторов, способствующих формированию здоровых привычек питания и повышению физической активности среди подростков) — Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2010 г. — 174 стр.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что дети и молодежь, живущие в условиях бедности, чаще подвержены риску случайных травм и гиподинамии, чем их сверстники из более богатых семей. В Европейском регионе ВОЗ непреднамеренные травмы являются основной причиной смерти детей и молодежи в возрасте от 5 до 19 лет, причем гибель на дорогах, утопление и отравление фигурируют среди основных 15 причин смерти в возрасте от 0 до 19 лет. Смертность в странах с самым высоким уровнем травматизма почти в семь раз выше, чем в странах с наиболее низким уровнем, причем пять из шести травм со смертельным исходом среди детей приходится на страны с низким уровнем дохода. Общеизвестно, что гиподинамия в детском и юношеском возрасте весьма негативно сказывается на состоянии здоровья детей в период полового созревания и зависит от социально-экологических факторов.

Третий форум «ВОЗ/Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья-2009», посвященный укреплению здоровья подростков, проходил 19–20 октября 2009 г. в Италии. Его участники уделили основное внимание вопросам социально-экологических неравенств в отношении здоровья детей и подростков. В публикации изложены основные результаты работы форума. В ней опубликованы два программных доклада по вопросам травматизма и физической активности, с одной стороны, и разными условиями проживания детей и подростков, с другой стороны. В этих докладах очерчены основные положения проблемы и обсуждаются возможные пути ее решения. Кроме того, опубликованы 10 исследований, анализирующих отдельные случаи и освещающих опыт стран в решении одной или обеих из этих проблем.

*Полный текст на английском языке на сайте
Европейского регионального бюро ВОЗ:*

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/135891/e94866.pdf

Укрепление сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков. Брошюра. — Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2010 г. — 16 стр.

В этом документе показана важность согласованных действий по охране здоровья подростков и представлена стратегия укрепления сектора здравоохранения в области работы с подростками.

Он предназначен для сотрудников из других департаментов ВОЗ, работающих также по вопросам охраны здоровья подростков (например, репродуктивное здоровье и психическое здоровье), региональных и страновых бюро, сотрудников других организаций, а также политиков и руководителей программ в министерствах здравоохранения.

*Полный текст на русском языке на сайте
Европейского регионального бюро ВОЗ:*

http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_ru.pdf?ua=1



Youth-friendly health policies and services in the European Region (Стратегии и услуги в сфере здравоохранения для подростков в Европейском регионе). — Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2010 г. — 270 стр.

В данной публикации дается описание опыта, накопленного системами здравоохранения государств — членов Европейского региона ВОЗ в удовлетворении тех потребностей молодежи, которые относятся к их здоровью и развитию. Основная цель публикации: оказать содействие обмену опытом и послужить импульсом к действиям в этом направлении на уровне стран.

Полный текст на английском языке на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/123128/E94322.pdf

European report on preventing violence and knife crime among young people (Европейский доклад о предупреждении насилия и преступности, связанной с холодным оружием, среди подростков и молодежи). — Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2010 г. — 102 стр.

В 53 странах Европейского региона ВОЗ межличностное насилие является третьей ведущей причиной смерти и одной из основных причин инвалидности среди подростков и молодежи (возрастная группа от 10 до 29 лет). В настоящем докладе описано бремя насилия в регионе, особенно в менее богатых странах и среди менее материально обеспеченных групп населения; факторы риска и их взаимодействие; факторы, которые могут защитить молодежь от насилия; фактические данные в поддержку эффективности профилактических мер. В выводах доклада звучит призыв увеличивать объемы инвестиций в профилактические мероприятия и включать дело предупреждения насилия среди подростков и молодежи в качестве приоритетной задачи в различные стратегии здравоохранения и направления социальной политики.

Полный текст на английском языке на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf

Резюме на русском языке:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/152687/e94277exsumR.pdf

Ориентационная программа «Здоровье подростков» для медицинских работников. Пособие для преподавателя и участников. — Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2007 г. — 471 стр.

Многим людям и организациям надлежит внести важный вклад в дело содействия здоровому развитию подростков и предупреждению и решению проблем с их здоровьем, где бы и когда бы они не возникали. И в том, и в другом случаях медицинским работникам необходимо проделать большую работу. Эта ориентационная программа — результат совместных усилий Commonwealth Medical Association Trust, ЮНИСЕФ и ВОЗ — дает медицинским работникам нужную информацию об особых качествах подростков и о надлежащих подходах к удовлетворению их потребностей и решению проблем со здоровьем. Она поможет им усовершенствовать профессиональные качества и навыки общения, которые позволят эффективно работать с подростками и чутко реагировать на их проблемы.

Пособие для преподавателя на русском языке:

http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/924459126x_op_guidelines_ru.pdf?ua=1

Пособие для участника на русском языке:

http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/924459126x_op_handout_ru.pdf?ua=1



Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005–2006 Survey (Неравенство в состоянии здоровья молодежи. Международный отчет HBSC по результатам обследования, проведенного в 2005–2006 гг.). — Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2008 г. — 210 стр.

Настоящая публикация является четвертым и наиболее полным международным отчетом по результатам совместного международного исследования ВОЗ «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC). Отчет содержит наиболее важные данные о состоянии и тенденциях здоровья подростков в возрасте 11, 13 и 15 лет, которые были собраны в 2005–2006 гг. в 41 стране и территориях Европейского региона ВОЗ и Северной Америки. В этом отчете, посвященном теме неравенства в здоровье, особое внимание уделяется количественной оценке гендерных, возрастных, географических и социально-экономических факторов, влияющих на различия в состоянии здоровья молодежи. Отчет будет полезен в странах региона при разработке и реализации конкретных стратегий, содействуя улучшению здоровья молодежи в целом.

*Полный текст на английском языке на сайте
Европейского регионального бюро ВОЗ:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf*

Здравоохранение-2014

РОССИЯ НАПРАВИТ ВОЗ 22 МЛН ДОЛЛАРОВ

Опубликовано 16.06.2014 20:23



Россия направит Всемирной организации здравоохранения около 22 млн. долларов на борьбу с неинфекционными заболеваниями. Такое решение принято на прошедшем заседании правительства РФ.

Правительство РФ приняло решение о выделении ВОЗ в 2014–2018 годах до 4,4 млн. долларов ежегодно. Эти деньги — уплата целевого взноса во Всемирную организацию здравоохранения в целях финансирования совместного проекта. Проект направлен на укрепление систем здравоохранения в целях профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями.

Проект распоряжение правительства по данному вопросу будет принят в ближайшее время, сообщается на сайте кабмина.

Источник: <http://doctorpiter.ru>



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

ПРИЕМ В ОРДИНАТУРУ: ПРАВИЛА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 сентября 2013 г. № 633н «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по программам ординатуры» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 мая 2014 г. Регистрационный № 32 255.

Утвержден Порядок приема на обучение по программам ординатуры.

К освоению программ допускаются лица, получившие высшее медицинское и (или) фармацевтическое образование. Это делается с учетом квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам, утверждаемых Минздравом России.

Состав экзаменационных и апелляционных комиссий формируется из числа наиболее опытных и квалифицированных научно-педагогических работников организации по специальности (доктора и кандидаты наук). Допускается включение в состав научно-педагогических работников других организаций.

Приемная комиссия обеспечивает функционирование специальных телефонных линий и раздела сайта организации для ответов на обращения, связанные с приемом.

Прием документов начинается не позднее 1 июля и завершается не позднее 20 июля включительно. Расписание вступительных испытаний утверждается председателем приемной комиссии и доводится до сведения поступающих не позднее чем за 10 рабочих дней до начала таких испытаний. Все испытания завершаются не позднее 15 августа.

Испытания могут проводиться в форме письменного, устного экзаменов или иной форме, устанавливаемой организацией самостоятельно.

Заявление об апелляции подается не позднее дня, следующего за датой объявления результатов испытания. Приемная комиссия обеспечивает прием заявлений в течение всего рабочего дня. Заявление рассматривается не позднее 2 рабочих дней после даты подачи.

Процедуре зачисления предшествует объявление 15 августа на сайте организации и на стенде приемной комиссии полных пофамильных перечней лиц, зачисление которых может рассматриваться по каждой специальности по различным условиям приема с указанием суммы набранных баллов.

КАКИЕ ЕЩЕ СУММЫ ФСС РФ МОЖЕТ ПРИЗНАТЬ БЕЗНАДЕЖНЫМИ К ВЗЫСКАНИЮ И СПИСАТЬ?

Постановление Правительства РФ от 17 мая 2014 г. № 457 «О внесении изменения в Постановление Правительства Российской Федерации от 17 октября 2009 г. № 820» (не вступило в силу)

Скорректировано Постановление Правительства РФ о порядке признания безнадежными к взысканию и списания недоимки по страховым взносам во внебюджетные госфонды и задолженности по начисленным пеням и штрафам.

Уточнено, что ФСС РФ принимает решения о признании безнадежными к взысканию и списанию недоимки и задолженности в том числе в отношении страховых взносов на ОСС от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний.





ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВАМИ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ, МУКОВИСЦИДОЗОМ, ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Досье на проект федерального закона № 472415-6 «О внесении изменений в статью 101 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (о переносе сроков вступления в силу отдельных положений Федерального закона в части лечения редких заболеваний) (внесен депутатом ГД О.Г. Борзовой)

21.05.2014 Государственная Дума приняла в первом чтении поправки к Закону об основах охраны здоровья граждан.

С 01.01.2015 за обеспечение больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей должны отвечать регионы.

Поправками данный срок предлагается перенести на 01.01.2018.

РЕГИОНАМ РАЗРЕШАТ ПЕРЕДАВАТЬ МЕСТНЫМ ВЛАСТЯМ ПОЛНОМОЧИЯ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ЕЖЕГОДНОЙ ВЫПЛАТЫ ПОЧЕТНЫМ ДОНОРАМ

Досье на проект Федерального закона № 305505-6 «О внесении изменения в статью 25 Федерального закона «О донорстве крови и ее компонентов» (в части предоставления субъектам Российской Федерации права наделения органов местного самоуправления полномочиями по предоставлению ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным знаком «Почетный донор России») (внесен Законодательным Собранием Ростовской области)

Государственной Думой РФ 21 мая 2014 г. во втором и третьем чтениях приняты поправки, разрешающие региональным властям передавать органам местного самоуправления полномочия по осуществлению ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным знаком «Почетный донор России».

Это позволит освободить получателей выплаты, проживающих вдали от региональных центров, от транспортных и иных расходов, которые они вынуждены нести, обращаясь за назначением выплаты.

Передача полномочий на места должна производиться законом субъекта

ПОЛОЖЕНИЕ О КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 сентября 2013 г. № 635н «О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 февраля 1993 г. № 23 «Об утверждении «Положения о клинической ординатуре» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 мая 2014 г. Регистрационный № 32 254.

Признан утратившим силу Приказ Минздрава России 1993 г. об утверждении Положения о клинической ординатуре.

Он был издан в соответствии с прежним Законом об образовании.



УТВЕРЖДЕНА ФОРМА СВЕДЕНИЙ О ЧИСЛЕННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ В СИСТЕМЕ ОМС ЛИЦ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2014 г. № 19 «Об утверждении формы № 8 «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию» и порядок ее ведения» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 мая 2014 г. Регистрационный № 32 233.

Утверждена форма № 8 «Сведения о численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию».

Информацию составляют ТФОМС и передают в ФФОМС ежеквартально по состоянию на 1 апреля, 1 июля, 1 октября, 1 января года, следующего за отчетным.

Определен порядок заполнения формы.

ФОРМА КОНТРАКТА НА ОКАЗАНИЕ МЕДПОМОЩИ ЗА РУБЕЖОМ ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 января 2014 г. № 29н «Об утверждении типовой формы контракта с иностранной организацией на оказание услуг, связанных с лечением гражданина Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 12 мая 2014 г. Регистрационный № 32 224.

Если в нашей стране невозможно получить медпомощь, то соответствующие услуги за счет ассигнований федерального бюджета может оказать иностранная организация. Минздрав России заключает с последней контракт на лечение за границей.

Утверждена его форма. Начало оказания услуг — не позднее 30 дней с даты заключения контракта. Цена устанавливается в иностранной валюте. Приведена форма сметы расходов на услуги.

СТАНДАРТЫ МЕДПОМОЩИ ДОЛЖНЫ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ И ОФИЦИАЛЬНО ПУБЛИКОВАТЬСЯ!

Решение Верховного Суда РФ от 9 апреля 2014 г. № АКПИ14-152 «О признании недействующим Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 сентября 2007 г. № 582 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом»

Оспаривался акт, которым был введен стандарт оказания медпомощи больным с инсулинзависимым сахарным диабетом.

Этот стандарт определяет условия оказания амбулаторно-поликлинической помощи данным больным.

В частности, он устанавливает норму выдачи теста для определения глюкозы в крови к глюкометру.

ВС РФ счел акт незаконным и пояснил следующее.

Стандарты медпомощи относятся к нормативно-правовым актам.

Причем оспариваемый акт относится к тем, которые должны проходить регистрацию в Минюсте России и официально публиковаться.

Между тем данные требования выполнены не были.

Поэтому акт признается недействующим со дня вступления в силу данного решения.





БОЛЬНИЧНЫЙ ПРИ УХОДЕ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 7 ЛЕТ ДОЛЖНЫ ВЫДАВАТЬ НЕЗАВИСИМО ОТ ТОГО, ЧЕМ ОН БОЛЕН!

Решение Верховного Суда РФ от 25 апреля 2014 г. № АКПИ14-105 «О признании недействующим абзаца второго пункта 35 Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29 июня 2011 г. № 624н»

Проверена законность норм, регулирующих правила выдачи листков нетрудоспособности при уходе за больным ребенком в возрасте до 7 лет.

В таком случае больничный выдается при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационаре.

Причем больничный оформляется на весь период острого или обострения хронического заболевания.

ВС РФ счел положения незаконными. Причина — нормы не предусматривают выдачу листков нетрудоспособности во всех случаях ухода за больным ребенком (то есть не только при остром заболевании или при указанном обострении).

Как пояснил ВС РФ, Закон об обязательном соцстраховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством закрепляет определенные правила.

Так, застрахованному лицу выплачивается пособие по временной нетрудоспособности при необходимости ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет.

Пособие выплачивается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ним в медорганизации при оказании ему медпомощи в стационаре.

Период выплаты — не более 60 дней в году по всем случаям ухода за ребенком (в отдельных случаях — не более 90 дней).

Таким образом, законодатель связывает необходимость ухода за больным ребенком с периодом его лечения (в амбулаторных или стационарных условиях при совместном пребывании с ним).

Причем необходимость ухода за больным ребенком может быть обусловлена лечением заболевания (заболеваний) либо устранением, облегчением состояний или медвмешательством, выполняемым по назначению медработника для восстановления или улучшения здоровья, а также в иных целях.

Между тем оспариваемые положения незаконно связывают выдачу листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком с периодом лечения только острого или обострения хронического заболевания.

С учетом этого нормы части, не допускающей выдачу больничного во всех случаях ухода за больным ребенком, признаются недействующими.

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



Начинается 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

