

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 2.2015



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

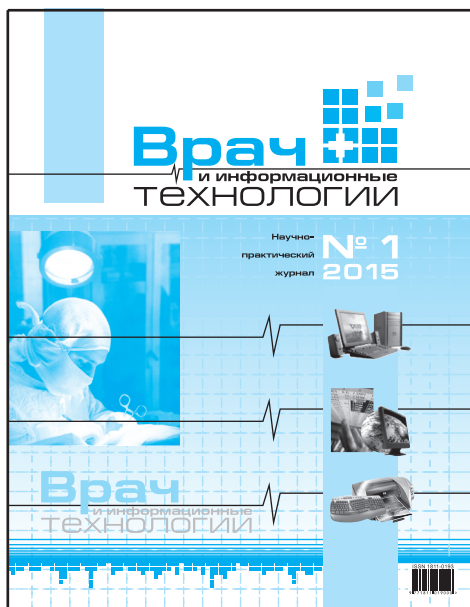
ISSN 1811-0185



9 771811 018003



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



Адрес редакции:

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

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82615** на полугодие
20103 на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **660 руб.**
- на полугодие — **1320 руб.**
- **2320 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

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

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

Подписка на электронную версию журнала:

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

Стоимость годовой подписки на 2015 г. — 1400 рублей.

Стоимость годовой подписки на 2014 г. — 1000 рублей.

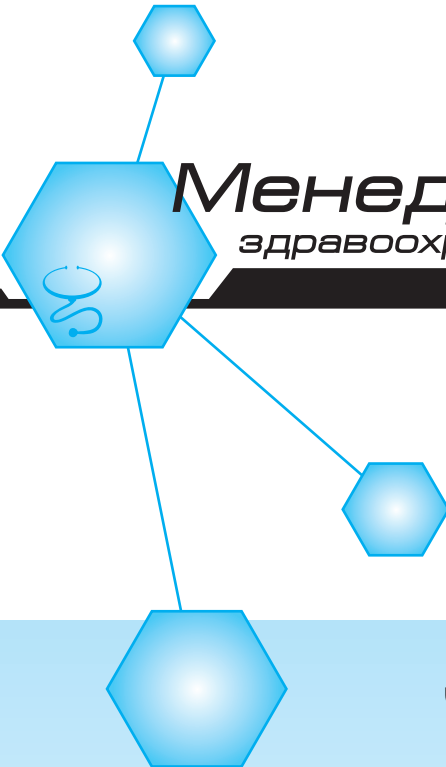
Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.

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

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

Уважаемые читатели!

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



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ Стандарты медицинской помощи — значение понятия для лекарственной медицинской помощи
- ✓ О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования
- ✓ Цена экспертной деятельности в системе ОМС: объективный и субъективный взгляд на моральные и материальные стимулы
- ✓ Оптимизация сети диссертационных советов: медицинские науки
- ✓ Оценивание потерь здоровья населения с помощью показателя «проблемности»

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:

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

Шеф-редактор:

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

Заместитель главного редактора:

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

Редакционная коллегия:

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

№2
2015

В номере:

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Работа с обращениями граждан в медицинской организации
как один из важнейших индикаторов качества и безопасности
медицинской деятельности**

Д.В. Пивень, И.С. Кицул

6-12

**Логистические исследования в управлении здравоохранением.
Принципы построения и реализации дорожных карт**

А.И. Вялков, Г.П. Сквирская

13-19

**Условия и учет факторов влияния на уровень обеспеченности
населения медицинскими работниками**

Н.В. Данилова

20-27

**Особенности обеспечения медицинским имуществом воинских частей
и соединений, дислоцирующихся за пределами Российской Федерации**

Е.О. Родионов, Ю.В. Мирошниченко,
С.А. Бунин, А.А. Ефремов,
И.В. Трошко, О.З. Мустаев

28-32

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

**О некоторых проблемах функционирования страховых медицинских
организаций в системе обязательного медицинского страхования**

И.А. Гехт

33-36

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

**Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста
в Российской Федерации за 2010-2013 годы**

А.В. Поликарпов, Е.В. Огрызко

37-46

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

Оценивание потерь здоровья населения с помощью показателя «проблемности»

*А.Е. Власенко, Н.М. Жилина,
Г.И. Чеченин*

47–50

ОБЩЕСТВЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Понижающий коэффициент к штрафным санкциям в системе ОМС — угроза равноправию граждан на надлежащее качество медицинской помощи вне зависимости от места их проживания

А.А. Старченко

51–58

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

О порядке проведения аттестации работников учреждений здравоохранения на соответствие занимаемым должностям

Ф.Н. Кадыров

59–71

ОПЫТ РЕГИОНОВ

72

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

73–75

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

76–80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

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

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 марта 2015 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Manager

Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Nº2
2015

Contents:

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

**Work with citizen's applications in a medical organization
as one of the most important indicators of quality
and safety of medical practice**

D.V. Piven, I.S. Kitsul

6-12

**Logistics research in healthcare management.
The principles and implementation of road maps**

A.I. Vyalkov, G.P. Skvirskaya

13-19

**Conditions and accounting of factors affecting
the level of provision of medical employees serving
the public**

N.V. Danilova

20-27

**The characteristics of supplying junctions
and military units stationed outside Russian Federation
with medical property**

*E.O. Rodionov, Y.V. Miroshnichenko, S.A. Bunin,
A.A. Efremov, I.V. Troshko, O.Z. Mustaev*

28-32

FINANCIAL MANAGEMENT

**On certain issues occurring in medical insurance
organizations functioning in the mandatory
medical insurance system.**

I.A. Geht

33-36

Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus

Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...

MEDICAL STATISTICS

Dynamics of morbidity of the population beyond working age in Russian Federation within 2010–2013 years

A.V. Polikarpov, E.V. Ogryzko

37–46

Evaluation of loss health with the indicator «problematic»

A.E. Vlasenko, N.M. Zhilina, G.I. Chechenin

47–50

PUBLIC EXPERTISE

Compromising coefficient towards penalty sanctions in the system of mandatory insurance system (MIS) – a threat to public's equal rights for appropriate quality of medical aid regardless of their location

A.A. Starchenko

51–58

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Regulations on how to assess professional competence of health employees and adequacy of their job titles

F.N. Kadirov

59–71

REGIONAL EXPERIENCE

72

QUESTIONS AND ANSWERS

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

73–75

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

76–80



Д.В. Пивень,

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

И.С. Кицул,

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

РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАК ОДИН ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ИНДИКАТОРОВ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. Работа с обращениями граждан в медицинской организации как один из важнейших индикаторов качества и безопасности медицинской деятельности (г. Санкт-Петербург; г. Иркутск, Россия)

Аннотация. В статье представлена характеристика современных особенностей и сложностей работы с обращениями граждан в медицинской организации. Обращено внимание на то, что данная деятельность нередко недооценивается главными врачами. Обосновано, что работа с обращениями граждан в медицинской организации, являясь одним из важнейших индикаторов обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, требует выделения данного направления в самостоятельный раздел внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Ключевые слова: обращения граждан, качество и безопасность медицинской деятельности, медицинская организация, внутренний контроль.

В данной публикации мы рассмотрим несколько аспектов еще одного большого и весьма сложного вопроса, который имеет самое прямое отношение к внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности. Это вопрос работы с обращениями граждан в медицинской организации.

Следует подчеркнуть, что при кажущемся для определенной части главных врачей бюрократическом характере данной работы значение ее для обеспечения и контроля качества и безопасности медицинской деятельности трудно переоценить. Да и работа эта далеко и не только бюрократическая.

Почему же работа с обращениями граждан в медицинской организации сегодня особенно важна, ведь она всегда имела место быть и всегда была важной? Что изменилось? Ведь и закон «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» принят уж скоро как 10 лет назад — в 2006 г.

Данная статья постарается ответить, в том числе и на эти вопросы.

В течение последних трех лет на страницах Менеджера мы подробно рассматривали самые разные аспекты качества и безопасности меди-



цинской деятельности, по-новому представленные в современном законодательстве [3–8]. Очевидно, что все эти вопросы часто являются и предметом обращений граждан. А это в свою очередь значительно усиливает их актуальность и значимость. Кроме того, постоянно проводимый надзорными органами и органами управления в сфере здравоохранения анализ констатирует в последние годы существенный рост обращений граждан [1, 9]. В этой связи считаем абсолютно оправданным внимание самых разных авторов к данной теме [2, 10].

Сегодня можно с уверенностью говорить о том, что рассмотрение обращений граждан в медицинской организации является одним из важнейших индикаторов обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. При этом, с одной стороны, индикатором качества и безопасности медицинской деятельности являются сами обращения граждан (их структура, содержание и т.д.). В то же время, с другой стороны, индикатором качества и безопасности медицинской деятельности является и непосредственно организация работы с обращениями граждан в медицинской организации.

Если же говорить о нормативно-правовой базе, то в настоящее время, помимо Федерального закона от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», действует еще целый ряд нормативно-правовых актов, которые либо напрямую, либо опосредованно связаны с данной темой.

Первое. Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152, фактически установило, что сегодня работа с обращениями граждан является одним из критериев соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан. Данное Положение определяет «рассмотрение документов и материалов, характеризующих

организацию работы по рассмотрению обращений граждан» как самостоятельное направление государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности при проведении проверок соблюдения осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями прав граждан в сфере охраны здоровья граждан.

Второе. Кодекс об административных правонарушениях (КоАП РФ), а именно, его статья 5.59, предусматривает административную ответственность за нарушение установленного законодательством Российской Федерации порядка рассмотрения обращений граждан в виде наложения административного штрафа в размере от пяти тысяч до десяти тысяч рублей.

Третье. Безусловно, роль работы с обращениями граждан возрастает и в связи с появлением независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. Как известно, в 2014 г. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Основы) был дополнен статьей 79.1, посвященной этому вопросу. Данная статья гласит, что «независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности». Также в статье 79.1 отмечено, что «независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями не осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также экспертизы и контроля качества медицинской помощи». Это уточнение вполне логично, так как контролем качества и безопасности медицинской деятельности, а также экспертизой и контролем качества медицинской помощи должны заниматься все-таки подготовленные





специалисты. Однако это никак не умаляет роли независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

Следует обратить внимание на содержание независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями. В Основах указано, что независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как:

- открытость и доступность информации о медицинской организации;
- комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения;
- время ожидания предоставления медицинской услуги;
- доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации;
- удовлетворенность оказанными услугами.

А ведь именно проблемы, связанные с этими общими критериями, и звучат, как правило, в обращениях граждан.

Четвертое. Также в 2014 г. был принят Федеральный закон № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации». В связи с этим можно ожидать, что, помимо указанной выше независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, могут появиться и, вероятно, скоро появятся и иные механизмы участия граждан в общественном контроле за деятельностью медицинских организаций.

На первый взгляд может показаться, что прямой связи между независимой оценкой качества оказания услуг медицинскими организациями и иными формами общественного контроля за деятельностью медицинских организаций нет. Но это только на первый взгляд. Можно с уверенностью утверждать, что результаты независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, как и результаты иных самых разных форм общественного контроля за деятельностью медицинских организаций, во многом будут определяться тем, как орга-

низована работа с обращениями граждан в медицинской организации. Ведь тематика формирующегося общественного контроля и тематика поступающих в медицинские организации обращений во многом совпадают и будут совпадать. Да и не секрет, что прежде всего именно значительное и все возрастающее количество обращений граждан, связанных с медицинской деятельностью, послужило основой для создания новой системы общественного контроля.

В общем на современном этапе значение работы с обращениями граждан в медицинской организации трудно переоценить.

Прежде всего успех в организации данной работы зависит от того, насколько понимает администрация медицинской организации все ее сложности. Уверены, что без понимания сложностей невозможно в полной мере оценить и важность данной работы. Поэтому назовем несколько очевидных причин (предпосылок), делающих организацию работы с обращениями граждан столь сложной, столь и важной.

Во-первых, как было показано выше, это требования не только Федерального закона от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации», но и требования целого ряда других нормативных актов, в том числе регламентирующих государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

Во-вторых, работа с обращениями граждан имеет ряд особенностей, которые существенно ее усложняют.

• **Первая особенность.** Предусмотренный действующим законодательством порядок рассмотрения обращений граждан, безусловно, является достаточно сложным для его детальной разработки и внедрения на уровне медицинской организации и при этом он нередко воспринимается главными врачами как излишне бюрократизированный, то есть просто недооценивается. В итоге это приводит к снижению качества данной





работы, например, к отсутствию оперативности рассмотрения обращений в жизнеугрожающих случаях и соответственно к повторным обращениям, но уже в вышестоящие инстанции. Часто от руководителей приходится слышать, что сегодня большинство заявителей предпочитают обращаться сразу к Президенту или Председателю Правительства РФ, а не к главному врачу. Ответ здесь может быть только один, если так происходит с какой-то определенной периодичностью, то это значит, что в медицинской организации в части работы с обращениями граждан, а если конкретнее, то в части работы с самими гражданами, есть серьезные проблемы, которые администрация не видит.

• **Вторая особенность.** Нередко в медицинских организациях не уделяется должного внимания объективности и качеству рассмотрения обращений, в данном случае жалоб. Простая истина о том, что лучше предельно четко и по возможности жестко рассмотреть обращение и решить все вопросы в пределах медицинской организации, а не вне ее, на деле часто оказывается не такой простой. Последствия здесь хорошо известны.

• **Третья особенность.** К сожалению, многие руководители, как это нередко звучит, не владеют умением лично общаться с заявителями. То есть не владеют важнейшей неформальной компетенцией, которую надо в себе постоянно развивать и поддерживать. Возможно, что многие с нами не согласятся в части распространенности этого явления. Но если бы это было не так, то и количество обращений граждан, сразу направляемых ими не в медицинскую организацию, а за ее пределы, было бы значительно ниже. Общеизвестно, что руководителя умения профессионально общаться не учат и не научат никакие ВУЗы, курсы или циклы. Там могут только помочь в том случае, если в человеке, желающем руководить, стремление к формированию такого умения и к его постоянному развитию изначально заложено. Если же этого нет, то ничего и не выйдет. И это скорее — частое явление, чем редкое.

• **Четвертая особенность.** Количество обращений граждан, в том числе и по поводу качества и безопасности медицинской деятельности, безусловно, в ближайшие годы будет и дальше только возрастать. И происходить это будет отнюдь не потому, что качество и безопасность медицинской деятельности непременно будут или должны ухудшаться, ни о какой прямой корреляции здесь речь не идет. Для увеличения же числа обращений граждан есть целый ряд других вполне объективных причин и предпосылок. Вот некоторые из них:

— постоянно развивающаяся и усложняющаяся нормативная база, которая способствует росту такой формы активности граждан;

— все большее внимание государства и гражданского общества к обеспечению прав пациента, особенно через СМИ, Интернет и т.д.;

— развитие самого здравоохранения, включая укрепление материально-технической базы, внедрение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи и т.д. будут однозначно сопровождаться повышением требований граждан к отрасли вообще и к медицинским организациям, а также к медицинским работникам в частности;

— развитие информационных технологий в здравоохранении, в том числе требования к сайтам медицинских организаций, возможность обратной связи и т.д.

В этой связи понимание руководителем медицинской организации указанных выше объективных предпосылок для роста обращений граждан ставит перед ним сложную задачу.

Необходимо так организовать работу медицинской организации, чтобы большинство обращений граждан по поводу ее деятельности поступало сразу в медицинскую организацию, а не помимо нее, и все поставленные в обращении вопросы решались внутри медицинской организации. Иначе говоря, задача заключается





в повышении доверия граждан к медицинской организации. Это стратегическая задача.

Ну, а теперь кратко остановимся на некоторых прикладных аспектах работы с обращениями граждан в медицинской организации. Обращаем внимание, что основным внутренним документом, регламентирующим эту работу в медицинской организации, должен быть соответствующий Порядок, утвержденный главным врачом. В Порядке необходимо максимально четко и подробно прописать все процедуры в работе с обращениями граждан. В этой связи хотелось бы обратить внимание на то, что объем документа (Порядка) должен позволить максимально подробно и предельно ясно отразить его содержание. Практика показывает, что невозможно четко и последовательно расписать всю сложную процедуру работы с обращениями граждан на 3–4 страницах, как это нередко пытаются сделать во многих медицинских организациях. В итоге, как правило, получается не четкий регламент, а некий аморфный протокол о намерениях, говорящий о том, что неплохо бы иногда как-то поработать с обращениями граждан. Это как раз тот случай, когда количество, то есть объем документа, во многом определяет его качество.

Порядок рассмотрения обращений граждан в медицинской организации должен содержать следующие разделы.

- Требования к порядку информирования граждан о рассмотрении обращений.
- Права граждан и обязанности должностных лиц медицинской организации при рассмотрении обращений.
- Личный прием граждан в медицинской организации, включая подробное описание организации личного приема граждан, требований к месту и времени ожидания и приема заявителей и т.д.
- Работа с письменными обращениями граждан в медицинской организации, включая процедуры приема письменных обраще-

ний граждан, их регистрацию, рассмотрение, подготовку ответов.

- Требования, учитывающие особенности работы с обращениями граждан в электронной форме.
- Порядок рассмотрения отдельных обращений.
- Результаты рассмотрения обращений граждан.
- Анализ обращений, поступивших в медицинскую организацию.
- Организация контроля за исполнением Порядка.

Считаем целесообразным акцентировать внимание читателя на разделе «Порядок рассмотрения отдельных обращений», который, как мы отметили выше, обязательно должен присутствовать в Порядке рассмотрения обращений граждан в медицинской организации. В Законе от 2 мая 2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» статья 11 полностью посвящена этому вопросу. Мы же приведем из нее только часть первую, которая гласит следующее: «В случае, если в письменном обращении не указаны фамилия гражданина, направившего обращение, или почтовый адрес, по которому должен быть направлен ответ, ответ на обращение не дается. **Если в указанном обращении содержатся сведения о подготавливаемом, совершаемом или совершенном противоправном деянии, а также о лице, его подготавливающем, совершающем или совершившем, обращение подлежит направлению в государственный орган в соответствии с его компетенцией**». Из представленного положения закона совершенно четко следует, что все анонимные обращения, связанные с противоправными действиями, рассматриваются компетентными органами, а обязанность руководителя медицинской организации в случае поступления таких обращений направить их «в государственный орган в соответствии с его компетенцией».



Это очень важное положение, о котором почему-то многие руководители медицинских организаций просто не знают или забывают, ошибочно и небезопасно для себя полагая, что «все анонимные обращения не рассматриваются». Как видим, по закону это совершенно не так. Тем более это важно, что абсолютное большинство анонимных обращений в той или иной степени связаны именно с темой противоправных деяний. Это еще один значимый аспект работы с обращениями граждан в медицинской организации, который постоянно должен быть в поле зрения главного врача.

Не вызывает сомнений и целесообразность такой формы организации работы с обращениями граждан, как Телефон доверия. В ряде регионов, но, к сожалению, пока далеко не во всех, органами управления принимаются решения по организации такой формы работы в медицинских организациях. При этом основная цель данной формы работы отнюдь не сбор анонимных обраще-

ний, что совершенно правильно, а обеспечение доступности в подаче и оперативности в рассмотрении тех обращений, которые связаны или могут быть связаны с жизнью или с ухудшением состояния пациента, то есть как раз в тех случаях, когда время для принятия организационных или клинических решений уже в стенах медицинской организации может быть потеряно, что иногда и бывает. Нужен ли специальный внутренний регламент работы такого Телефона доверия? Безусловно, нужен! И это тоже тот самый случай, когда без издания внутреннего регламентирующего документа не обойтись.

Таким образом, можно заключить, что работа с обращениями граждан в медицинской организации, являясь одним из важнейших индикаторов обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности, требует выделения данного направления в самостоятельный и при этом весьма сложный раздел внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.



Литература

1. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 28 марта 2012 г. № 04И-214/12 «О работе с обращениями граждан по вопросам оказания медицинской помощи».
2. Павлова Е.Е. О работе с обращениями граждан в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения//Вестник Росздравнадзора. — 2013. — № 6. — С. 17–21.
3. 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.
4. 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.
5. Пивень Д.В., Кицул И.С. О проблеме реализации права пациента на выбор врача и о путях ее решения в медицинской организации//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 7. — С. 15–20.
6. Пивень Д.В., Кицул И.С. О праве пациента на проведение консультаций врачами-специалистами по его требованию или по требованию его законных представителей//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10. — С. 12–17.
7. Пивень Д.В., Кицул И.С. О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах





охраны здоровья граждан в Российской Федерации»//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 12. — С. 6–13.

8. Пивень Д.В., Кицун И.С. Коррупция в медицинской организации: механизмы противодействия//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 2. — С. 6–12.

9. Обзор обращений граждан в Департамент здравоохранения города Москвы за 2013 г. <http://www.mosgorzdrav.ru>

10. Хохрина Т.И. Организация работы с обращениями граждан в учреждениях здравоохранения//Правовые вопросы в здравоохранении. — 2013. — № 4. — С. 30–42.

UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. Work with citizens applications in a medical organization as one of the most important indicators of quality and safety of medical practice (Saint Petersburg; Irkutsk, Russia)

Abstract. The article presents the characteristics of modern features and challenges of working with citizens applications in a healthcare organization. Attention to the fact that this activity is often underestimated chief physicians. It is proved that work with citizens applications in a healthcare organization, being one of the most important indicators of the quality and safety of medical practice, requires allocation of this area in a separate section of the internal control quality and safety of medical practice.

Keywords: citizens applications, quality and safety of medical practice, medical organization, internal control.

Здравоохранение-2015



СВЫШЕ 26 МЛРД. РУБЛЕЙ ВЫДЕЛЯЕТСЯ НА ОКАЗАНИЕ ВМП, НЕ ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ОМС

Федеральный центр совместно с регионами выделяют свыше 26 млрд. рублей на оказание высокотехнологичной медицинской помощи россиянам, не предусмотренной обязательным медицинским страхованием. Об этом сообщил премьер-министр РФ Дмитрий Медведев на заседании правительства. По словам главы кабмина, Правительство РФ направляет в субъекты Федерации в качестве субсидий 5 млрд. рублей, их получит 61 регион, и еще более 21 млрд. рублей на эти цели должны израсходовать сами регионы.

Ранее министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что государственные гарантии оказания медицинской помощи в РФ не будут снижены ни при каких условиях. Глава Минздрава подчеркнула, что госгарантии не только не снижаются, но и увеличиваются по целому ряду направлений, делая медицинскую помощь более доступной для населения. Так, число центров и отделений врачей общей практики, составляющих базовый уровень медицинской помощи, с 2009 по 2013 год увеличилось в 2,5 раза. По ее словам, также значительно увеличилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи: если в 2013 году число пролеченных больных составило более 500 тыс. пациентов, то в 2014-м — более 700 тыс. пациентов.

Министр подчеркнула, что растет и экономическая составляющая здравоохранения. Так, объем программы госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2015 год на 300 млрд. рублей больше, чем в 2014 году. Общий объем доходов бюджета Фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) также увеличился на 392,2 млрд. рублей, или на 32%, по сравнению с прошлым годом. Значительно увеличились подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 году 8261 рубль, что на 18,7% выше предыдущего года, в 2016 году - 8727 рублей, в 2017 году — 9741 рубль.

Источник: ТАСС



А.И. Вялков,

д.м.н., академик РАН, НИИ ОЗиУЗ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

Г.П. Сквирская,

д.м.н., профессор НИИ ОЗиУЗ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия

ЛОГИСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ. ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ДОРОЖНЫХ КАРТ

УДК 614.2

Вялков А.И., Сквирская Г.П. *Логистические исследования в управлении здравоохранением. Принципы построения и реализации дорожных карт* (НИИ ОЗиУЗ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, г. Москва, Россия)

Аннотация. Логистические исследования в системе медицинского менеджмента — это современный подход к управлению здравоохранением, сочетающий применение традиционных управленческих методик (аналитических, статистических, социологических и др.) с общеэкономическими, маркетинговыми и иными современными методами, с применением моделирования процессов и их возможных результатов. Внедрение логистических исследований в теорию и практику управления здравоохранением особенно актуально при разработке и реализации дорожных карт в период формирования рыночной экономики и связанных с этим преобразований системы здравоохранения.

Ключевые слова: логистика, управление здравоохранением, парадигмы и алгоритмы логистических исследований, дорожные карты.

Введение

Происхождение термина «логистика» восходит к Древней Греции, когда под этим понимали «искусство рассуждения, вычисления», используемое при осуществлении контроля за хозяйственной, торговой и финансовой деятельностью. С середины прошлого века логистика стала развиваться как наука, наиболее эффективно координирующая взаимодействие материально-технического обеспечения, производства, распределения, транспорта, коммуникационной инфраструктуры и рынка.

На протяжении своего эволюционного развития логистика претерпела ряд изменений, связанных со сменой парадигм от *аналитической*, основанной на классическом подходе в управлении материальными потоками, *технологической*, тесно связанной с развитием информационно-компьютерных технологий, *маркетинговой*, развитие которой основано на задачах формирования рынка и повышения конкурентоспособности производителей товаров, работ и услуг, и *интегрированной*, являющейся в настоящее время основной парадигмой логистики и представляющей комбинацию трех вышепоименованных парадигм [1, 3, 4].



В настоящее время логистика рассматривается как современная теоретическая и практическая основа системного менеджмента, которой свойственны системообразующая, интегрирующая, регулирующая и результирующая функции. Логистические исследования — это современное направление исследовательской деятельности, сложившееся на стыке общеэкономических и маркетинговых исследований, на базе собственной методологии, а также прикладных методов и процедур логистического анализа [6, 7, 10].

Актуальность логистических исследований связана с новым пониманием механизмов формирования рынка и логистики как стратегического элемента в обеспечении конкурентоспособности, новых перспектив и технологий во всех сферах производства и обращения товаров, работ и услуг, управления и контроля за их производством. [2].

Главной целью использования логистических подходов в здравоохранении является обеспечение эффективного управления отраслью и медицинскими организациями в отношении снижения общих затрат и удовлетворения требований конечных потребителей [6]. Эти подходы необходимы при разработке дорожных карт, направленных на проведение быстрых системных качественных преобразований отрасли, в результате которых деятельность системы здравоохранения, медицинских организаций и специалистов должна стать более эффективной и результативной даже с учетом финансово-экономического кризиса, и основываться эта эффективность может только на проведении системных мер, опирающихся на внедрение современных актуальных медицинских технологий и методик, новейших достижений науки и техники, непрерывного совершенствования качества [8].

Вместе с тем анализ деятельности органов и учреждений в области медицинского менеджмента на всех уровнях свидетельствует о том, что логистические методы исследования в управлении здравоохранением применяются

весьма фрагментарно, непоследовательно, что негативным образом сказывается на эффективности деятельности системы здравоохранения, ее отдельных направлений и организаций, формировании рынка медицинских услуг и повышения качества и доступности медицинской помощи [2, 9].

Логистический подход к управлению системой здравоохранения должен включать в себя формирование процессного управления на всех уровнях и этапах организации и оказания медицинской помощи, основанного на анализе базовой ситуации, правильной конкретной постановке проблемы, определении задач, требующих решения, инструментов, необходимых для реализации поставленных задач, разработке медицинских технологий, формировании, прогнозировании и оценке эффективности моделей деятельности органов, учреждений, подразделений, служб и специалистов системы здравоохранения [5].

Основные этапы и алгоритм проведения логистических исследований в системе управления здравоохранением могут быть представлены следующим образом:

1. Постановка проблемы, чаще всего основанная на формировании социальной политики и связанное с этим **целеполагание** при определении основных задач научной и практической деятельности в здравоохранении.

На этом этапе определяется достижение конечных состояний или искомых результатов на основании имеющихся представлений о стратегических целях укрепления здоровья населения и потенциальных возможностях системы здравоохранения. Первичное целеполагание должно основываться на политических, экономических, социальных парадигмах общества с учетом приоритетных задач по сохранению и укреплению здоровья и совершенствованию системы здравоохранения, обсуждению стратегических и тактических подходов к их достижению, включая альтернативные, привлечении экспертных





групп и сообществ для более четкой и профессиональной проработки проблемы.

Уже на данном этапе исследования необходимо предусмотреть **создание системы эффективного менеджмента**, способного решать задачи исследования и последующего сопровождения процесса реализации, оценки и обоснования полученных результатов. Такой подход требует привлечения специально подготовленных профессиональных кадров, имеющих опыт научной и практической деятельности, способных сформировать необходимые команды специалистов, использовать современные исследовательские технологии и привлечь к обсуждению ключевых проблем ведущих представителей отечественного и зарубежного экспертного сообщества.

2. Следующим этапом должна стать **разработка общей концепции логистического исследования** (формулировка целей и задач, выбор рабочей гипотезы, конкретизация методов исследования)

Общая концепция логистического исследования в управлении здравоохранением основана на проведении методического анализа и оценки функциональных зон системы, выявления ее стратегически сильных и слабых сторон, определения предполагаемых направлений и возможностей дальнейшей деятельности, ожидаемых результатов.

Цель исследования отражает основные направления поиска наиболее эффективных вариантов достижения искомых результатов, построения системы управления здравоохранением, организации ее функционирования и развития и может предполагать одно или несколько направлений исследования, быть текущей и перспективной, общей и детальной, постоянной и эпизодической. Она должна быть конкретной и измеримой, достижимой и адаптированной к общим направлениям проводимых в социальной сфере и отрасли преобразований.

На основании принятой цели может быть предложена **рабочая гипотеза**, включающая в себя сформулированное разработ-

чиками (исполнителями) видение возможных, в том числе альтернативных, вариантов решения проблемы и задач, выполнение которых необходимо для дальнейшего развития (подтверждения, исключения, видоизменения) данной гипотезы. Рабочая гипотеза должна также ориентироваться на существующие и перспективные возможности финансового, кадрового, материально-технического и иного ресурсного обеспечения предполагаемых перемен.

Для **определения и постановки конкретных направлений исследования** по достижению поставленной цели (целей) необходимо проведение следующих исследований (**общие первоначальные задачи**):

- Анализ стартовых позиций с точки зрения проблем, требующих решения. В большинстве случаев это предполагает изучение состояния здоровья населения и организацию медицинского обеспечения соответствующих контингентов, доступность, эффективность и качество оказываемых медицинских услуг в целом либо по изучаемому направлению. Основные методы, наиболее часто применяемые при подобных исследованиях, включают в себя статистические, эпидемиологические, аналитические, экспертные, социологические, экономические и др.

- Анализ нормативной правовой базы по изучаемой проблеме и существующих подходов к ее решению в отечественной и мировой практике. На данном этапе наиболее часто применяется аналитический метод, в том числе контент, SWOT- и PEST-анализ, методы правового, функционально-операционного анализа, экономические и экспертные исследования.

- Выявление проблем, требующих решения, на основании которых формируются **дорожные карты, определяющие последующие этапы и задачи** исследования.

Задачи исследования — это четко сформулированные взаимосвязанные конкретные фрагменты исследования, пошаговая реализация которых позволяет уточнить подходы





и найти оптимальные пути достижения поставленной цели.

При этом возможна декомпозиция глобальных задач на ряд локальных, подзадач, и только комплексное решение всех аспектов проблемы позволяет разработать системные, последовательные и эффективные решения. Задачи также следует дифференцировать их по степени приоритетности и разделять на стратегические, тактические и оперативные, а также на теоретические и прикладные, учитывать уровень и специфику предполагаемых внедренческих технологий. Необходимо отразить последовательность их решения, которая может быть отображена при помощи сетевых графиков с четким определением взаимосвязей при решении поставленных задач, необходимого ресурсного и информационного обеспечения, сроков, объемов проведенных исследований, предполагаемых результатов и исполнителей.

При постановке каждой задачи следует определить также материалы (включая объекты и предмет исследования) и методы планируемых исследований.

Объектом исследования могут служить непосредственно система управления здравоохранением, учреждения, службы и специалисты, статистические данные, случаи заболеваний, литературные источники, общая и медицинская документация и т.д.

Предметом исследования является проблема, требующая решения.

Основные принципы и методы проведения логистических исследований в управлении медицинской наукой и практикой деятельности медицинских организаций сочетают в себе системный и математико-кибернетический подходы к изучению проблем и включают статистические, эпидемиологические, аналитические, экспертные, экономические, графические, графоаналитические методы, метод функционально-операционного анализа; PERT-анализа, в том числе PERT-cost (оптимизации по затратам; PERT-time

(оптимизации по времени), PERT-reliability (оптимизация по надежности); сетевое моделирование; методы функционально-операционного анализа; экономико-математические методы: математическое программирование, теория игр, теория статистических решений, теория массового обслуживания, сетевой анализ, матричное моделирование, математическое программирование, прогнозирование и другие.

3. Дальнейшая деятельность при проведении логистических исследований связана с **определением необходимого количества и качества логистической информации**, очередности и последовательности ее получения.

Исходная информация может быть объективная и субъективная, первичная и производная, достоверная и требующая проверки и т.д., поэтому возникает необходимость определенной классификации и учета. Объем необходимой для исследования информации определяется исполнителями с учетом статистических методов определения репрезентативности исследований.

Как правило, в современных системах управления большой объем требуемой доступной для пользования информации получается в режиме on line, основанном на возможностях Интернета, телемедицины, наличии баз данных и регистров по различным проблемам общественного здоровья и здравоохранения, а также при проведении специальных целевых исследований, например, сплошных или выборочных эпидемиологических исследований, экспертных оценок, получении социологических данных и т.д.

Сочетание двух подходов — официальной информации и результатов целевых исследований — позволяет сформировать необходимые базы данных для проведения системных логистических исследований.

Необходимо определить также пути и сроки получения или запроса информации.

4. Далее осуществляется **сбор, обработка и анализ логистической информации**,



моделирование и формирование банка данных, прогнозирование и получение прогнозных оценок.

Одним из наиболее трудоемких этапов проведения логистического исследования является обработка полученной информации, сведения ее в групповые и комбинированные таблицы и анализ полученных данных. Качество этой работы оказывает существенное влияние на качество исследования в целом.

Проведение анализа данных возможно с использованием различных подходов. Так, при решении задач относительно невысокой степени сложности используются статистические методы обработки данных, такие как распределительный, сравнительный, индексный, которые позволяют установить определенные закономерности различных процессов в зависимости от поставленной цели (целей).

При обработке сложных, агрегированных баз данных чаще применяются математические методы, такие как линейное, нелинейное, параметрическое, динамическое программирование, решаются многоинтеграционные задачи.

Принцип **моделирования** включает в себя разработку на основании полученных в результате исследования данных различных моделей процесса организации и оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения. Это могут быть структурно-функциональные, математические, экономико-математические, графические, физические, имитационные и другие модели, которые должны включать в себя полный комплекс подсистем, обеспечивающих процесс управления: технической, экономической, организационной, правовой, кадровой и др.;

Полученная таким образом логистическая модель управления здравоохранением должна устойчиво работать при допустимых изменениях финансового, кадрового и иного ресурсного обеспечения, иметь возможность быстро адаптироваться к изменяющимся внешним и внутренним условиям функциони-

рования, совершенствовать параметры и критерии оптимизации деятельности.

Экспертный и математический проспективный анализ деятельности представленных логистических моделей позволяет осуществить с определенной степенью вероятности **краткосрочное и (или) долгосрочное прогнозирование результатов** внедрения управленческой модели с учетом надежности функционирования всех подсистем.

Статистические прогнозы строятся на основе выявленной причинно-следственной связи с помощью корреляционно-регрессионного анализа, на основе трендовых моделей прогнозов, методами экспоненциального сглаживания. Статистические прогнозы целесообразно сочетать с экспертной оценкой ситуации и тенденций ее развития.

Прогнозирование в сфере управления общественным здоровьем и здравоохранением включает в себя такие направления, как прогнозирование состояния здоровья и заболеваемости населения, ее неблагоприятных исходов на когортном и групповом уровнях, затрат, связанных с профилактикой, диагностикой, лечением, возмещением ущерба больным и пострадавшим, потребностей в ресурсном обеспечении, развитии сети медицинских и иных организаций, производства и закупки лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинского и общего оборудования и т.д.

Прогнозирование может быть основано на многовариантных подходах к оценке развития ситуации — без корректирующего управленческого вмешательства и с учетом внедрения разработанных и принятых логистических моделей менеджмента.

Прогностические оценки должны максимально учитывать потенциальные риски, возможные на пути внедрения предлагаемых моделей, и рассчитывать эффективность внедрения с учетом высокой, средней и низкой степеней рисков.

5. Следующим этапом логистического исследования является **планирование и со-**





проведение внедрения управленческих решений и форм их реализации.

Планирование представляет собой процесс разработки развернутой во времени последовательности будущих действий по достижению поставленных целей и задач, характеризуется наличием системного подхода и четкой взаимосвязи между стратегическим и оперативным планированием с обеспечением четкого приоритета первого, что обеспечивает надежность и устойчивость системы здравоохранения.

Результаты логистического исследования и предлагаемые модели менеджмента системами общественного здоровья и здравоохранения требуют не только описания расчетов и прогнозов, но и отработки действующих моделей на пилотных площадках, в ходе которой возможно выявление дополнительных факторов, ранее не учтенных в исследовании либо связанных с изменениями, произошедшими после проведения исследования.

Поэтому внедрение предлагаемых логистических моделей менеджмента на всех этапах, включая работу на пилотных площадках, требует научно-практического сопровождения со стороны менеджеров-логистиков, принимавших участие в разработках, и способных к проведению этапного анализа хода внедрения и внесению коррективов по ходу внедрения.

6. Оценка эффективности и результативности логистических исследований.

Оценка эффективности и результативности исследований — это систематический анализ уместности, адекватности, продвижения, успеха, эффективности и влияния предполагаемых или уже осуществленных вмешательств. Она включает в себя изучение промежуточных (этапных), краткосрочных и долгосрочных результатов вмешательств на основе мониторинга здоровья, спектра и объемов оказания соответствующих медицинских услуг и должна опираться на теоретические и практические исследования.

При проведении оценки эффективности вмешательств могут применяться используемые ВОЗ подходы, основанные на изучении динамики здоровья населения и его отдельных групп с учетом доли влияния системы здравоохранения, отзывчивости этой системы в плане доступности и качества медицинской помощи, соответствия ожиданиям пациентов, бремени финансовых расходов государства и граждан и др. Вместе с тем достаточно широко могут использоваться показатели деятельности здравоохранения, принятые и используемые в практике работы медицинских организаций, например, показатели ресурсного обеспечения, объемов оказания медицинской помощи и т.д., а также специально разработанные критерии и индикаторы деятельности. Оценка может проводиться как с учетом общих затрат, так и по отдельным направлениям деятельности.

В оценке эффективности и результативности внедряемых решений и моделей существенное участие должны принимать заинтересованные организации и специалистами в пределах компетенции, профессиональное экспертное сообщество, а также потребители медицинских услуг, так как наличие обратной связи в виде информации о степени удовлетворенности доступностью, качеством и стоимостью медицинских услуг со стороны заказчиков, посредников и потребителей крайне важно для оценки проведенных вмешательств.

Изучение удовлетворенности заказчиков и потребителей медицинских услуг их объемом, своевременностью и полнотой оказания, эффективностью и результативностью, комфортностью и безопасностью предоставления возможно при проведении социологического мониторинга, позволяющего наблюдать в развитии взаимоотношения в системе заказчик — посредник — производитель — потребитель медицинской помощи, оценивать, оперативно выявлять изменения и своевременно вносить коррективы по управлению указанным процессом.





Таким образом, логистика — это современная научно-практическая основа системного менеджмента, которая позволяет разрабатывать эффективные подходы к управлению здравоохранением как слож-

ной социально-экономической системой с учетом многоаспектности и ответственности деятельности отрасли, влияния на нее других государственных и общественных систем.



Литература

1. Аникин Б.А., Родкина Т.А. Логистика: Учебное пособие//Ред.: Б.А. Аникин, Т.А. Родкина. — М.: Проспект, 2008. — 408 с.
2. Бердугин В.А. Элементы логистического подхода в управлении медицинским учреждением//Автореф. дис....канд. мед. наук. — М., 2009. — 22 с.
3. Борисова В.В., Афанасенко Д.И. Понятие, сущность и классификация логистических исследований//Вестник Томского государственного университета. — 2008. — № 317. — С. 161–164.
4. Гаджинский А.М. Логистика: учебник. — 12 изд., перераб. и доп. — М.: Дашков и К, 2006. — 432 с.
5. Долгов А.П. О концептуальных подходах к управлению логистическими процессами//Проблемы современной экономики. — 2004. — № 1–2. — С. 73–77.
6. Жаворонков Е.П. Развитие интеграционной культуры логистических систем здравоохранения [Электронный ресурс]//Медицина и образование в Сибири: электронный научный журнал. — 2011. — № 2. — Режим доступа: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=475.
7. Зеленская Т.М. Логистика системы здравоохранения в условиях медицинского страхования//Автореф. дис. ... канд. экон.наук. — СПб, 1997. — 223 с.
8. Мищенко А.В. Методы управления инвестициями в логистических системах. Учеб. пособие. — М.: ИНФРА-М, 2012. — 363 с.
9. Михайлов А.Н., Абельская А.С. Маркетинг и логистика в здравоохранении и экономическая целесообразность в лучевой диагностике//Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2012. — № 3. — С. 24–27.
10. Посилкіна О.В., Хромих А.Г. Актуальність впровадження інтегрованої логістики в фармації//Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. — 2011. — № 5 (19). — С. 37–42.

UDC 614.2

Vyalkov A.I., Skvirskaya G.P. *Logistics research in healthcare management. The principles and implementation road maps* (National Scientific Research Institute of Public Health and Health care Management after I.M. Sechenov First Moscow State Medical University)

Abstract. Logistics research in the medical management is a modern approach to health management that combines the use of traditional management techniques (analytical, statistical, sociological and other) General economic, market and other modern methods, with modeling of processes and their possible outcomes. Implementation of the logistics research in the theory and practice of health management is especially important in the development and implementation of road maps in the period of formation of market economy and the associated transformation of the health system.

Keywords: logistics, health management, paradigms and algorithms logistics research roadmap.



Н.В. Данилова,

к.м.н., ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия,
danilova@mednet.ru

УСЛОВИЯ И УЧЕТ ФАКТОРОВ ВЛИЯНИЯ НА УРОВЕНЬ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

УДК 614.2

Данилова Н.В. *Условия и учет факторов влияния на уровень обеспеченности населения медицинскими работниками* (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Обеспечение системы здравоохранения кадрами медицинских работников определяется согласно методике потребности во врачебном персонале с соблюдением ряда требований расчета. Для уточнения показателей по разным территориям страны на основании проведенного в исследовании анализа плотности заселения и транспортной доступности в регионах предлагается учитывать эти условия в виде корректирующих и предупреждающих поправок к установленной прогностической величине.

Ключевые слова: обеспеченность врачебными кадрами, плотность населения, территориальная доступность, типология региона.

Система здравоохранения функционирует и совершенствуется в развитых странах по основному базовому принципу — доступность медицинской помощи для всех граждан. Одним из факторов ее достижения является уровень обеспеченности медицинскими кадрами. Сегодня среди субъектов Российской Федерации наблюдается дисбаланс (вдвое и более) по величине этого показателя среди врачей. При параметре числа физических лиц по всем учитываемым в действующей номенклатуре врачебным специальностям, условно принятом в стране как средняя величина обеспеченности — 41,0 на 10 тыс. населения, результат полученных количественных рейтингов свидетельствует о наличии групп территорий (31,0%) как с высокими (42–57), так и низкими (30–25 на 10 тыс. населения) интервальными значениями.

Межсубъектовая непропорциональность кадрового потенциала, на первый взгляд, не обусловлена географической характеристикой региона. Вместе с тем известно, что анализ одного из ее критериев — показателя плотности населения — имеет немаловажное значение при типизации (дифференцировании) территорий по выполняемым в них видам экономической деятельности, к которым относится и сфера здравоохранения. Разная степень пространственной концентрации населения создает различные условия для всего образа жизни людей, их взаимоотношений с социумом, в том числе для реализации медицинских и социальных функций.

© Н.В. Данилова, 2015 г.



Оценка сопряженности отношений население — территория является одной из составляющих научного и практического изучения такого раздела здравоохранения, как определение баланса и прогнозирования потребности в медицинских работниках, спроса на них в целях лучшей доступности услуг здравоохранения и, следовательно, большей их эффективности и рациональности деятельности. Практически всем странам мира трудно обеспечить адекватное распределение имеющихся медицинских работников. На третьем глобальном форуме по кадровым ресурсам здравоохранения (10–13 ноября 2013 г., Ресифи, Бразилия) озвучен факт нехватки в современном мире медицинских работников в объеме более 7 млн. человек, что угрожает серьезными последствиями для здоровья миллиардов людей в разных странах [1].

В связи со сложившейся ситуацией в мае 2010 года был принят Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, на основе которого разрабатываются принципы мониторинга его выполнения и активизации усилий в области планирования кадров здравоохранения [2]. Сформированы рекомендации по политике улучшения доступности медицинских работников в сельских и отдаленных районах, предложения по активизации их удержания на рабочих местах. Ряд из предлагаемых подходов [3] вполне пригоден и давно используется в российских условиях, включая: оценку соотношения числа медицинских работников и численности населения; исследование выполнения целевых показателей при оказании медицинской помощи; изучение спроса на медицинские услуги; определение нуждаемости в медицинском персонале на основе нагрузки, приходящейся на одного работника.

Среди рекомендаций по восполнению численности медицинского персонала в числе других на форуме отмечено, что в странах с недостаточным количеством этих ресурсов

необходимо достичь большей уравновешенности в их географическом распределении. Решение такой задачи, несомненно, актуально и для российского здравоохранения.

Целью исследования явилось изучение обеспеченности врачебными кадрами субъектов Российской Федерации во взаимосвязи с величиной плотности проживающего на территориях населения.

Приблизиться к достижению благополучия в вопросе обеспеченности населения медицинскими кадрами может способствовать в том числе знание современных тенденций расселения населения в регионах России.

Для получения характеристик расселения по отдельным регионам страны использованы параметры физической плотности населения (число человек на 1 кв. км), рассчитанные для каждого федерального субъекта, входящего в соответствующий округ. В России, как и в других странах, имеются существенные различия между показателями средней плотности населения на территориях федеральных округов. Самая высокая плотность размещения выявлена в Северо-Западном (328,83), самая низкая — в Дальневосточном федеральном округе (ФО) — 3,09 чел. на кв. км.

При ранжировании регионов в соответствии с таблицей распределения показателей плотности по группам [4] высокая плотность населения (свыше 100,1 чел. на кв. км.) выявлена в Северо-Западном и Центральном (при средней ее величине, равной, соответственно, 328,83 и 297,66). Уровню до 100,1 соответствует Северо-Кавказский ФО (при средней плотности в регионе — 72,29). Плотность населения (до 50,1) характеризует Южный и Приволжский ФО (при средней величине плотности, равной 36,44 и 35,04). Соответственно низкие показатели (ниже 30,1) установлены — в Уральском регионе (при средней плотности — 14,39) и до 10,1 — Сибирском и Дальневосточном ФО при средней плотности — 6,99 и 3,09 чел. на кв. км. (таблица 1).

Обращает внимание, что доля проживающего населения в регионах с его достаточно





Таблица 1

Распределение федеральных округов (ФО) по плотности населения (2013 г.)

ФО по плотности населения (чел. на кв. км.)	Число ФО в группе	Доля численности проживающего в ФО населения, %	Средняя плотность населения по группам ФО (чел. на кв. км.)
До 10	2	17,9	5,04
10,1–30,0	1	8,5	14,39
30,1–50,0	2	30,5	35,74
50,1–70,0	–	–	–
70,1–100,0	1	6,6	72,29
Свыше 100,1	2	36,5	313,2

высокой плотностью (от 70,1 и выше) — наибольшая (43,1%), с низким показателем (до 30,1 и ниже) — наименьшая (26,4%). В этот период (2013 г.) по Российской Федерации в целом средняя плотность составила 8,4 чел. на кв. км.

Изучение отдельных территорий субъектов Российской Федерации выявило более существенные различия (таблица 2).

Так, треть (31,3%) из всех российских субъектов имеет низкую плотность населения, причем по произведенным расчетам, средний ее параметр составляет в них 3,0 чел./кв. км., что ниже общероссийского показателя. Превышающая общероссийскую по плотности населения величина (до 30,1) имеет место в 26,5% федеральных субъектах при среднем показателе 20,0, а до 50,1 — на 22,9% территорий со средней плотностью по группе 35,0 чел./кв. км. Плотность до 70,1 обнаружена в 12,0% (средний ее размер — 55,9), от 70,1 до 100 чел./кв. км. и выше — только в 7,3% из всех субъектов РФ (при среднем параметре, равном 1416, 5 чел./кв. км.).

Из 26 субъектов РФ с самой низкой плотностью населения 16 (61,5 %) находятся в Сибирском и Дальневосточном ФО при равнозначном их числе в каждом округе, 23,1% — в Северо-Западном, 11,5% — в Уральском ФО и в Республике Калмыкия, относящейся к Южному региону. Свыше половины российских субъектов (52,6%)

с показателями плотности условно среднего уровня (до 50,1) находятся в Центральном, до 70,1 — преобладают в Приволжском ФО (треть территорий). Более высокая плотность населения (до 100,1) имеется в трех республиках Южного ФО, максимальная (свыше 100 чел./кв. км.) — приходится в России только на 3 федеральных субъекта, из которых 2 находятся в Центральном (г. Москва, Московская область), 1 — в Северо-Западном ФО (г. Санкт-Петербург).

Несмотря на утвердившееся и признанное многими специалистами положение о существующей взаимосвязи между показателем плотности проживающего населения (преимущественно скалярной величиной) и численностью работающих на этих территориях врачей (как правило, векторным показателем), вопрос доказательности такой сопряженности представляет интерес и значимость в перспективе конкретизации расчетов по нуждаемости населения в медицинской помощи.

Нами проведено исследование оценки различий в средних тенденциях зависимости между показателем плотности населения, проживающего в каждом федеральном субъекте, и уровнем обеспеченности этих территорий врачами. Показатель обеспеченности врачами рассматривался для усредненной и ранее рекомендуемой в российских условиях величины (41,0 на 10 тыс. населения), то есть по факту ее альтернативных (бинарных) различий в сторону превышения



Таблица 2

Распределение субъектов РФ в зависимости от характера плотности населения (человек на кв. км), 2013 г.

Число территорий	Перечень субъектов Российской Федерации в группах
Субъекты РФ с плотностью населения до 10 чел. на кв. км.	
26	Вологодская, Мурманская, Архангельская, Иркутская, Томская, Тюменская, Сахалинская, Амурская, Магаданская области, Республики Карелия, Калмыкия, Коми, Хакасия, Бурятия, Алтай, Тыва, Саха (Якутия), Еврейская АО, Ненецкий, Ямало-Ненецкий, Ханты-Мансийский, Чукотский АО, Забайкальский, Красноярский, Хабаровский, Камчатский край
Субъекты РФ с плотностью населения 10,1–30 чел. на кв. км.	
22	Рязанская, Смоленская, Тверская, Костромская, Ленинградская, Псковская, Новгородская, Саратовская, Оренбургская, Кировская, Кемеровская, Новосибирская, Омская, Свердловская, Курганская, Волгоградская, Астраханская области, Республики Марий-Эл, Башкортостан, Пермский, Алтайский, Приморский край
Субъекты РФ с плотностью населения 30,1–50 чел. на кв. км.	
19	Владимирская, Липецкая, Воронежская, Ивановская, Курская, Брянская, Ярославская, Калужская, Орловская, Тамбовская, Нижегородская, Ульяновская, Пензенская, Челябинская, Ростовская области, Республики Мордовия, Удмуртия, Карачаево-Черкесия, Ставропольский край
Субъекты РФ с плотностью населения 50,1–70 чел. на кв. км.	
10	Тульская, Белгородская, Калининградская, Самарская области, Республики Чувашия, Татарстан, Кабардино-Балкария, Дагестан, Адыгея, Краснодарский край
Субъекты РФ с плотностью населения 70,1–100 чел. на кв. км.	
3	Республики Ингушетия, Чеченская, Северная Осетия-Алания
Субъекты РФ с плотностью населения свыше 100 чел. на кв. км.	
3	Москва, Московская область, Санкт-Петербург

или уменьшения при сравнении с рядом сгруппированных по описанным диапазонам параметров плотности населения.

Использован расчет непараметрического критерия оценки значимости различий ($p\lambda$), предложенный А.Н. Колмогоровым и А.Н. Смирновым [5]. При расчете максимальный модуль разности накопленных в наблюдении частот составил 34,4%, λ — 1,562, соответственно при $p\lambda = 0,01$ (для двустороннего критерия), то есть различия в зависимости плотности населения и средних тенденций обеспеченности врачами в российских субъектах являются статистически значимыми.

На основе имеющихся и расчетных данных получены некоторые обобщения. Прежде всего во всех группах с разной плотностью населения имеются территории как

с высокими, так и низкими (в том числе и малыми параметрами обеспеченности врачами). Однако при самых низких величинах плотности населения доминируют (почти в 70% из них) территории с более высокими показателями обеспеченности врачами (от 42,9 до 49,6, при 71,5 на 10 тыс. населения в Чукотском АО).

При росте густоты заселения увеличивается число российских субъектов с обеспеченностью территориального населения врачами ниже пороговой величины. При показателе от 10,1 до 30,0 их доля уже составляет 63,6%, от 30,1 до 50,0 чел./кв. км. — 68,4%.

Взаимосвязь показателя плотности заселения (по группам) и сложившейся обеспеченности врачами была более наглядной на территориях с самыми низкими и макси-





Таблица 3

Число субъектов, входящих в федеральные округа Российской Федерации с разным уровнем обеспеченности населения врачами (на 10 тыс. населения)

Территориальные субъекты по плотности населения (чел./на кв. км.)	Число федеральных субъектов с разной обеспеченностью врачами (при пороговой величине 41,0)		Средняя (М) плотность населения в федеральных субъектах с разной обеспеченностью врачами	
	Выше пороговой	Ниже пороговой	Выше пороговой	Ниже пороговой
До 10	18	8	2,42	4,57
10,1–30	8	14	19,87	18,12
30,1–50,0	6	13	38,25	38,57
50,1–70,0	2	8	64,19	61,04
70,1–100,0	1	2	89,19	90,27
Свыше 100,0	2	1	4034,59	159,88

мально высокими (для России) параметрами. Действительно, именно в таких регионах актуализируется принцип использования корректирующих коэффициентов при расчете потребности в медицинских специалистах, когда их величина должна корреспондироваться с величиной плотности заселения.

Для остальных групп, несмотря на различия в численности врачебных кадров, было характерно внутригрупповое «сглаживание» различий между величинами плотности населения — таблица 3.

Вместе с тем при персонифицированном аналитическом сопоставлении данных по каждому из этих субъектов Российской Федерации установлено, что в некоторых из них регистрировались несопряженные («выскакивающие») параметры обеспеченности врачами территориального населения.

Принимая во внимание, что именно данный аспект представлял наибольший интерес, была осуществлена попытка по уточнению, всегда ли связано изменение в одном явлении со сдвигами в другом, то есть имеется ли корреляция и насколько она близка к функциональной связи.

Для выяснения проведен корреляционный анализ между фактором, оказывающим влияние на обеспечение населения врачами (плотность населения территории в федеральных субъектах) и сложившимися сегодня фак-

тическими показателями обеспеченности специалистами высшего звена, дифференцированными по двум признакам.

В итоге установлена прямая возможность (зависимость) такой связи, но в настоящий период (2013 год) с очень слабой выраженностью (0,2), то есть при $r < 0,3$.

Зафиксирован заметный дисбаланс в соотношениях изученных показателей между отдельными субъектами. Например, при близких по плотности населения показателях (в среднем 32,32) в Ярославской, Калужской, Орловской, Тамбовской, Рязанской областях (Центральный ФО) уровень обеспеченности населения врачами составил от 49,1 до 29,7 на 10 тыс. чел. территориального населения. В Южном регионе на фоне средней плотности в субъектах ФО, равной почти 90 чел./кв. км., обеспеченность врачами составила от 62,7 (Северная Осетия-Алания) до 26,1 (Чеченская республика), в Ставропольском крае (плотность населения до 50,0) число врачей на 10 тыс. чел. населения — 32,2.

Несомненно, на величину показателя обеспеченности населения врачами оказывают влияние другие, более значимые факторы, между которыми причинно-следственные связи гораздо сложнее для их гармонизации. Так, возможно, в ряде территорий не внедрен в практику расчет численности врачей в соответствии с методикой определения потребно-



сти в кадрах (Приказ Минздрава России «О методике расчета потребности во врачебных кадрах» от 26 июня 2014 г. № 322). В методике предложены коэффициенты (0,95–1,2), дифференцированно учитывающие, помимо других критериев, величину плотности населения в субъекте Федерации.

Полученные нами данные свидетельствуют, что для территорий *как с наиболее высокой, так и очень низкой плотностью заселения* жителями корректирующая регуляция численности медицинских работников при планировании кадровой политики стратегически наиболее актуальна. При этом величина коэффициента именно для таких регионов может быть *равнозначной* вплоть до улучшения и последующего поддержания уровня расселения.

Кроме того, необходимо учитывать фактическую ситуацию в регионах, когда основные трудности и препятствия в плановом достижении целевых ориентиров обеспеченности врачами заключаются преимущественно в отсутствии или слабости реальных финансовых, жилищно-бытовых и иных факторов мотивации привлечения специалистов к работе на территориях. Нельзя исключить выявленный (за 2012–2014 гг.) факт недостаточной активности ряда территориальных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения по продвижению эффективных мер и действий («дорожных карт») в выполнении региональных программ по развитию медицинских кадров.

Тем не менее, определенные условия для формирования позитивных сдвигов в кадровой ситуации в перспективе пролонгируются и даже улучшаются. В 2015 году предусмотрена единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн. рублей врачам в возрасте до 45 лет (!), прибывшим работать в сельский населенный пункт или рабочий поселок (ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» от 01.12.2014 № 418-ФЗ).

В настоящее время деятельность органов исполнительной власти каждого субъекта Российской Федерации осуществляется в совокупности социально-экономического развития территории и институциональных изменений в разных сферах, в том числе системе здравоохранения [6]. С этой целью предлагается расчет диапазона различий между регионами, построенный на количественных рейтингах приоритетных показателей.

Показано, что реальную долю вклада в территориально-экономический и социальный статус регионов вносит состояние транспортной системы как ведущего средства сообщения внутри и между территориями [7].

В разрезе федеральных округов она представлена уровнем густоты железнодорожной сети и автомобильных дорог [8], учет которой необходим при типизации территорий, выявлении асимметрии в их развитии наряду с рейтингами плотности населения. Эти виды транспорта (и особенно автомобильного) являются дополняющими и развивающими показатели плотности населения, безусловно, влияя как на экономическое, так и на медико-социальное развитие регионов, в том числе численность и качественный состав медицинских работников.

Вся российская территория условно подразделяется на группы с высокой (35), низкой — 31 и средней плотностью (густотой) транспортной сети — 17 [9]. Для улучшения доступности медицинской помощи особую значимость имеет густота автомобильных дорог. Наибольший ее уровень (640–240 км и более на 1000 кв. км. территории) регистрируется в 11 субъектах РФ Центрального и Южного, наименьший (менее 60 км) — в регионах Сибирского (8), Северо-Западного (5) и Дальневосточного ФО (5).

В разрезе субъектов РФ с очень высокой густотой автодорог выделяются республики Чувашия, Северная Осетия, Кабардино-Балкарская, Татарстан, Ингушетия. Например, Чувашия занимает первое место в Приволжском ФО и 5-е — в стране, Северная Осе-





тия — 2-е место на территории ЮФО и 4-е место в России. Вместе с тем обеспеченность врачами этих территорий различается почти вдвое: Северная Осетия — 62,7, Чувашия — 44,5, Кабардино-Балкария — 39,2, Ингушетия — 37,9, Татарстан — 34,5 на 10 тыс. населения. То есть фактически в настоящее время численность врачебных кадров напрямую не связана с обеспеченностью территорий ведущими видами транспорта. Вместе с тем такие компоненты (в качестве показателей, индексов) закладываются в основу моделей медико-социальной и экономической системы, сгруппированные по конкретным сферам деятельности [10].

На совещании в Белгородской области (2014 г.) министр здравоохранения В.И. Скворцова отметила, что структуру регионального здравоохранения (и, следовательно, кадровую) нужно прорабатывать с каждым регионом. Региональные программы при этом должны быть разными, учитывающими плотность населения, особенности территорий, их транспортную инфраструктуру и расположение. Первичная помощь шаговой доступности может находиться на дистанции не более двадцати—двадцати пяти километров от места, в котором проживает пациент.

В данном контексте спектр факторов, учитываемых при определении территориальной потребности в медицинских кадрах, расширяется. Однако целесообразность такого подхода не усложняет предложенной и уже применяемой на практике расчетной стратегии (согласно методике расчета потребности

во врачебных кадрах). Напротив, с помощью дополнительных корректирующих действий, адаптирующих параметры под свои условия, устраняется риск дублирования управления медицинскими кадрами в разных регионах. Градацию интегральных индексов по регулируемым факторам влияния можно устанавливать каждой территорией на основании собственной оценки.

Выводы

Методика расчета потребности во врачебных кадрах является одним из необходимых элементов «дорожной карты» по реализации политики в сфере здравоохранения. На уровне региона и субъектов Российской Федерации осуществляется расчет необходимого объема кадровых ресурсов, проводится внутренний аудит на соответствие расчетным показателям, разрабатывается план перехода к сглаживанию (в идеале — устранению) расхождений между существующей ситуацией и необходимыми требованиями.

Учет территориальных особенностей (состояние плотности населения, развитие транспортной сети) обеспечивает инструментарием для принятия решений. В нем объединяются аналитические положения и варианты для уточнения информации о необходимых кадровых ресурсах. Детализация характеристики каждой территории позволяет уточнить ее собственную типологию, дифференцировать типы регионов в соответствии с особенностями организации обеспечения медицинскими кадрами.



Литература

1. Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения. — Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2010. — электронный ресурс: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdffiles/WHA63/A63R16-ru.pdf> (Документационный центр ВОЗ, информационный бюллетень, май 2013).
2. Третий глобальный форум по кадровым ресурсам здравоохранения «Кадровые ресурсы здравоохранения: основа для обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами и повестка дня в области развития на период после 2015 года»: http://www.who.int/topics/health_workforce/ru (Документационный центр ВОЗ, информационный бюллетень, сентябрь 2014).



3. Dussault G., Buchan J., Sermeus W., Padaiga Z. Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения Сайт Европейского регионального бюро ВОЗ//Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2010. — 44 с.: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/133038/e94295R.pdf (Документационный центр ВОЗ, информационный бюллетень, май 2013).
4. Основные разделы географии населения [Интернет]. URL:http://big-archive.ru/geography/geography_of_the_USSR/13.php (дата обращения 24.10.2014).
5. Плохинский Н.А. Биометрия. — М., 1970.
6. Анохин Е. Оценка российских территорий в системе государственного управления//Проблемы теории и практики управления. — 2013. — № 4 [Интернет]. URL: <http://www.uptr.ru/articles/regionalnoe-razvitiie/393/> (Дата обращения 09.12.2014).
7. Бутенко Я. Муниципальные образования региона: расчет уровня асимметрии// Проблемы теории и практики управления. — 2008. — № 12. — С. 46–52.
8. Транспорт и связь в России-2012. — М.: Федеральная служба государственной статистики, 2012.
9. Социология и экономика современной социальной реальности. Социальная и социально-политическая ситуация в России в 2013 году//Под ред. Г.В. Осипова и Г.И. Осадчей. — М.: ИСПИ РАН, 2014.— С. 199–203.
10. Осипов Г.В. Введение в социологическую науку. — М., 2010. — С. 39–40.

UDC 614.2

Danilova N.V. *Conditions and accounting of factors affecting the level of provision of medical employees serving the public* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health Development of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. Provision of healthcare system with medical employees personnel is conducted in accordance with demand in medical staff methodology. To clarify the indicators in different parts of the country it was suggested to factor housing and transport convenience conditions in regions. There are amendments developed to the established forecast capacity.

Keywords: provision with medical employees personnel, density of population, territorial convenience, region's typology.

Здравоохранение-2015



В 2014 ГОДУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЕЙ БЫЛО ОХВАЧЕНО 22 МЛН. ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ И ПОЧТИ 18 МЛН. ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Об этом сообщил премьер-министр Дмитрий Медведев, выступая на совещании с вице-премьерами. «Поскольку в России изменилась технологическая база здравоохранения, то сегодня к диспансеризации нужно подходить более целенаправленно — в диспансеризацию включены те исследования, которые позволяют на ранних стадиях выявить серьезные заболевания, прежде всего заболевания системы кровообращения и онкологические заболевания, на которые приходится основная доля преждевременной смертности в нашей стране», — отметила на совещании вице-премьер Ольга Голодец. Она выразила надежду, что в этом году диспансеризация не просто продолжится столь же масштабно, как это было в прошлом году, но благодаря тем новшествам, которые нацелены именно на выявление заболевания на ранних стадиях, можно будет достичь совершенно иного результата в эффективности проведения диспансеризации.

Источник: Медвестник



Е.О. Родионов,

адъюнкт при кафедре военно-медицинского снабжения и фармации, evgeni_rodionov@mail.ru

Ю.В. Мирошниченко,

д.фарм.н., профессор, заведующий кафедрой военно-медицинского снабжения и фармации, главный провизор Министерства обороны Российской Федерации

С.А. Бунин,

д.фарм.н., доцент, заместитель начальника Военно-медицинской академии

А.А. Ефремов,

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

И.В. Трошко,

к.м.н., старший преподаватель кафедры организации и тактики медицинской службы, 500o@mail.ru

О.З. Мустаев,

к.б.н., доцент кафедры военно-медицинского снабжения и фармации, mustaev_o@mail.ru
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ИМУЩЕСТВОМ ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ И СОЕДИНЕНИЙ, ДИСЛОЦИРУЮЩИХСЯ ЗА ПРЕДЕЛАМИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 615.1

Родионов Е.О., Мирошниченко Ю.В., Бунин С.А., Ефремов А.А., Трошко И.В., Мустаев О.З. Особенности обеспечения медицинским имуществом воинских частей и соединений, дислоцирующихся за пределами Российской Федерации (Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация. Проведен анализ порядка обеспечения медицинским имуществом воинских частей, дислоцирующихся за пределами Российской Федерации. Выявлены особенности и сформулированы предложения по реализации своевременного и бесперебойного обеспечения медицинским имуществом воинских частей и соединений, выполняющих задачи за пределами РФ.

Ключевые слова: обеспечение медицинским имуществом, воинский пропуск, провоз материальных средств, организация транспортировки, нормативно-правовая база.

Введение

Воинские формирования Вооруженных Сил РФ (далее — ВС РФ), несущие службу за пределами страны, являются объектами повышенного внимания и требуют преимущественного обеспечения всеми видами материальных средств.

Особенности обеспечения медицинским имуществом (далее — МИ) воинских частей и соединений, дислоцирующихся за пределами Российской Федерации (далее — воинских частей), обусловлены вынужденным



пересечением государственной и таможенной границ Российской Федерации. Порядок провоза материальных средств через границу РФ регулируется законодательством участвующих в отношениях стран, а также нормативно-правовыми актами, определяющими особенности таможенного контроля и нахождения вооруженных формирований России на территории иностранных государств [1]. Кроме того, особенности мероприятий по провозу МИ для нужд Министерства обороны через границу РФ регулируются ведомственными документами. Однако, несмотря на широкий перечень руководящих документов, регламентирующих рассматриваемые вопросы, существуют определенные пробелы правового регулирования обеспечения воинских частей МИ.

Цель исследования

Провести анализ порядка обеспечения медицинским имуществом воинских частей, дислоцирующихся за пределами Российской Федерации.

Материалы и методы

Использованы методы правового анализа. Проанализированы нормативно-правовые акты и руководящие документы, регулирующие вопросы организации обеспечения медицинским имуществом воинских частей, дислоцирующихся за пределами Российской Федерации, а также порядок их исполнения на практике.

Результаты и их обсуждение

В ходе проведения анализа деятельности подразделений медицинского снабжения по обеспечению МИ воинских частей был выявлен ряд факторов, оказывающих негативное влияние на качество подвоза МИ. Наиболее значимыми из указанных факторов следует выделить:

— порядок оформления воинского пропуска (далее — ВП) для провоза МИ через границу РФ;

— неполное отражение в нормативно-правовой документации вопросов провоза МИ через границу РФ.

МИ как товар, перемещаемый через границу в интересах воинских частей РФ, дислоцированных за пределами территории страны, попадает под действие «специального таможенного режима», в соответствии с которым подлежит таможенному оформлению в порядке, определяемом Федеральной таможенной службой, по представлению в качестве таможенной декларации ВП [5].

Порядок оформления ВП для провоза материальных средств через границу РФ пришел на смену порядку оформления материальных пропусков в 2010 г. Материальные пропуска оформлялись воинскими частями, находящимися на территории РФ в небольшом отдалении от органов снабжения и наделенными соответствующими функциями, на вывоз имущества из РФ и самими воинскими частями, дислоцируемыми за пределами РФ, на ввоз имущества в РФ. Процедура оформления материальных пропусков занимала от нескольких минут до нескольких часов, не создавая продолжительного разрыва в мероприятиях подвоза МИ воинским частям.

Согласно установленному действующей нормативно-правовой базой порядку получения ВП, должностные лица, которым представлено право его выдачи (заместитель командующего военного округа по материально-техническому обеспечению), находятся на значительном удалении от воинской части, что существенно увеличивает время получения ВП.

Необходимо отметить, что обеспечение МИ воинских частей имеет ряд особенностей, отличающих его от снабжения ВС РФ другими видами материальных средств [2]. Так, например, время, затраченное на проведение мероприятий по подготовке МИ к транспортировке (упаковка, пакетирование и маркировка), может превышать аналогичные показатели по подготовке других материальных средств в несколько раз. Наряду с этим, полная грузоподъемность транспорт-





ных средств используется только при перевозке сжатых медицинских газов. Однако универсальность порядка оформления ВП вынуждает организовывать процесс транспортировки МИ в воинские части в рамках общих правил, что в результате негативно отражается на обеспеченности МИ данных воинских формирований.

Транспортировка МИ для нужд Министерства обороны на уровне подразделений войскового звена медицинской службы характеризуется небольшим по весу и объему, но достаточным по номенклатуре количеством имущества. Для подвоза МИ в войсковом звене используется, как правило, большегрузный автомобильный транспорт (грузоподъемностью 7–10 т). При планировании перевозок большее внимание уделяется рациональному использованию транспортных средств, имеющему целью одновременный подвоз максимального количества имущества, что вызывает необходимость группировки и увеличения объема лекарственных средств и медицинских изделий и не всегда отвечает специфике и принципам работы органов снабжения МИ. Кроме того, данные обстоятельства приводят к отсутствию возможности корректировки календарного периода получения МИ. Так, например, не учитывается необходимость получения незапланированных лекарственных средств для осуществления медицинской службой профилактических мероприятий, связанных с проявлением сезонной вспышки заболеваемости в воинских частях.

Истребование ВП производится воинской частью на основании первичных учетных документов (нарядов, накладных). Данные по виду и объему перевозимых материальных средств из представленных документов заносятся в бланк ВП утвержденной формы с указанием веса и количества мест перевозимого имущества. Специфика выдачи МИ органами снабжения заключается в обособленной возможности изменения номенклатурных позиций, планируемых к отпуску

лекарственных средств и медицинских изделий от фактически отпущенных. Таким образом может возникнуть разногласие между показателями заявленного по ВП МИ и фактически полученных лекарственных средств и медицинских изделий.

Процесс провоза материальных средств через таможенную границу РФ связан с проведением ряда продолжительных мероприятий по истребованию, получению, использованию ВП, а также документального оформления отчетности о его использовании. Оказание медицинской помощи на различных этапах медицинской эвакуации войскового звена зачастую связано с необходимостью осуществления оперативной централизованной или децентрализованной поставки конкретных наименований МИ. Основные принципы оформления ВП не позволяют удовлетворить данные требования в кратчайшие сроки, что сказывается на своевременности и соответственно качестве оказываемых мероприятий по оказанию медицинской помощи.

Для организации транспортировки МИ после получения ВП необходимо выполнить ряд вспомогательных мероприятий по оформлению документов на совершение марша, подготовку личного состава, оформление путевой документации (разрешение на прогон транспортного средства свыше 200 км, разрешение на выездной вооруженный караул, проверка транспортных средств инспекторами Военной автомобильной инспекции и др.). Все вышеуказанные мероприятия взаимосвязаны между собой и требуют дополнительного времени на их осуществление, тем самым увеличивая временной интервал получения МИ [3, 4].

ВП рассчитан на разовый провоз материальных средств через границу РФ и предназначен для предъявления в Государственный таможенный комитет РФ. Какого-либо извещения о приеме документа, его регистрации и исполнении при прохождении таможенных процедур не выдается, что создает трудности при составлении отчетности об использовании



ВП. Выходом из сложившейся ситуации может являться подтверждение факта использования ВП по представлению копии ВП, в которой руководитель воинской части указывает время и реквизиты первичных учетных документов провезенного груза (с приложением копий исполненных первичных учетных документов).

Положения действующей нормативно-правовой базы не в полной мере отображают все аспекты, связанные с порядком провоза МИ для обеспечения воинских частей. К примеру, руководящие документы не раскрывают особенности досмотра МИ при прохождении таможенных процедур с применением средств инспекционно-досмотрового комплекса, в основе которого лежит применение рентгеновского и гамма-излучения. Следует отметить, что некоторые лекарственные средства и медицинские изделия не должны подвергаться воздействию данных видов излучения ввиду риска изменения их качественного состояния, а их проверка с использованием таких комплексов может привести к потере фармакологических и функциональных свойств, а для некоторых и приобретению токсических свойств.

Общий объем документооборота в ходе организации получения и использования ВП представляет собой результат трудоемкого процесса, проводимого воинской частью и органами снабжения МИ. В зависимости от осуществляемых мероприятий этот процесс можно разделить на несколько этапов:

- истребование МИ;
- получение основания на получение МИ (первичные учетные документы);
- истребование ВП;
- получение ВП;
- получение МИ, использование ВП;
- отчет об использовании ВП.

В этой связи движение документов при получении МИ воинской частью представляет собой сложный и многоэтапный процесс, требующий временных и трудовых затрат на его реализацию.

Таким образом, возможным путем решения вышеизложенных проблемных вопросов является внесение изменений и дополнений в нормативно-правовую базу по следующим направлениям:

- 1.** Введение отдельного порядка получения ВП для провоза МИ воинскими частями.
- 2.** Возможность получения отдельных ВП для раздельного провоза небольших партий лекарственных средств и медицинских изделий независимо от загрузки транспорта.
- 3.** Определение порядка досмотра МИ с учетом особенностей лекарственных средств и медицинских изделий без использования технологий, изменяющих их свойства и технические характеристики.
- 4.** Определение требований к оформлению отчета об использовании ВП с указанием порядка визирования и заверения.

Заключение

Для осуществления качественного и бесперебойного обеспечения МИ воинских частей, дислоцирующихся за пределами РФ, необходимо учитывать особенности организации получения и транспортировки лекарственных средств и медицинских изделий. Внесение корректировок и дополнений в нормативно-правовую базу, регламентирующую порядок перемещения в интересах Министерства обороны МИ через границу РФ, позволит в должной мере осуществлять своевременное и бесперебойное обеспечение МИ воинских частей и соединений, выполняющих задачи за пределами РФ.

Литература

- 1.** Соглашение между Российской Федерацией и Республикой Южная Осетия «Об объединенной Российской военной базе на территории Республики Южная Осетия» (г. Москва, 1 апреля 2007 г.).
- 2.** Закон Российской Федерации от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».





3. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 августа 2007 г. № 527 «О порядке ввоза в Российскую Федерацию и вывоза из Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров».
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 12 июня 2008 г. № 449 «О порядке перевозки наркотических средств и психотропных веществ на территории Российской Федерации, а также оформления необходимых для этого документов».
5. Постановление Правительства РФ от 2 сентября 2009 г. № 714 «О требованиях и условиях помещения товаров под специальный таможенный режим перемещения товаров между воинскими частями Российской Федерации, дислоцированными на таможенной территории Российской Федерации и за пределами этой территории».

UDC 615.1

Rodionov E.O., Miroshnichenko Y.V., Bunin S.A., Efremov A.A., Troshko I.V., Mustaev O.Z. *The characteristics of supplying junctions and military units stationed outside the Russian Federation with medical property* (Russian military medical academy of S.M. Kirov, Saint-Petersburg, Russia)

Abstract. It was carried out the analysis of the characteristics of supplying junctions and military units stationed outside the Russian Federation with medical property. There were made some proposals for the implementation of timely and uninterrupted supply with medical property military units performing tasks outside the Russian Federation.

Keywords: supplying with medical property, military permit, transportation of tangible assets, organization of transportation, legal framework.

Здравоохранение-2015



МИНЗДРАВ РОССИИ: В 2015 ГОДУ ДОХОДЫ ФОНДА ОМС ВОЗРАСТУТ НА 32% ПО СРАВНЕНИЮ С 2014 ГОДОМ

Общий объем доходов бюджета Фонда ОМС утвержден на 2015 год в сумме 1632,3 млрд. рублей, на 2016 год — 1706,5 млрд. рублей, на 2017 год — 1804,1 млрд. рублей. Только за 2015 год по сравнению с 2014 годом доходы возрастут на 392,2 млрд. рублей, или на 32%, а в плановый период еще на 172 млрд. рублей (на 11%).

С 2013 года за счет субвенций территориальные программы ОМС в рамках базовой программы ОМС впервые сбалансированы на всей территории Российской Федерации. Рост субвенции в 2015 году по сравнению с 2014 годом составит 240 млрд. рублей, или 20,4%, а ее размер достигнет 1414,2 млрд. рублей. На 2016 год субвенция утверждена в размере 1494,0 млрд. рублей (на 6% больше предыдущего года), в 2017 году — 1667,6 млрд. рублей (на 12% больше). Значительно увеличиваются подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 году 8260,7 рубля, что на 18,7% выше предыдущего года, в 2016 году — 8727,2 рубля (рост на 5,6%), в 2017 году — 9741,2 рубля (рост на 12%). Скорая медицинская помощь с 2015 года будет осуществляться полностью за счет субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС по нормативу 1710,1 рубля за один вызов, что на 202,7 рубля, или на 13,5% превышает уровень 2014 года.

Стоимость одного случая госпитализации в 2015 году составит 22 233,1 рубля, что выше 2014 года на 16%. Увеличится стоимость пациенто-дня в условиях дневного стационара на 6,4% по сравнению с 2014 годом, что позволит обеспечить оказание специализированной медицинской помощи, ранее оказываемой в стационарных условиях.

С 2015 года в систему обязательного медицинского страхования полноценно войдет высокотехнологичная медицинская помощь. На ее оплату в этом году, кроме средств в рамках базовой программы ОМС, будет направлено дополнительно 82,1 млрд. рублей, рост по сравнению в предыдущем году на 60% (51,3 млрд. рублей), в 2016 году — 99,5 млрд. рублей (рост на 21,2%), в 2017 году — 103,5 млрд. рублей (рост на 4%).

Источник: официальный сайт Минздрава России



И.А. Гехт,

д.м.н., профессор кафедры медицинского страхования ИПО Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2

Гехт И.А. О некоторых проблемах функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования (СамГМУ, г. Самара, Россия)

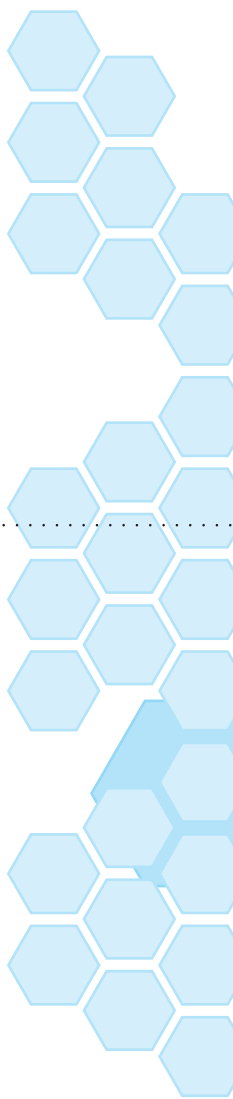
Аннотация. Модернизация системы обязательного медицинского страхования должна предусмотреть более широкое использование резервов страховых медицинских организаций (СМО) с изменением законодательства, устанавливающего определение обязанностей и ответственности застрахованных граждан, участие СМО в оплате медицинской помощи, оказанной за пределами региона, порядок использования собственных средств СМО.

Ключевые слова: страховые медицинские организации, обязательное медицинское страхование, обязанности и ответственность застрахованных граждан.

В последнее время средства массовой информации стали довольно активно публиковать мнения некоторых ученых, чиновников и политических деятелей о реформировании системы здравоохранения в России. Надо признать, что тема эта вечная и злободневная не только для нашей страны. Даже в странах, где показатели здоровья, финансового обеспечения здравоохранения намного лучше, чем у нас, ведется постоянный поиск оптимизации организации медицинской помощи, более эффективного использования ресурсов с выделением наиболее приоритетных направлений развития здравоохранения.

В последнем Послании Президента Федеральному собранию В.В. Путин однозначно определил, что развитие здравоохранения в России должно осуществляться путем модернизации системы обязательного медицинского страхования. Но как это реализовать, если нет единого мнения среди ученых, депутатов, сотрудников министерств? Одни говорят о том, что в нашей системе ОМС не нужны страховые медицинские организации, другие настаивают на ликвидации самостоятельных территориальных фондов, превратившихся в громоздкую надстройку, забирающую на себя некоторые функции органов управления здравоохранением, третьи утверждают, что вообще не нужны ни фонды, ни СМО, достаточно эффективно работающих органов здравоохранения, четко выполняющих утвержденную концепцию.

Интересно, что рациональное зерно есть во всех трех предложениях, основанных на опыте развитых стран, но в рамках одной статьи мы не ста-





вили задачу отразить все плюсы и минусы высказываемых предложений, мы хотели бы обратить внимание лишь на положение, сложившееся с использованием в системе ОМС потенциала страховых медицинских организаций. Нам кажется, что искусственное сужение функций СМО подогревает настроение их противников, утверждающих, что без страховых организаций можно вполне обойтись.

В прошлом году практически во всех регионах страны торжественно отметили 20-летие образования фондов обязательного медицинского страхования. Событие действительно знаковое, но занимаясь юбилейными мероприятиями, не заметили, на наш взгляд, не менее значимую дату — 100-летие введения медицинского страхования в России. А ведь закон 1912 года содержал многие положения, которые не потеряли своей актуальности и сегодня, тем более, что существующий закон об ОМС не содержит ряд весьма важных позиций, которые были введены 100 лет назад.

Например, в страхование тогда входило обеспечение лечившихся в амбулаторных условиях застрахованных граждан медикаментами и даже средствами на организацию диетического питания. Или такая важная деталь, как активная работа больничных касс не только по проверке правильности действий медицинских работников, но и соблюдения застрахованными назначений и рекомендаций врачей, для чего при больничных кассах был создан специальный институт уполномоченных. Почему это актуально сегодня? Да потому, что нынешний закон не предусматривает у застрахованных никаких обязанностей (кроме предъявления полиса) и ответственности.

В Самарской области регистрируется от 15 до 40% повторных госпитализаций по поводу одной и той же патологии в течение 3–6 месяцев, значительная часть которых обусловлена тем, что пациенты не выполняют рекомендации врачей, ведут нездоровый образ жизни, не принимают

противорецидивное лечение, отказываются от радикальных методов лечения и т.д. Страховые организации не могут повлиять на эту ситуацию, они вынуждены оплачивать полностью все госпитализации, если экспертиза не выявила никаких дефектов лечения у медицинских работников.

Чтобы изменить сложившуюся ситуацию, необходимо внести продуманные серьезные изменения в законодательство, предусматривающие в случаях, когда повторное обращение за медицинской помощью явно вызвано несоблюдением рекомендаций врачей, участие в оплате медицинской помощи самих граждан (полностью или частично, или через механизм добровольного страхования).

Пациент, по нашему мнению, должен нести и материальную ответственность в случаях, когда его повторные обращения за медицинской помощью вызваны его необоснованным отказом от радикальных методов лечения, предложенных врачами и официально оформленных с соблюдением прав пациентов на выбор медицинской организации и врачей. Таким образом, СМО будет иметь право в некоторых случаях на отказ в оплате лечения из средств ОМС, при этом они должны занять активную позицию вместе с врачами при разъяснении обязанностей и ответственности застрахованных.

Необходимо усилить роль СМО при проведении экспертной работы в медицинских организациях, особое внимание обратив на вопросы организации медицинской помощи, ее целесообразности. Сейчас, как правило, при экспертизах СМО обращают внимание на правильность проводимого лечения и его оформления в медицинских документах, а на то, показана ли больному была госпитализация или он мог получить помощь амбулаторно, внимание иногда не обращается. Санкции СМО должны распространяться и на медицинские учреждения, виновные из-за дефектов в лечении в том, что пациентов вынуждены госпитализировать, иногда повторно.





Есть целый раздел деятельности в системе ОМС, где СМО вообще не принимают никакого участия: речь идет о межтерриториальных расчетах. Здесь сложилась парадоксальная ситуация. Например, в Самарской области застраховано около 30 тысяч граждан, которые постоянно зарегистрированы в других субъектах России. Большая часть из них прикреплена к поликлиникам для оказания первичной медицинской помощи по месту проживания (регистрации). Госпитализации по экстренным и плановым показаниям осуществляются также в своих регионах или по направлению от них в крупных городах: Москве, Санкт-Петербурге, Нижнем Новгороде, Казани и т.д.. Счета же за оказанную медицинскую помощь присылаются в ТФОМС Самарской области, где после нахождения пациентов в базе данных застрахованных формируется приказ об оплате из средств, выделенных в резерве (нормированный страховой запас). Получается, что СМО не только не принимает участие в оплате медицинской помощи, оказанной своим застрахованным, но и не знает о них, хотя эти объемы помощи входят в территориальную программу ОМС и СМО получает на них средства, которые как неиспользованные возвращаются в ТФОМС, откуда могут попасть в СМО в виде бонуса за экономию.

СМО точно также не знают и о своих застрахованных жителях Самарской области, получивших помощь за ее пределами. Думается, что пришло время изменить порядок оплаты помощи этому контингенту, СМО должны оплачивать медицинскую помощь своим застрахованным, где бы она не оказывалась.

Есть еще один раздел работы в системе ОМС, где участие страховых медицинских организаций было бы весьма полезным. Речь идет о взаиморасчетах между медицинскими организациями. В Самарской области таких взаиморасчетов осуществляется в год на 60–80 млн. рублей (здесь не учтены средства ОМС, которые идут за оплату медицин-

ских услуг, оказываемых в медицинских организациях, не входящих в систему ОМС). Медицинские организации оплачивают в соответствии с заключенными договорами консультации, диагностические услуги, различные медицинские манипуляции, это все вполне соответствует законодательству и утвержденному регламенту оплаты. В то же время при таком порядке не учитываются эти объемы в статистике ОМС (они просто теряются), так как последняя принимает только во внимание принятые и оплаченные счета, которые поступают в СМО и ТФОМС. Во-вторых, эти медицинские услуги выпадают из системы контроля за качеством медицинской помощи (экспертной деятельности). Указанные недостатки могут быть легко устранены, если медицинские организации делегируют право оплаты медицинских услуг другим медицинским организациям из их средств страховым медицинским организациям. При этом облегчится и финансовая отчетность.

Хотелось также видеть более активную роль СМО в формировании территориальных программ и распределении их объемов между СМО и медицинскими организациями. При этом СМО могут рассчитать на свое застрахованное население объемы по всем видам помощи и разработать предложения по их размещению, которые следует представить в соответствующую комиссию. В настоящее время СМО, пассивно получая «задания» по выполнению территориальной программы, оплачивают счета только в рамках плана, при этом отклоненные неоплаченные сверхплановые счета могут по значимости быть более важными, чем оплаченные в рамках плана.

Следует признать, что крупные СМО обладают значительным ресурсным потенциалом, который в системе ОМС в настоящее время никак не используется. Существующее законодательство сдерживает в этом плане страховые организации. По нашему мнению, имела бы большое значение экономическая заинтересованность СМО в рас-





ширении, например, профилактических мероприятий среди своих застрахованных граждан за счет собственных средств при условии, что часть экономии средств ОМС при снижении заболеваемости и связанных с этим уменьшением объемов медицинской помощи (особенно дорогостоящего стационарного лечения) попадет в СМО. Польза от такого подхода будет всем: и системе ОМС, и СМО, и застрахованным гражданам. Не менее важно и участие СМО в работе по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности работающих граждан, потери от которой сопоставимы с долей ВВП, выделяемой на все здравоохранение страны. Экономическая

мотивация СМО в снижении этой заболеваемости также могла бы сыграть свою положительную роль. Кстати, не менее важно экономически заинтересовать и медицинские организации (в частности, врачей) в снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности не только за счет сдерживания в выдаче больничных листов.

Таким образом, страховые медицинские организации при оптимальном использовании их большого потенциала могут сыграть значительную роль в модернизации системы обязательного медицинского страхования России. И это необходимо учитывать при работе над внесением изменений в законодательную базу ОМС.



Литература

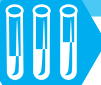
1. Бelyшев И.С. Страхование фабрично-заводских рабочих и служащих в России (1912 г. — февраль 1917 г.)//Дисс. ... к.и.н. — Иваново, 2004. — 231 с.
2. Гришин В.В. Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования)//В.В. Гришин, М.Б. Мирский, Е.И. Данилишина, Н.Н. Блохина, С.Г. Гончарова, В.Ю. Семенов.— М., 1997. — 240 с.
3. Нолькен А.М. Закон об обеспечении рабочих на случай болезни: Практическое руководство. — СПб, 1914. — 325 с.
4. Семенов В.Ю. Научные основы развития обязательного медицинского страхования в процессе реформирования здравоохранения//Автореферат ... дисс. д.м.н. — М., 1996. — 48 с.

UDC 614.2

Geht I.A. On certain issues occurring in medical insurance organizations functioning in the mandatory medical insurance system (Samara State Medical University, Samara, Russia)

Abstract. Modernization of mandatory medical insurance system should imply a broader usage of reserves from medical insurance organizations (MIO). These reserves are interlinked with changes in the legislation, regulating the responsibilities and obligations of insured citizens, commitment of MIO in covering expenses for medical aid, provided outside of the region, the order of utilizing assets of MIO.

Keywords: medical insurance organizations, mandatory medical insurance, responsibilities and obligations of insured citizens.

**А.В. Поликарпов,**

к.м.н., заведующий отделом статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия, stat@mednet.ru

Е.В. Огрызко,

д.м.н., заведующая отделением медицинской статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия, Ogregv@mednet.ru

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШЕ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2010–2013 ГОДЫ

УДК 61:311

Поликарпов А.В., Огрызко Е.В. *Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации за 2010–2013 годы* (ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия)

Аннотация. За последние четыре года (2010–2013 гг.) показатель общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации увеличился на 1%. Согласно официальной статистике отчетности, ведущими заболеваниями были болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезни органов дыхания, но максимальные темпы прироста регистрировались у болезней эндокринной системы и мочеполовой системы.

В то же время показатель первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации увеличился на 4,9%. Ведущими заболеваниями в структуре первичной заболеваемости были болезни органов дыхания, травмы, болезни системы кровообращения.

Ключевые слова: население старше трудоспособного возраста; общая заболеваемость; первичная заболеваемость; структура заболеваемости; динамика.

Актуальность темы

В настоящее время в Российской Федерации, как и в большинстве экономически развитых стран, сложилась ситуация, характеризующаяся увеличением в составе населения абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста [4]. На 1 января 2013 года в Российской Федерации численность населения старше трудоспособного возраста была 32 758 701 человек, что составляет 22,9% населения страны. Процесс постарения населения в первую очередь характерен для Центрального (25,2%), Северо-Западного (24,1%), Южного (24,1%) и Приволжского (23,4%) федеральных округов, где доля лиц старше трудоспособного возраста превышает 22,9%. Максимальная доля пожилых людей отмечалась в Тульской (28,3%), Рязанской (27,7%), Тамбовской (27,3%), Псковской (27,2%) и Тверской (27,0%) областях. В связи с постарением населения возникает необходимость в подробных сведениях по оценке здоровья и потребностей в медицинской помощи лицам пожилого возраста.

Цель: проанализировать динамику общей и первичной заболеваемости пациентов старше трудоспособного возраста в Российской Федерации в 2010–2013 годы.

Динамика показателей общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах Российской Федерации за 2010–2013 гг (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Федеральные округа	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	206 223,5	206 488,7	206 452,7	208 228,9
Центральный ФО	190 090,1	191 668,9	190 921,8	190 183,7
Северо-Западный ФО	229 076,1	233 646,6	237 872,6	238 561,3
Южный ФО	175 452,6	173 755,2	174 919,5	175 830,1
Северо-Кавказский ФО	166 412,0	169 181,7	170 071,3	181 725,3
Приволжский ФО	228 855,6	225 034,8	223 942,7	225 547,7
Уральский ФО	175 244,2	174 411,4	172 548,6	176 364,4
Сибирский ФО	238 606,0	239 349,5	238 365,2	242 526,7
Дальневосточный ФО	188 570,1	191 788,6	193 011,8	194 980,9

Материалы и методы

Для анализа заболеваемости населения старше трудоспособного возраста были использованы годовые отчеты федерального статистического наблюдения по форме № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» [5, 6]. В этих отчетных формах с 2010 года представлены данные о заболеваемости населения старше трудоспособного возраста (мужчины — 60 лет и старше, женщины — 55 лет и старше). Показатели заболеваемости были рассчитаны на численность населения с учетом итогов последней Всероссийской переписи населения (2010 год).

Результаты и обсуждение

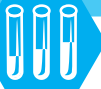
В 2013 году в целом по стране было зарегистрировано 68 901 811 заболеваний у населения старше трудоспособного возраста, что составило 208 228,9 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. Уровень общей заболеваемости по данным обращаемости пожилого населения в амбулаторно-поликлинические учреждения Российской Федерации в динамике за 2010–2013 гг. вырос на 1%.

В 2013 году показатели общей заболеваемости у данного контингента населения выше среднероссийского показателя отмеча-

лись в Сибирском (на 16,5%), Северо-Западном (на 14,6%), Приволжском (на 8,3%) и Южном (на 0,2%) федеральных округах, а в Уральском, Северо-Кавказском, Центральном и Дальневосточном федеральных округах — ниже среднероссийского показателя (на 15,3; 12,7; 8,7 и 6,4%, соответственно) (табл. 1).

В динамике за 2010–2013 годы наблюдалась тенденция роста общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Северо-Кавказском (на 9,2%), Северо-Западном (на 4,1%) Дальневосточном (на 3,4%), Сибирском (на 1,6%), Центральном (на 0,6%). В Уральском (на 0,6%) и Южном (на 0,2%) федеральных округах показатели почти не изменились, а в Приволжском федеральном округе заболеваемость снизилась на 1,5%.

За последние четыре года общая заболеваемость населения пожилого возраста увеличилась в следующих классах: болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 14,2%), симптомы, признаки отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (на 11%), болезни мочеполовой системы (на 5,8%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения,



вовлекающие иммунный механизм (на 4,5%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 4,3%), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 2,9%), болезни органов пищеварения (на 1,3%) (табл. 2).

Отмечалось снижение общей заболеваемости в следующих классах: болезни органов дыхания (на 13%), болезни нервной системы (на 6,5%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (на 6,3%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 5,6%), психические расстройства и расстройства поведения (на 2%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (на 1,6%), болезни системы кровообращения (на 1,5%), болезни глаза и его придаточного аппарата (на 1,5%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (на 1,5%).

В 2013 году максимальные показатели общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста были зарегистрированы в Республике Ингушетия (398 192,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста), Алтайском крае (375 197,1), Самарской области (317 381,4), Чеченской республике (313 590,3), Чувашской республике (313 217,0), а минимальные показатели — в Курской (102 132,7) и Ленинградской (121 443,0) областях, Еврейской автономной области (129 013,8), Республике Адыгея (137 797,6).

В структуре общей заболеваемости у пожилых первое место занимают болезни системы кровообращения (30,4%), на втором месте стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,8%), на третьем — болезни органов дыхания (10,1%).

Основной причиной смерти населения старше трудоспособного возраста в России также являются болезни системы кровообращения, (в 2012 г. в структуре смертности пожилого населения они составили 65,3%, в 2013 г. — 62,6%) [1, 3].

В структуре болезней системы кровообращения первое место занимают болезни,

характеризующиеся повышенным кровяным давлением (35,8%), на втором месте — цереброваскулярные болезни (24,8%), на третьем — ишемические болезни сердца (24,7%) (табл. 3).

В динамике по стране за 2010–2013 гг. наблюдается тенденция роста болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (на 6,9%), и снижение показателей ишемической болезни сердца (на 4,7%) и цереброваскулярных болезней (на 4,3%).

Как отмечается в «Докладе о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год», самые высокие показатели заболеваемости населения старше трудоспособного возраста ишемическими болезнями сердца в 2013 году отмечаются в Республике Ингушетия (56 902,7 на 100 тыс. населения соответствующего возраста) и Санкт-Петербурге (29 205,2), артериальной гипертензией — в Республике Ингушетия (60 951,2) и Алтайском крае (45 240,7), стенокардией — в Республике Ингушетия (34 102,5) и Москве (13 588,4), гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца — в Алтайском крае (38 314,3) и Республике Ингушетия (37 943,8) [2].

В структуре общей заболеваемости населения пожилого возраста болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани артропатии занимают первое ранговое место (41%), с лечением которых в значительной степени связано развитие высокотехнологичной помощи в травматологии и ортопедии. Высокозатратными, с точки зрения организации и оказания специализированной медицинской помощи, являются также деформирующие дорсопатии (33,9%). Третье место принадлежит остеопатиям и хондропатиям (2,2%).

В динамике за последние четыре года отмечается рост артропатий и деформирующих дорсопатий на 7,4 и 9,7%, соответственно (табл. 4).



Таблица 2

**Динамика общей заболеваемости населения старше трудоспособного
возраста по классам болезней в Российской Федерации за 2010–2013 гг.
(абс. число и на 100 тыс. населения соответствующего возраста)**

Наименование классов болезней МКБ-Х	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Всего	64 939 551	66 310 125	67 628 210	68 901 811	206 223,5	206 488,7	206 452,7	208 228,9
Некоторые инфек- ционные и паразитар- ные болезни	859 677	885 401	899 230	888 977	2730,0	2757,1	2745,1	2686,6
Новообразования	2 572 822	2 779 759	2 822 256	2 937 037	8170,3	8656,1	8615,7	8876,0
Болезни крови, крове- творных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммун- ный механизм	241 398	246 728	253 884	265 054	766,6	768,3	775,0	801,0
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3 684 535	3 951 684	4 182 847	4 421 903	11 700,7	12 305,5	12 769,2	13 363,5
Психические рас- стройства и расстрой- ства поведения	1 112 019	1 127 287	1 169 097	1 138 361	3531,4	3510,4	3569,0	3440,3
Болезни нервной системы	1 527 137	1 471 675	1 469 238	1 500 571	4849,6	4582,8	4485,2	4534,9
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6 502 348	6 588 030	6 781 897	6 732 312	20 649,0	20 515,0	20 703,5	20 345,8
Болезни уха и сосце- видного отростка	1 902 774	1 853 911	1 892 455	1 888 170	6042,5	5773,0	5777,2	5706,3
Болезни системы кро- вообращения	20 238 205	20 403 607	20 658 472	20 945 575	64 268,9	63 536,5	63 065,5	63 299,8
Болезни органов дыхания	6 691 423	6 776 395	6 694 525	6 940 061	21 249,4	21 103,6	20 436,8	20 973,6
Болезни органов пищеварения	4 587 619	4 667 889	4 787 281	4 881 347	14 568,5	14 535,7	14 614,4	14 752,0
Болезни кожи и под- кожной клетчатки	1 588 331	1 658 410	1 715 745	1 717 845	5043,9	5164,3	5237,8	5191,5
Болезни костно-мы- шечной системы и соединительной ткани	6 802 752	7 025 212	7 306 273	7 455 003	21 603,0	21 876,4	22 304,3	22 529,8
Болезни мочеполовой системы	4 091 137	4 296 330	4 385 909	4 547 934	12 991,9	13 378,7	13 389,1	13 744,4
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромо- сомные нарушения	30 530	31 772	30 493	30 087	97,0	98,9	93,1	90,9



Таблица 2, окончание

Наименование классов болезней МКБ-Х	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Симптомы, признаки отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	121 417	125 002	137 528	141 581	385,6	389,3	419,8	427,9
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2 385 427	2 420 433	2 441 080	2 469 993	7575,2	7537,1	7452,0	7464,6

Таблица 3

Динамика болезней системы кровообращения у пожилых в России за 2010–2013 гг. (абс. число и на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Всего	20 238 205	20 403 607	20 658 472	20 945 575	64 268,9	63 536,5	63 065,4	63 299,8
Острая ревматическая лихорадка	852	611	483	455	2,7	1,9	1,5	1,4
Хронические ревматические болезни сердца	94 047	93 621	89 519	87 066	298,7	291,5	273,3	263,1
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	6 677 277	6 988 285	7 246 519	7 497 978	21 204,5	21 761,4	22 121,9	22 659,7
Ишемические болезни сердца	5 160 722	5 233 102	5 226 653	5 165 613	16 388,5	16 295,8	15 955,7	15 611,1
Легочная эмболия	2012	1822	1429	1779	6,4	5,7	4,4	5,4
Другие болезни сердца	394 004	389 352	399 427	407 879	1251,2	1212,4	1219,4	1232,7
Цереброваскулярные болезни	5 160 045	5 044 625	5 142 821	5 189 271	16 386,4	15 708,9	15 699,8	15 682,5
Эндартериит, тромбангиит облитерирующий	293 320	290 942	301 557	299 651	931,5	906,0	920,6	905,6
Болезни вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов	1 041 529	1 072 082	1 112 743	1 125 881	3307,5	3338,4	3396,9	3402,5



**Динамика болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани
в России у пожилых за 2010–2013 гг.
(абс. число и на 100 тыс. населения соответствующего возраста)**

	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Всего	6 802 752	7 025 212	7 306 273	7 455 003	21 603,0	21 876,4	22 304,3	22 529,8
Артропатии	2 642 544	2 764 804	2 906 212	2 983 079	8391,7	8609,6	8872,0	9015,9
Системные поражения соединительной ткани	17 094	17 835	21 065	19 323	54,3	55,5	64,3	58,4
Деформирующие дорсопатии	2 189 890	2 302 456	2 444 200	2 524 260	6954,3	7169,8	7461,6	7628,6
Спондилопатии	–	25 100	28 964	33 131	–	78,2	88,4	100,1
Поражение синови- альных оболочек и сухожилий	–	41 605	45 472	50 695	–	129,6	138,8	153,2
Остеопатии и хондропатии	162 304	152 267	161 095	160 827	515,4	474,2	491,8	486,0

В структуре болезней органов дыхания у пожилых лиц первое место занимают острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (48,5%), что объясняется возрастными аномально-морфологическими изменениями в организме и формированием старческого иммунодефицита наряду с ухудшением экологической обстановки и социально-экономического положения данной возрастной группы [7], второе место — бронхит хронический и неуточненный, эмфизема (12%), третье место принадлежит астме, астматическому статусу (7,1%) (табл. 5).

В 2013 году в Российской Федерации показатель первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста составил 54 571,0 на 100 тыс. соответствующего населения. За 2010–2013 годы этот показатель увеличился на 4,9% (с 52 023,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста в 2010 году до 54 571,0 в 2013 году).

В 2013 году показатели первичной заболеваемости выше среднероссийского показателя отмечались в Северо-Кавказском (на 18,0%), Сибирском (на 15,9%), Северо-Западном (на 3,1%) федеральных округах,

а в Центральном и Дальневосточном федеральных округах ниже среднероссийского показателя на 11,8 и 10,1%, соответственно. В Уральском, Приволжском и Южном федеральных округах среднероссийского показателя были ниже среднероссийского на 4,5; 3,8 и 1,3%, соответственно (табл. 6).

За 2010–2013 годы первичная заболеваемость населения пенсионного возраста увеличилась в следующих классах: болезни системы кровообращения (на 17,9%), симптомы, признаки отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (на 15,5%), болезни глаза и его придаточного аппарата (на 10,7%), болезни органов пищеварения (на 10,7%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (на 10,2%), новообразования (на 6,1%), болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (на 3,8%), болезни мочеполовой системы (на 3,8%), болезни уха и сосцевидного отростка (на 3,5%), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 2,7%), болез-



Таблица 5

Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста болезнями органов дыхания в Российской Федерации за 2010–2013 гг. (абс. число и на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Всего	6 691 423	6 776 995	6 694 525	6 490 061	21 249,4	21 103,5	20 436,8	20 973,6
Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей	2 840 579	3 064 415	3 129 683	3 366 292	9020,6	9542,5	9554,2	10 173,3
Грипп	10 546	32 234	5781	12 876	33,5	100,4	17,6	38,9
Острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей	473 853	x	126 480	125 276	1504,8	x	386,1	378,6
Пневмония	165 606	151 213	157 325	167 069	525,9	470,9	480,3	504,9
Аллергический ринит (поллиноз)	32 353	29 514	30 471	31 096	102,7	91,9	93,0	94,0
Хронические болезни миндалин и аденоидов, перитонзиллярный абсцесс	119 691	118 098	125 753	131 215	380,1	367,8	383,9	396,5
бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	760 301	812 098	826 842	833 941	2414,4	2528,9	2524,1	2520,3
Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, бронхоэктатическая болезнь	440 727	446 913	444 918	445 243	1399,6	1391,7	1358,2	1345,6
Астма; астматический статус	446 124	462 521	479 441	495 605	1416,7	1440,3	1463,6	1497,8
Другие интерстициальные легочные болезни, гнойные и некротические состояния нижних дыхательных путей, другие болезни плевры	14 105	13 248	13 646	13 217	44,8	41,3	41,7	39,9

ни органов дыхания (на 2,1%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (на 0,5%) (табл. 7).

Наблюдалось снижение лишь в четырех классах: болезни нервной системы (на 6,5%), психические расстройства и расстройства поведения (на 5,5%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (на 2,0%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 0,4%).

В структуре первичной заболеваемости пожилого населения первое место занимают болезни органов дыхания (24,7%), на втором месте стоят травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (13,6%), на третьем — болезни системы кровообращения (11,4%), что соответствует результатам исследования других авторов [8].

Таким образом, проведенный анализ показал, что в Российской Федерации за



Таблица 6

Динамика показателей первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в федеральных округах Российской Федерации за 2010–2013 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Федеральные округа	2010	2011	2012	2013
Российская Федерация	52 023,5	52 777,5	52 968,9	54 571,0
Центральный ФО	47 624,3	48 153,6	48 123,1	48 145,1
Северо-Западный ФО	49 970,0	54 530,8	54 774,3	56 273,6
Южный ФО	52 534,8	51 698,3	51 853,4	53 851,6
Северо-Кавказский ФО	55 089,3	56 970,2	58 332,2	64 396,8
Приволжский ФО	55 605,6	55 242,8	55 203,1	56 628,0
Уральский ФО	51 289,0	50 881,7	49 502,3	52 138,5
Сибирский ФО	56 849,8	58 606,5	60 126,1	63 237,2
Дальневосточный ФО	58 667,4	49 445,4	49 928,1	50 905,3

Таблица 7

Динамика первичной заболеваемости населения старше трудоспособного возраста по классам болезней в Российской Федерации за 2010–2013 гг. (абс. число и на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Наименование классов болезней МКБ-Х	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Всего	16 382 152	16 948 544	17 351 158	18 057 235	52 023,5	52 777,5	52 968,9	54 571,0
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	491 534	520 473	527 687	506 284	1560,9	1620,7	1610,9	1530,0
Новообразования	581 499	625 311	639 285	648 060	1846,6	1947,2	1951,6	1958,5
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	51 779	50 395	51 572	56 435	164,4	156,9	157,4	170,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	367 820	376 208	409 323	425 985	1168,1	1171,5	1249,6	1287,4
Психические расстройства и расстройства поведения	142 074	138 795	142 422	141 034	451,2	432,2	434,8	426,2
Болезни нервной системы	274 314	262 591	263 175	269 556	871,1	817,7	803,4	814,6
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1 214 499	1 279 935	1 395 854	1 413 042	3856,8	3985,7	4261,2	4270,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	898 765	927 327	962 134	977 637	2854,1	2887,7	2937,2	2954,5
Болезни системы кровообращения	1 612 185	1 659 070	1 713 033	2 055 584	5268,5	5166,3	5229,5	6212,2



Таблица 7, окончание

Наименование классов болезней МКБ-Х	Абс. число				На 100 тыс. населения соотв. возраста			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Болезни органов дыхания	4 182 810	4 308 539	4 239 700	4 485 982	13 283,0	13 416,7	12 942,8	13 557,1
Болезни органов пищеварения	729 409	768 067	814 983	848 079	2316,3	2391,7	2487,7	2563,0
Болезни кожи и под- кожной клетчатки	1 144 354	1 193 722	1 251 780	1 235 013	3634,0	3717,2	3821,4	3732,3
Болезни костно-мы- шечной системы и соединительной ткани	1 122 035	1 155 188	1 170 066	1 174 631	3563,2	3597,2	3571,9	3549,9
Болезни мочеполовой системы	1 170 428	1 215 176	1 249 870	1 276 401	3716,8	3784,0	3815,6	3857,4
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромо- сомные нарушения	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
Симптомы, признаки отклонения от нормы выявленные при клини- ческих и лаборатор- ных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	71 494	74 855	84 656	86 770	227,0	233,1	258,4	262,2
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздей- ствия внешних причин	2 327 137	2 392 892	2 435 708	2 456 742	7390,1	7451,4	7435,6	7424,5

2010–2013 гг. увеличилась общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста с 206 223,5 на 100 тыс. населения соответствующего возраста до 208 228,9 (на 1%). Колебания составили в 3,9 раза (от 102 132,7 в Курской области до 398 192,5 в Республике Ингушетия). Показатель первичной заболеваемости увеличился с 52 023,5 до 54 571,0 (на 4,9%). В структуре общей заболеваемости у лиц пенсионного возраста ведущие места занимают болезни системы кровообращения (30,4%), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (10,8%), болезни органов дыхания (10,1%).

В структуре первичной заболеваемости населения пожилого возраста ведущие места занимают болезни органов дыхания (24,7%), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (13,6%), болезни системы кровообращения (11,4%).

Заключение

Для снижения заболеваемости у населения пенсионного возраста необходимо в первую очередь разработать мероприятия по оказанию медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста с болезнями системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, болезнями органов дыхания.





Литература

1. Гонохова А.Г. Пути совершенствования медицинской помощи населению старше трудоспособного возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (на примере Хабаровского края)//Автореф. дисс... докт. мед. наук. — Хабаровск, 2008. — 50 с.
2. Доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации за 2013 год. http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/doklad_2013 (дата обращения: 05.12.2014).
3. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2013 году. Статистические материалы. — М.: Минздрав России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2014. — 186 с.
4. Приказ Минздрава Российской Федерации от 28 июля 1999 г. № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».
5. Приказ Росстата от 31.12.2010 № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения».
6. Приказ Росстата от 14.01.2013 № 13 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения».
7. Соколовская Т.А. Демографические проблемы и состояние здоровья населения пожилого возраста//Геронтология. — 2013. — № 1. — URL: gerontology.esrae.ru/ru/16 (дата обращения: 05.12.2014).
8. Шляфер С.И. Заболеваемость населения старше трудоспособного возраста Российской Федерации//Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. — 2014. — № 1. — <http://healthproblem.ru/files/pdf/48.pdf.pdf> (дата обращения: 05.12.2014).

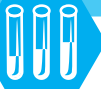
UDC 61:311

Polikarpov A.V., Ogryzko E.V. *Dynamics of morbidity population above working age in the Russian Federation for 2010–2013* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health Development of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. For the last four years (2010–2013) indicator of prevalence disease of population above working age Russian Federation is increasing of 1,0%. According to the official statistical reporting leading diseases were illnesses of system of blood circulation, illnesses kostno-muscular system and respiratory organs, but the maximum rates of a gain were registered at endocrine system diseases and urinogenital system.

During too time indicator of incidence diseases of population above working age Russian Federation is increasing of 4,9%. The leading diseases in the structure of incidence diseases were illnesses of respiratory organs, trauma and illnesses of system of blood circulation.

Keywords: population above working; diseases prevalence; diseases incidence; structure of morbidity; dynamics.



А.Е. Власенко,

д.т.н., доцент

Н.М. Жилина,

д.т.н., доцент

Г.И. Чеченин,

д.м.н., профессор,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения РФ, г. Новокузнецк, Россия

ОЦЕНИВАНИЕ ПОТЕРЬ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПОКАЗАТЕЛЯ «ПРОБЛЕМНОСТИ»

УДК 004.02

Власенко А.Е., Жилина Н.М., Чеченин Г.И. *Оценивание потерь здоровья населения с помощью показателя «проблемности»* (Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей МЗ РФ, г. Новокузнецк, Россия)

Аннотация. Разработан показатель «проблемности» для оценивания предотвратимых потерь здоровья населения на основе анализа многолетних электронных баз данных для поддержки принятия управленческих решений в здравоохранении. Показатель отражает соответствие отдельных составляющих потерь здоровья населения установленным нормативам с учетом динамики признаков. Дан пример расчета показателя «проблемности» для каждой из составляющих потерь здоровья населения на примере г. Новокузнецка с целью выявления основных проблем.

Ключевые слова: предотвратимые потери, здоровье населения, показатель «проблемности», непараметрические критерии, ранжирование проблем.

Вводная часть и новизна

Основой совершенствования управления в здравоохранении является эффективный процесс принятия решений специалистами с использованием возможностей современных информационных технологий [1, 2]. В настоящее время в здравоохранении уже накоплены многолетние базы данных о состоянии здоровья населения. Эта информация нуждается в полном, профессиональном и современном анализе, который позволит выявить и оценить наиболее важные потери здоровья населения, предложить пути снижения потерь [3, 4]. В автоматизированной системе социально-гигиенического мониторинга в г. Новокузнецке разработаны и применяются интегрированные показатели для получения обобщенной оценки разнородных признаков [5]. В настоящем исследовании предлагается

оценка составляющих потерь здоровья населения с помощью показателя «проблемности».

Цель исследования — оценивание предотвратимых потерь здоровья населения на основе анализа многолетних электронных баз данных для поддержки принятия управленческих решений в муниципальном здравоохранении. Для достижения цели поставлены задачи: **1.** Разработать *показатель «проблемности»*, отражающий соответствие отдельных составляющих потерь здоровья населения установленным нормативам с учетом динамики признаков. **2.** Рассчитать показатель «проблемности» для каждой из составляющих потерь здоровья населения на примере г. Новокузнецка с целью выявления основных проблем. **3.** Предложить пути снижения потерь здоровья населения.

Методы исследования: принципы и механизмы теории управления организационны-





ми системами, теория системного анализа, методы статистического анализа (критерий Фридмана и критерий тау Кендалла), методы интеллектуального анализа данных Data Mining (R/S-анализ). Статья отражает результаты собственного научного исследования.

Новизна и практическая значимость исследования. Разработан показатель «проблемности», отражающий соответствие отдельных составляющих потерь здоровья населения установленным нормативам, отличающийся учетом их динамики, определяемой на основе непараметрических статистических критериев, и позволяющий выявлять и ранжировать проблемные характеристики потерь общественного здоровья.

Предложенный показатель «проблемности» может быть использован для выявления потерь здоровья населения, требующих контроля и принятия управленческих решений в рамках отдельных территориальных единиц (округ, область, муниципальное образование) или медицинских учреждений и их структурных подразделений.

Теоретические положения и практические выводы исследования можно широко использовать в учебном процессе, для повышения качества последипломной переподготовки врачей, в обучении студентов ВУЗов медицинских и технических специальностей.

Теоретическая часть. Обоснование и порядок расчета показателя «проблемности»

Первой стадией разработки управленческих решений является выявление проблемы. В данном случае под проблемой понимается как несоответствие показателя установленным нормативам, так и наличие возрастающего тренда в ряде данных, отражающего динамику анализируемого признака.

Для выявления и ранжирования проблемных составляющих потерь общественного здоровья предложено использовать *показатель «проблемности»*, который рассчитывается отдельно для каждой характеристики

потерь здоровья населения и отражает соответствие рассматриваемого признака установленным нормативам с учетом его динамики.

Показатель «проблемности» состоит из двух частей: первая отражает степень соответствия рассматриваемой характеристики нормативам, вторая — наличие тенденции. Значения показателя «проблемности» лежат в диапазоне от 0 до 2, где 0 — проблем не выявлено: анализируемая характеристика потерь здоровья населения соответствует нормативам, и тенденция к росту отсутствует; 2 — крайняя степень проблемы: наблюдается существенное отклонение признака от нормативов и статистически значимая тенденция к росту на всем рассматриваемом периоде. Показатель «проблемности» рассчитывается по формуле (1).

$$Ip_i = Ip_i^{Norm} + Ip_i^{Trend}, \quad (1)$$

где Ip_i — показатель «проблемности» i -ой составляющей потерь здоровья населения, Ip_i^{Norm} — показатель соответствия нормативам; Ip_i^{Trend} — показатель наличия тенденции.

Показатель соответствия нормативам (2) рассчитывается на основе критерия Фридмана — непараметрического аналога дисперсионного анализа, позволяющего определять статистическую значимость различий анализируемой характеристики и ее нормативных значений с учетом динамики признака (3).

$$Ip_i^{Norm} = \begin{cases} \frac{\overline{\chi_{r(i)}^2} - \chi_{r(kr)}^2}{N - \chi_{r(kr)}^2}, & \text{если } \overline{\chi_{r(i)}^2} \geq \chi_{r(kr)}^2 \\ 0, & \text{если } \overline{\chi_{r(i)}^2} < \chi_{r(kr)}^2 \end{cases}; \quad (2)$$

$$\overline{\chi_{r(i)}^2} = \begin{cases} \chi_{r(i)}^2, & \text{если } Me_i \geq Me_{norma(i)} \\ 0, & \text{если } Me_i < Me_{norma(i)} \end{cases} \quad (3)$$

где Ip_i^{Norm} — показатель соответствия i -ой составляющей потерь здоровья населения нормативам; $\overline{\chi_{r(i)}^2}$ — скорректированный критерий Фридмана; N — длительность анализируемого периода (в данном случае 7 лет); $\chi_{r(kr)}^2$ — критическое значение критерия

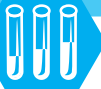


Таблица 1

Показатель «проблемности», рассчитанный для каждой из составляющих потерь здоровья населения г. Новокузнецка

<i>i</i>	Составляющие потерь здоровья ,5 населения	Показатель соответствия нормативам Ip_i^{Norm}	Показатель наличия тенденции Ip_i^{Trend}	Показатель «проблемности» Ip_i
1	Мертворождаемость	1	0,73	1,73
2	Инвалидность первой группы	0,51	0,71	1,22
3	Общая смертность	1	0	1
4	Число прерываний беременности	1	0	1
5	Смертность в трудоспособном возрасте	1	0	1
6	Инвалидность	0,86	0	0,86
7	Заболеваемость	0,51	0	0,51
8	Материнская смертность	0	0	0
9	Смертность детей до года	0	0	0
10	Заболеваемость с временной утратой трудоспособности	0	0	0

Фридмана, зависит от N (при $N=7$ равно 3,84), $\chi^2_{(i)}$ — критерий Фридмана; Me_i — медиана исследуемого показателя за анализируемый период; Me_{norm} — медиана нормы показателя за анализируемый период.

Показатель соответствия нормативам лежит в диапазоне 0 до 1, где 0 — рассматриваемая характеристика полностью соответствует нормативам, 1 — характеристика выше нормативных значений на всем анализируемом периоде.

Необходимая длительность периода для анализа (7 лет) определялась с помощью R/S-анализа. Под R/S-анализом понимается совокупность статистических приемов и методов анализа временных рядов, позволяющих определять такие их характеристики, как наличие периодических и непериодических циклов, их длительность, наличие в ряде данных периодов стационарности [6].

Показатель наличия тенденции рассчитывается на основе непараметрического критерия Кендалла по формуле (4).

$$Ip_i^{Trend} = \begin{cases} \tau_i, & \text{если } \tau_i \geq \tau_{kr} \\ 0, & \text{если } \tau_i < \tau_{kr} \end{cases}, \quad (4)$$

где Ip_i^{Trend} — показатель наличия тенденции для i -ой составляющей потерь общественного здоровья; τ_i — критерий Кендалла; τ_{kr} — критическое значение критерия Кендалла, зависит от длительности анализируемого периода (при $N=7$ равно 0,58).

Показатель наличия тенденции лежит в диапазоне от 0 до 1, где 0 — тенденция к росту отсутствует, 1 — признак растет на всем анализируемом периоде.

Экспериментальная часть

Показатель «проблемности» (табл. 1) рассчитан для каждой из составляющих потерь общественного здоровья на электронных базах данных Кустового медицинского информационно-аналитического центра о состоянии здоровья населения г. Новокузнецка, зарегистрированных в Государственном информрегистре.

Наиболее проблемными характеристиками здоровья населения г. Новокузнецка (с самым высоким значением показателя «проблемности») являются мертворождаемость и инвалидность первой группы. Таким образом, был осуществлен первый этап принятия управленческих





решений — выявление проблем. Далее с учетом выявленных зон риска в качестве одного из путей снижения преждевременных потерь общественного здоровья предлагаются алгоритм *прогнозирования состояния ребенка* на момент рождения и алгоритм *своевременного выявления пациентов* с высокой вероятностью установления первой группы инвалидности и мониторинга тяжести их состояния.

Выводы и рекомендации

1. Разработан показатель «проблемности», отражающий соответствие отдельных составляющих потерь здоровья населения установленным нормативам. Показатель учитывает динамику анализируемых признаков с помощью расчета непараметрических статистических критериев: критерия Фридмана, определяющего значимость различий между фактическими и нормативными значениями в динамике за ряд лет, и критерия Кендалла, показывающего наличие тенденции признака

к росту. Разработанный показатель обеспечивает статистически обоснованное выявление и ранжирование проблемных составляющих потерь здоровья населения.

2. Рассчитан показатель «проблемности» для каждой из составляющих потерь здоровья населения за 2005–2011 гг. В результате были выявлены основные проблемные составляющие потерь здоровья населения на примере г. Новокузнецка: *мертворождаемость* (показатель «проблемности» $I_p = 1,73$, включающий показатель соответствия показателя нормативам $I_p^{Norm} = 1,0$ и показатель наличия тенденции $I_p^{Trend} = 0,73$) и *инвалидность первой группы* (показатель «проблемности» $I_p = 1,22$, показатель соответствия нормативам $I_p^{Norm} = 0,51$, показатель наличия тенденции $I_p^{Trend} = 0,71$).

3. Полученные результаты позволяют разработать алгоритмы снижения потерь здоровья населения с учетом наиболее проблемных показателей.

Литература

1. Тавровский В.М., Гусев А.В. К чему должна привести информатизация здравоохранения. Попытка спроектировать будущее//Врач и информационные технологии. — 2011. — № 5. — С. 60–76.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: ГЭОТАР_Медиа, 2010. — 288 с.
3. Власенко А.Е., Жилина Н.М., Полукаров А.Н., Чеченин Г.И. Тенденции рождаемости и состояние здоровья матери и ребенка в 2002–2011 гг. в г. Новокузнецке//Мать и Дитя в Кузбассе. — 2012. — № 2. — С. 4–7.
4. Власенко А.Е. Комплексная оценка потерь здоровья населения Новокузнецка//Современные наукоемкие технологии. — 2013. — № 8 (часть 1). — С. 62–64. URL: www.rae.ru/snt/?section=content&op=show_article&article_id=10001619 (дата обращения: 12.09.2013).
5. Жилина Н.М. Алгоритм интеграции показателей в применении к автоматизированной информационной системе социально-гигиенического мониторинга//Информатика и системы управления. — 2009. — № 4 (22). — С. 150–152.
6. Петерс Э. Фрактальный анализ финансовых рынков. — М.: Интернет-трейдинг, 2004. — 304 с.

UDC 004.02

Vlasenko A.E., Zhilina N.M., Chechenin G.I. *Evaluation of loss health with the indicator «problematic»* (Novokuznetsk State Institute of Postgraduate Medical Ministry of Health of the Russian Federation, Novokuznetsk, Russia)

Abstract. The rate of «problem» for estimating avoidable losses of public health based on the analysis of long-term electronic databases to support management decision-making in health care. The index reflects compliance with the individual components of the loss of public health established standards, taking into account the dynamics of symptoms. An example of the calculation of the «problem» for each of the components of loss of health as an example of Novokuznetsk in order to identify the main problems.

Keywords: avoidable loss, health, the rate of «problem», nonparametric tests, ranking problems.

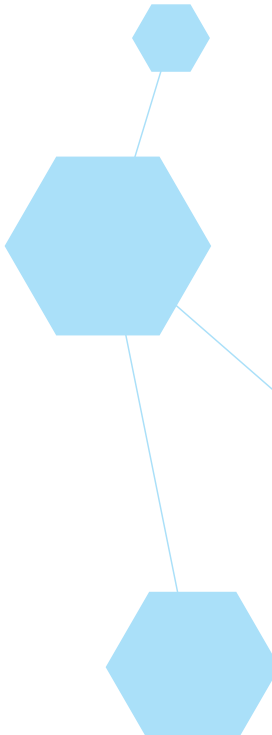


Минздрав России опубликовал для общественной экспертизы проект приказа «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (http://regulation.gov.ru/project/23081.html?point=view_project&stage=2&stage_id=16287)

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, член Общественного совета при Минздраве РФ, г. Москва, Россия

ПОНИЖАЮЩИЙ КОЭФФИЦИЕНТ К ШТРАФНЫМ САНКЦИЯМ В СИСТЕМЕ ОМС — УГРОЗА РАВНОПРАВИЮ ГРАЖДАН НА НАДЛЕЖАЩЕЕ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ИХ ПРОЖИВАНИЯ



Теория государства и права предполагает карательную функцию государства в целях защиты прав и интересов составляющих его граждан. Поэтому наказание за ненадлежащие объем, качество и условия предоставления медицинской помощи налогоплательщикам — важнейшая обязанность государства по профилактике нарушений законных прав и интересов его граждан.

Одним из важнейших прав наших сограждан является равноправие их на получение одинаково качественной медицинской помощи на всей территории России. Именно по этому пути должны быть сориентированы всякого рода стратегии, доктрины, а также нормативные акты, непосредственно регулирующие оказание медицинской помощи надлежащего качества. Однако рассматриваемый проект приказа Минздрава России «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» вводит возможность установления понижающего коэффициента к размеру финансовых санкций (штрафов) за ненадлежащие объем, качество и условия предоставления медицинской помощи в системе ОМС.

Рассмотрим суть предлагаемой новации.

1. Пунктом 127.8 Проекта предлагается ввести в системе ОМС РФ территориальный коэффициент к шкале финансовых санкций по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС. Причем предлагается, что этот коэффициент может быть понижающим при прокоррупционных условиях:





« $K_{тер}$ понижающий (более 1) применяется в случаях, связанных с:

- особенностями структуры медицинской организации (маломощные организации),
- территориальными особенностями расположения медицинской организации (транспортная доступность)».

Таким образом, проектом приказа предлагается введение фактически индивидуального для каждой медицинской организации **понижающего коэффициента** к размеру финансовой санкции по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС.

1.1. Такой «индивидуальный» подход в отношении медицинских организаций является прокоррупционным, так как создает возможность неправовыми (нелегальными) методами получить понижающий коэффициент.

1.2. Конституцией РФ всем гражданам РФ гарантированы равные права, в том числе на получение медицинской помощи надлежащего качества независимо от территории субъекта РФ проживания. Введение **понижающего коэффициента** к размеру финансовой санкции по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС в разных территориях приведет к антиконституционному неравноправию граждан, проживающих в данных субъектах РФ.

Единственной целью введения финансовых санкций по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи как общественного института является повышение качества медицинской помощи и устранение причин для возникновения дефектов медицинской помощи. Если общество и государство желают искоренить дефекты в оказании медицинской помощи, оно вводит систему принуждения и наказания.

Президент России на заседании Госсовета РФ 30 июля 2013 года поставил конкретную задачу: мотивировать страховые медицинские организации на повышение качества оказываемой в России медицинской помощи. Введе-

ние понижающего коэффициента по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС — это демотивация страховых медицинских организаций на повышение качества оказываемой в России медицинской помощи.

1.3. В последние два года усилиями Министерства и лично министра В.И. Скворцовой в России наконец-то вводятся экономические принципы равноправия для граждан РФ при получении медицинской помощи и оплате труда медицинских работников: выравнивается стоимость медицинской помощи и затраты на нее во всех субъектах РФ, то есть создаются равные права для граждан — и пациентов и медицинских работников — независимо от субъекта проживания в России. Если создается система единой стоимости на схожую медицинскую помощь во всех субъектах РФ, то почему вводится дифференциация в применении финансовых санкций? Логично при введении единой стоимости медицинской помощи установление единой шкалы финансовых санкций в рамках всей сферы здравоохранения на всей территории РФ.

Полагаю, что введение понижающего коэффициента дискредитирует попытки Министерства здравоохранения РФ создать единое конституционно-правовое поле во всей системе здравоохранения страны.

Введение понижающего коэффициента на разных территориях (субъектах РФ) приведет к тому, что в этих субъектах создаются условия для неравного права на получение медицинской помощи надлежащего качества для жителей этого субъекта, так как при снижении уровня санкций неизбежно снижение качества медицинской помощи.

1.4. Усилиями Министерства здравоохранения РФ реализуются требования майских указов Президента РФ, в том числе по введению эффективных контрактов в здравоохранении. Введение понижающих коэффициентов противоречит этой большой и нужной работе, так как создает неравенство в оплате труда медицинских работников при допу-



щении ими дефектов в оказании медицинской помощи: за схожие дефекты в оказании медицинских работников могут быть применены разные финансовые санкции к работнику по эффективному контракту в разных субъектах РФ. Чем «более провинился» такой врач в субъекте РФ, где понижающий коэффициент не введен, по сравнению с врачом того субъекта, где такой понижающий коэффициент был введен, при схожем допущенном ими дефекте медицинской помощи?

2. Проект приказа вводит условия применения понижающего коэффициента:

« $K_{тер}$ понижающий применяется в случаях, связанных с:

— особенностями структуры медицинской организации (маломощные организации),

— территориальными особенностями расположения медицинской организации (транспортная доступность)».

2.1. Ошибка идеологии данного проекта приказа по введению понижающего коэффициента по фактору «маломощности» ЛПУ заключается в том, что для маломощной медицинской организации должен быть соответствующий «малый» тариф на оказание медпомощи, который предусмотрен системой оплаты, например, по КСГ болезней, так как «малая мощность» медорганизации подразумевает лечение больных по «дешевым» КСГ болезней.

2.2. Из этого положения также следует, что граждане РФ делятся на «сорта» по второму признаку — территориальная особенность расположения медицинской организации, то есть транспортная доступность. Тем самым опять-таки гражданам «второго сорта» не повезло, они проживают на территории субъекта РФ с транспортной недоступностью медицинской организацией. Введение понижающего коэффициента опять-таки «оправдывает» сложившуюся медицинскую помощь ненадлежащего качества, консервирует эту ситуацию, гражданам-пациентам при этом не на что надеяться: навсегда помощь будет ненадлежащего качества, так как

наказание за это ослабляется понижающим коэффициентом, следовательно, исправлять эту ситуацию никто не намерен.

Ситуация с территориальной недоступностью медорганизации возникла в субъекте РФ не вчера! О ней чиновникам все известно уже как минимум 10–15 лет! И вместо того, чтобы эту недоступность ликвидировать (строительство дорог, санавиация, строительство новых медорганизаций и т.д.), система идет по самому легкому пути: неправильно лечите больных, которых невозможно лечить на вашем медицинском уровне из-за невозможности перевезти больного на необходимый уровень, так и лечите их неправильно, мы не будем вас наказывать за это.

Вот какова цена введения понижающего коэффициента по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС!

Хотя имеется возможность применения в отношении такой удаленной медорганизации управленческого коэффициента к тарифу на оплату оказанной в ней медицинской помощи, стимулирующего иметь ей необходимый надежный санитарный транспорт. Тогда и штраф за его неиспользование с целью перевода больного на необходимый этап лечения будет соответствовать тарифу, и не за чем его уменьшать коэффициентом. Если эвакуация проводится санитарной авиацией за счет бюджета, то тариф на оказание медпомощи должен быть снижен, следовательно, и финансовая санкция, привязанная напрямую к тарифу, будет низкой, но не заниженной искусственно.

3. Введение повышающего коэффициента по результатам контроля объема, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС возможно только временно при заведомо низком качестве оказываемой в медорганизации с целью обращения внимания ее руководства на эту проблему. Это будет стимулировать руководство медорганизации проанализировать ситуацию с качеством медпомощи, наметить пути его





повышения, принять необходимые управленческие решения, устраняющие причины дефектов, в том числе используя рычаг эффективного контракта в отношении медицинских работников, создающих условия для ненадлежащего качества оказываемой ими помощи.

Таким образом, с точки зрения защиты прав граждан на медицинскую помощь равного надлежащего качества пункт 127.8 следует изложить в следующей редакции:

«127.8. Повышающий территориальный коэффициент ($K_{тер}$ менее 1) устанавливается решением Рабочей группы временно на ограниченный период в случае, если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 50% от числа случаев оказания медицинской помощи».

4. В связи с тем, что предлагаемые проектом приказа размеры коэффициента определения размера неполной оплаты и размера штрафа $K_{тн}$ в п. 127.10 не отражают однородность медицинской сути дефекта и неадекватно отражают степень тяжести покушения

на права пациента, например, проект приказа предлагает размер санкции при коде дефекта 4.3 «Отсутствие информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства» всего 0,2 (20%), то есть фактически разрешает в России принудительное лечение в отсутствие согласия пациента без решения суда, что может быть опаснее, чем такое пренебрежение правами гражданина и пациента?

Таким образом, пункт 127.10 следует изложить в следующей редакции:

«127.10. Размеры коэффициентов $K_{тн}$ для определения размера неполной оплаты и размера штрафа устанавливаются в соответствии с Перечнем оснований с учетом влияния выявленного в ходе контроля дефекта (нарушения) на состояние здоровья и соблюдение прав застрахованного лица на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования».

$K_{тн}$ для определения размера неполной оплаты:

Размер	код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1;
0,2	3.2.1
0,3	3.2.2; 3.3.1; 4.2
0,4	3.6; 3.7
0,5	3.4; 3.5; 3.9
0,6	3.2.3; 3.3.2, 3.11, 3.12
0,7	3.13
0,8	3.8
0,9	3.2.4; 4.3; 4.4
1,0	1.4; 1.5; 3.2.5.; 3.10; 3.14; 4.1; 4.5; 4.6.1; 4.6.2; 5

$K_{тн}$ для определения размера штрафа:

Размер	код дефекта согласно Перечню оснований
0,5	2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6.; 2.4.1; 2.4.2.; 2.4.3.; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.1.1.; 1.1.2.; 1.1.3.; 1.2.1.; 1.3.1.; 1.4.; 1.5.; 2.1.; 2.3; 3.6; 3.7; 3.10.; 4.1.
2,0	3.1; 3.13; 3.2.3; 3.3.2; 3.11; 4.6
3,0	1.2.2.; 1.3.2.; 3.2.4
5,0	3.2.5; 3.14



Вторым примером общественной инициативы по формированию обязательств государства перед обществом в сфере контроля качества и безопасности медицинской деятельности являются предлагаемые изменения в проект нормативного акта — Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по исполнению государственной функции по осуществлению государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности путем проведения проверок применения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, представленного Минздравом России к общественной экспертизе (http://regulation.gov.ru/project/22620.html?point=view_project&stage=3&stage_id=15914).

Предлагается к рассмотрению изменения в проект Административного регламента, направленные, с одной стороны, на повышение прозрачности процедуры контроля, исключение коррупции и защиты интересов медицинских организаций и на предупреждение нарушения прав пациентов на безопасность медицинской деятельности, с другой стороны.

1. С целью повышения прозрачности процедуры контроля, исключения коррупционного фактора и защиты интересов медицинских организаций необходимо разрешить представленную в проекте коллизию.

В п. 38 указано: «При проведении проверок осуществляются следующие мероприятия:

4) оценка применения порядков оказания медицинской помощи, в том числе в части: ... рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, ее структурных подразделений, индивидуальных предпринимателей», что может представлять собой неразрешимую коллизию в процессе осуществления контроля медицинской организа-

ции. Сущность коллизии заключается в том, что в проекте Регламента отсутствуют критерии оценки применения рекомендуемых штатов. Определение «рекомендуемые» вроде бы исключает обязательность их применения медицинской организацией. Поэтому «оценка» рекомендуемых штатов в отсутствие нормативно определенных критериев этой оценки — прокоррупционный фактор!

Необходимо внести в Регламент критерии оценки рекомендуемых штатных нормативов медицинской организации, ее структурных подразделений, индивидуальных предпринимателей.

2. С целью предупреждения нарушения прав пациентов на безопасность медицинской деятельности необходимо уточнить подпункт 5 пункта 38 проекта Регламента.

Проект Регламента не учел важного фактора безопасности пациентов и безопасности медицинской деятельности. В подпункте 5 пункта 38 указано: «5) оценка применения стандартов медицинской помощи, в том числе в части: обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1».

Таким образом, Регламент высказывает большую обеспокоенность об экономической составляющей, то есть о кошельке государства или кошельке пациента вместо безопасности пациента.

20-летний опыт экспертной медицинской деятельности показывает, что для жизни и здоровья пациента более опасно неполучение необходимой диагностической или лечебной услуги, но которая имеет в стандарте усредненную частоту предоставления менее 1, так как без этой услуги не будет поставлен правильный диагноз (например, перитонита, плеврита, гемо-пневмоторакса, гипоксии плода, прободной язвы желудка и т.д.) или не будет достигнут должный исход (невыполнение оперативного вмешательства при перитоните, пункции при гемо-пневмотораксе и т.д.). В этом и кроется небезопасность медицинской деятельности: как обеспе-





чить, то есть обязать выполнение требуемой пациенту услуги, если усредненная частота ее предоставления менее 1?

Поэтому в Регламенте с целью обеспечения безопасности медицинской деятельности следует предусмотреть «оценку обоснованности отказа в назначении медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, при недостижении запланированного результата лечения (летальный исход, тяжелое осложнение)». В данном случае, предлагая такой вариант, мы апеллируем к п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ, где указано, что качество медицинской помощи — степень достижения запланированного результата. При недостижении запланированного результата (осложнение, летальный исход) при проверке и проводится оценка причин этого недостижения, в том числе невыполнение услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1.

Другими словами, в медицинской документации должно быть отражено клиническое мышление врача в форме обоснованности отказа в назначении медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, но имеющих важное лечебно-диагностическое значение для здоровья пациента. Это обоснование (сам факт его наличия и его текст) и должно быть предметом оценки с точки зрения выяснения причин недостижения запланированного результата, т.е. ненадлежащего качества медицинской помощи.

Таким образом, подпункт 5 п. 38 проекта Регламента следует изложить в редакции:

«5) оценка применения стандартов медицинской помощи, в том числе в части:

— обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1;

— обоснованности отказа в назначении медицинских услуг, имеющих усредненную

частоту предоставления менее 1, при недостижении запланированного результата (летальный исход, тяжелое осложнение);

— обоснованности и полноты назначения лекарственных препаратов, имплантируемых в организм человека медицинских изделий, компонентов крови, лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания».

Третьим примером формирования обязательств государства перед обществом является судебная практика Верховного Суда РФ, который вынес решение об обязательности исполнения стандартов как нормативных актов.

Верховным Судом РФ в заседании от 09.04.14 по делу № АКПИ14-152 рассмотрены:

1) заявление представителя Минздрава России, в котором он просил суд прекратить производство по делу, **поскольку оспариваемый приказ об утверждении стандарта медицинской помощи является актом рекомендательного характера, не нуждается в государственной регистрации и не нарушает прав граждан;**

2) мнение представителя Минюста России, который считает, что **приказ об утверждении стандарта медицинской помощи является нормативным правовым актом и подлежит направлению на государственную регистрацию в Минюст России.**

Выслушав объяснения представителей Минздрава России, Минюста России, исследовав материалы дела, заслушав заключение прокурора Генеральной прокуратуры РФ, полагавшей, что заявление подлежит удовлетворению, и судебные прения, Верховный Суд РФ находит заявленные требования подлежащими удовлетворению.

1. Существенными признаками, характеризующими нормативный правовой акт, являются: издание его в установленном порядке уполномоченным органом государственной власти, наличие в нем правовых норм (правил поведения), обязательных для неопреде-





ленного круга лиц, рассчитанных на неоднократное применение, направленных на регулирование общественных отношений либо на изменение или прекращение существующих правоотношений.

2. Доводы представителя Минздрава России о том, что стандарт медицинской помощи больным не является нормативным правовым актом, носят рекомендательный характер, являются несостоятельными и не могут служить основанием для отказа в удовлетворении заявленных требований.

3. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» было предусмотрено, что стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (пункт 5.2.14 Положения).

4. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **1)** медицинских услуг; **2)** зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; **3)** медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; **4)** компонентов крови; **5)** видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; **6)** иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ в заседании от 31.07.14 по делу № АПЛ14-302 установила:

1) в апелляционной жалобе Минздрава России, не соглашаясь с решением суда и считая его незаконным и необоснованным, просит решение отменить и производство по делу прекратить;

2) в обоснование апелляционной жалобы Минздрав России ссылается на то, что приказ не содержит основных существенных признаков нормативного правового акта, а именно, подписан должностным лицом, не уполномоченным на издание нормативных правовых актов, и не содержит правовых норм (правил поведения), обязательных для круга лиц, поэтому может быть оспорен исключительно в порядке производства по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных или муниципальных служащих (глава 25 ГПК РФ).

Проверив материалы дела, обсудив доводы апелляционной жалобы, Апелляционная коллегия Верховного Суда Российской Федерации не находит оснований для ее удовлетворения:

1. Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан дополнены статьей 37.1, которая определяет, что стандарты медицинской помощи устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

2. Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» было предусмотрено, что стандарты медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (пункт 5.2.14 Положения).

3. Согласно статье 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об





основах здоровья граждан в Российской Федерации», стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: **1)** медицинских услуг; **2)** зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения; **3)** медицинских изделий, имплантируемых в организм человека; **4)** компонентов крови; **5)** видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания; **6)** иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

4. Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 утверждено Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с пунктом 5.2.18 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации Минздрав России на основании и во исполнение Конституции Российской Федерации, федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов Президента Российской Федерации

и Правительства Российской Федерации самостоятельно принимает нормативные правовые акты, в том числе стандарты медицинской помощи.

Апелляционная коллегия Верховного Суда РФ в заседании от 31.07.14 по делу № АПЛ14-302 установила: «На основании изложенного Верховным Судом Российской Федерации сделан правильный вывод о том, что стандарты медицинской помощи являются нормативными правовыми актами».

Таким образом, Верховным Судом РФ установлено обязательство государства и ее власти разных уровней перед обществом:

1) утверждать нормативные акты (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи (Минздрав РФ);

2) исполнять требования нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи при оказании медицинской помощи;

3) осуществлять контроль и надзор в сфере здравоохранения на предмет исполнения нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи, в том числе в системе ОМС, в рамках контроля объема, качества и условий предоставления медицинской помощи;

4) выносить судебные решения на основании нормативных актов (приказы) о медицинских стандартах медицинской помощи.

Здравоохранение-2015



МИНЗДРАВ РОССИИ НАПРАВИЛ ПИСЬМО РУКОВОДИТЕЛЯМ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ ЕМУ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИК С ТРЕБОВАНИЕМ ПРЕДОСТАВЛЯТЬ СВЕДЕНИЯ О ДИНАМИКЕ ЦЕН НА ЗАКУПАЕМЫЕ МЕДИЗДЕЛИЯ

Это нужно для проведения анализа объемов и стоимости высокотехнологичной помощи, оказываемой в 2015 году. Минздрав также просит клиники предоставить перечень закупаемых имплантируемых медизделий, устанавливаемых на срок свыше 30 дней в организме человека. Отдельно необходимо указывать наименования, цены на которые с начала 2015 года увеличились на 15%.

Клиники должны предоставлять данные ежедневно по пятницам.

Источник: официальный сайт Минздрава России



От редакции:

Как это, к сожалению, нередко бывает, поставленные Президентом России В.В. Путиным задачи не сопровождаются нормативным и методическим обеспечением, что вызывает у учреждений здравоохранения массу вопросов. Это касается и проведения аттестации. В связи с этим наш журнал по мере возможности пытается восполнить эти пробелы.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,

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

О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ АТТЕСТАЦИИ РАБОТНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА СООТВЕТСТВИЕ ЗАНИМАЕМЫМ ДОЛЖНОСТЯМ

УДК 614:338.26

Кадыров Ф.Н. О порядке проведения аттестации работников учреждений здравоохранения на соответствие занимаемым должностям (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Президент Российской Федерации В.В. Путин еще в декабре 2013 года поставил задачу проведения аттестации специалистов с последующим их переводом на эффективный контракт. Однако существующими нормативными или методическими документами до сих пор не определен порядок проведения аттестации на соответствие занимаемой должности. Данная публикация посвящена выработке предложений и рекомендаций по проведению аттестации специалистов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения на основе анализа действующей нормативной базы, документов, касающихся отдельных аспектов аттестации и/или отдельных категорий работников и т.д. с учетом целей и задач аттестации.

Ключевые слова: аттестация, оценка соответствия занимаемой должности, квалификация, кадры, увольнение, эффективный контракт.

Введение

В подпункте 2) пункта 5 Перечня поручений Президента Российской Федерации по реализации Послания Федеральному Собранию от 27 декабря 2013 года (далее — Перечень поручений) Правительству Российской Федерации совместно с высшими должностными лицами (руководителями высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации предписано: «в связи с предусмотренным Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2013 года № 597 повышением оплаты труда работников бюджетной сферы обеспечить реализацию мероприятий, направленных на повыше-

ние эффективности бюджетных расходов и качества услуг в социальной сфере, оптимизацию бюджетной сети, а также осуществить корректировку планов мероприятий («дорожных карт»), касающихся изменений в отраслях социальной сферы, *предусмотрев проведение аттестации специалистов с последующим их переводом на эффективный контракт...*».

Речь в данном случае идет об аттестации работников государственных (муниципальных) учреждений в целях оценки соответствия их квалификации занимаемым должностям, а не о более привычной для здравоохранения аттестации с целью присвоения квалификационных категорий.

© Ф.Н. Кадыров, 2015 г.



Подобная аттестация определяется как периодическая проверка профессионального уровня работника для установления соответствия его квалификации занимаемой должности или выполняемой им работе.

Аттестации проводится для проверки профессиональных навыков, деловых качеств или специальных теоретических знаний работника, а также его умения применять их при выполнении трудовой функции, определенной трудовым договором.

Статья 195.1. Трудового кодекса Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс) определяет, что квалификация работника — уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника.

Нормативная база аттестации

В настоящее время нет нормативного правового акта, который комплексно определял бы порядок проведения аттестации работников на предмет соответствия их квалификации занимаемой должности. Тем не менее, существует ряд документов, которые отражают отдельные вопросы аттестации.

Наиболее значимым документом, создающим законодательную базу аттестации работников, является Трудовой кодекс. В соответствии со статьей 81 Трудового кодекса порядок проведения аттестации устанавливается трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, локальными нормативными актами, принимаемыми с учетом мнения представительного органа работников.

О необходимости проведения аттестации говорится в Плане мероприятий («дорожной карте»), утвержденном Распоряжением Правительства Российской Федерации от 28.12.2012 № 2599р (п. 21 разд. II) — в редакции, вышедшей после Перечня поручений Президента.

Об аттестации работников упоминается в подпункте «к» п. 7 «Единых рекомендаций по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципаль-

ных учреждений на 2014 год» (утв. решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений от 25.12.2013, протокол № 11).

Некоторые рекомендации практического плана содержатся в следующих документах:

- Письмо Минтруда России от 07.03.2014 № 12-0/10/П-1077 (приложение № 1);
- Письмо Минздрава России от 11.03.2014 № 16-3/10/1-1084 (абз. 2 п. 6) (далее — Письмо Минздрава).

Однако ни в одном из вышеуказанных документов не приведены общие требования к проведению аттестации, срокам, категориям работников (подлежащих либо не подлежащих прохождению аттестации) и т.д.

В соответствии с действующим законодательством решение о введении системы аттестации, позволяющей определять степень соответствия квалификации работника занимаемой им должности или выполняемой работе, принимает работодатель. То есть, учреждения здравоохранения должны сами принимать соответствующее решение.

Алгоритм проведения аттестации работников

Комплекс мероприятий, связанных с проведением аттестации (с учетом их последовательности), можно выразить следующим образом:

- в первую очередь необходимо сформулировать цели проведения аттестации, определить задачи, которые можно решить в конкретном учреждении с помощью аттестации;
- определить категории работников, которые подлежат аттестации;
- определить периодичность проведения аттестации (например, 1 раз в 5 лет);
- разработать и утвердить порядок проведения аттестации;
- разработать документы, необходимые для проведения аттестации;
- создать аттестационную комиссию;
- провести разъяснительную работу среди коллектива, учитывая, что несоответствие работника занимаемой должности или выпол-



няемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации может повлечь расторжение трудового договора по инициативе работодателя;

- провести аттестацию специалистов;
- принять необходимые меры по устранению, выявленных в ходе проведения аттестации недостатков и т.д.

Цель проведения аттестации

Аттестация работников учреждений проводится в целях определения их соответствия занимаемой должности.

Задачи проведения аттестации могут быть достаточно многообразными и зависят от конкретных условий. В частности, это могут быть:

- оценка уровня квалификации (профессиональной компетенции) работников установленным требованиям к квалификации соответствующих специалистов;
- оценка соответствия квалификации специалистов занимаемым должностям;
- отбор претендентов на вышестоящие должности и/или должности, требующие более высокой квалификации;
- отбор претендентов для работы на новом оборудовании, для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи и т.д.;
- избавление от сотрудников, не соответствующих предъявляемым требованиям;
- определение списка лиц, намечаемых к первоочередному увольнению при сокращении численности или штата работников и т.д.;
- оценка необходимости совершенствования должностных инструкций;
- оценка условий труда с точки зрения их соответствия организационно-техническим условиям, для которых устанавливаются типовые нормы труда;
- назначение на определенные должности лиц, не имеющих соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающих достаточным практическим опытом;

— совершенствование системы оплаты труда работников;

— совершенствование кадровой политики учреждения и т.д.

Оценка уровня квалификации — основная задача аттестации. Но она не является самодостаточной. Во-первых, результаты такой оценки должны быть реализованы в конкретных управленческих решениях (увольнении, направлении работников на повышение квалификации и т.д.). Во-вторых, параллельно с основной должно обеспечиваться решение и других задач (определение необходимости корректировки должностных инструкций и т.д.).

Отбор претендентов на вышестоящие должности и/или должности, требующие более высокой квалификации может быть самостоятельной задачей аттестации работников конкретного подразделения, в котором имеются соответствующие вакантные должности (руководителя подразделения и т.д.). Но эта задача может решаться и путем формирования кадрового резерва на будущее (если соответствующих вакантных должностей на момент аттестации нет).

По итогам аттестации может быть произведен отбор претендентов для работы на новом оборудовании, поступившем в учреждение, для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи и т.д. В этом случае аттестация выступает своеобразным подготовительным этапом к проведению аккредитации специалистов.

Избавление от сотрудников, не соответствующих предъявляемым требованиям обычно не рассматривается как специальная задача аттестации, а является одним из возможных решений в отношении работников, не прошедших аттестацию. Тем не менее, если в коллективе обнаруживается сотрудник, чья компетенция вызывает сомнения (или, напротив, чья низкая квалификация не вызывает сомнений), возможна и аттестация с целью избавления от подобных сотрудников. Однако такая задача (избавление от сотрудников) не может быть официально





продекларирована — она может решаться как результат признания по итогам аттестации квалификации работника не соответствующей занимаемой должности. Как правило, недопустима также аттестация лишь в отношении конкретного работника подразделения (об имеющихся исключениях будет сказано ниже). При этом должно быть обоснование того, почему аттестация проводится лишь в отношении работников конкретного подразделения.

Определение списка лиц, намечаемых к первоочередному увольнению при сокращении численности или штата работников, необходимо осуществлять с учетом требований трудового законодательства, устанавливающего ограничения на увольнение по сокращению определенных категорий работников. В соответствии со статьей 179 Трудового кодекса при сокращении численности или штата работников преимущественное право на оставление на работе предоставляется работникам с более высокой производительностью труда и квалификацией. При возможном сокращении штата или численности аттестация поможет определить уровень квалификации того или иного работника, что позволит соблюсти нормы ст. 179 Трудового кодекса в части, касающейся преимущественного права. Вместе с тем, следует иметь в виду, что в соответствии с действующим законодательством преимущественным правом на оставлении на работе при ликвидации, сокращении численности или штата пользуются и иные категории граждан.

Оценка необходимости совершенствования должностных инструкций — важная задача аттестации, особенно в период перевода работников на эффективный контракт. Эффективный контракт — это конкретизированный трудовой договора, и должностная инструкция играет большую роль в этом процессе. Целесообразно перед переводом работников на эффективный контракт оценить должностные инструкции не только с точки зрения соответствия современным требованиям (профессио-

нальным стандартам и т.д.), но и с точки зрения того, насколько полно работники выполняют должностные инструкции, насколько легко с ними справляются и т.д.

В целом, оценка условий труда с точки зрения их соответствия организационно-техническим условиям, для которых устанавливаются типовые нормы труда, решается в ходе нормирования. Однако аттестация может взять на себя часть этих функций, оценивая использование конкретными работниками определенных технологий и т.д.

Назначение на определенные должности лиц, не имеющих соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающих достаточным практическим опытом в ряде случаев допускается в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (далее — Единый квалификационный справочник).

Согласно п. 6 данного Единого квалификационного справочника лица, не имеющие соответствующего дополнительного профессионального образования или стажа работы, установленных квалификационными требованиями, но обладающие достаточным практическим опытом и выполняющие качественно и в полном объеме возложенные на них должностные обязанности, по рекомендации аттестационной комиссии медицинской организации, в порядке исключения, могут быть назначены на соответствующие должности так же как и лица, имеющие специальную подготовку и необходимый стаж работы. Это одна из немногих ситуаций, когда аттестация может проводиться лишь в отношении отдельно взятого работника.

Аттестация может стать основанием для изменения (совершенствования) системы



оплаты труда. Например, после ее проведения могут быть внесены изменения в положение об оплате труда, связанные с установлением выплат стимулирующего характера за сложность, напряженность и т.д.

Совершенствование кадровой политики учреждения подразумевает широкий круг вопросов:

- совершенствование критериев отбора кадров;
- перестановку кадров по итогам аттестации;
- формирование программ повышения квалификации;
- формирование и подготовку кадрового резерва и т.д.

Как видим, на практике задач, которые могут решаться в рамках проведения аттестации, действительно, может быть много. Информация, полученная в ходе аттестации, должна быть использована максимально полно.

Сроки проведения аттестации

Сроки проведения аттестации могут устанавливаться в зависимости от целей и задач ее проведения, например:

- не реже одного раза в определенное количество лет (1 раз в три года, 1 раз в пять лет и т.д.);
- не чаще одного раза в определенное количество лет.

Если по определенным специальностям медицинские технологии меняются достаточно быстро (лечебная диагностика, онкология и т.д.), то уровень знаний или практических навыков может проверяться чаще, чем у тех работников, которые трудятся на должностях, для которых характерны более консервативные технологии (терапия и т.д.).

В зависимости от сроков проведения можно выделить следующие виды аттестации: плановая (очередная) и внеплановая (внеочередная).

Плановая (очередная) аттестация проводится через определенные промежутки вре-

мени (раз в полгода или раз в год, три, пять лет и т.д.), например, для установления соответствия квалификации работника выполняемой работе или при составлении долгосрочного плана направления работников на повышение квалификации.

Внеплановые (внеочередные) аттестации могут проводиться при выявлении факта смерти пациента, штрафных санкциях и т.д. по вине конкретного медицинского работника или при постоянных жалобах пациентов на поведение сотрудника, а также при подаче руководителем подразделения в аттестационную комиссию служебной записки о несоответствии работника требованиям, предъявляемым к занимаемой им должности. Помимо указанных случаев досрочная аттестация может проводиться при необходимости внести изменения в штатное расписание учреждения или систему оплаты труда, а также при проведении мероприятий по сокращению численности или штата организации для определения уровня производительности или квалификации работников, подлежащих увольнению, и в иных случаях.

Необходимо также установить сроки проведения аттестации для отдельных категорий работников, не прошедших ее вместе с остальными работниками (после отпуска по уходу за ребенком, по окончании курсов повышения квалификации и т.д.), а также длительность ее проведения.

При переводе работника на другую должность, если эта процедура требует проведения аттестации, необходимо предусмотреть возможность изменения сроков проведения аттестации.

Необходимость проведения аттестации работника, а также ее сроки целесообразно установить в трудовом договоре с работником при введении эффективного контракта.

Документы, необходимые для проведения аттестации

Для проведения аттестации должны быть разработаны документы, которые помогут организовать процесс, а также свести





к минимуму возможные споры по поводу итогов аттестации и принятых по ее результатам мер (переводы, поощрения, увольнения и т.д.). К числу таких документов относятся:

- положение, регламентирующее проведение аттестации;
- приказ об утверждении положения об аттестации;
- график (план-график) проведения аттестации по категориям работников и (или) структурным подразделениям;
- аттестационный лист;
- уведомление работника об аттестации;
- «пакет» документов представляемых аттестационной комиссии (характеристике работника и т.д.);
- протокол заседания аттестационной комиссии;
- приказ о мероприятиях по итогам аттестации.

На практике приказов, издаваемых в рамках проведения аттестации, может быть достаточно большое количество. В частности, это могут быть приказы, утверждающие составы аттестационных комиссий (имея в виду, что составы аттестационных комиссий для аттестации, например, врачей и медицинских сестер могут существенно отличаться; формирование комиссий, осуществляющих аттестацию, может происходить в разное время с учетом графика проведения аттестации, получения согласия на вхождение в состав аттестационных комиссий от представителей внешних организаций и т.д.).

Образцы вышеуказанных документов будут приведены в отдельной публикации в следующем номере журнала.

Категории лиц, подлежащих аттестации

Обращаем внимание на то, что в Перечне поручении Президента Российской Федерации речь идет об аттестации только специалистов (**«проведение аттестации специалистов»**). Аттестация работников учреждений здравоохранения, относящихся к профессиям рабочих, не предполагается.

Однако логично, что наряду со специалистами аттестацию должны пройти и руководители структурных подразделений, а также заместители руководителя учреждения.

Аттестация может проводиться как в отношении всех работников учреждений, так и в отношении только части работников (например, лишь специалистов) или лишь работников отдельных подразделений (например, если стоит задача отобрать претендента на заведование отделением). В ряде случаев аттестация может проводиться и в отношении лишь конкретных лиц (например, в случае, предусмотренном п. 6 Единого квалификационного справочника, о котором говорилось выше).

В общем случае, аттестации подлежат работники, как оформленные в учреждении по основному месту работы, так и выполняющие работу на условиях внутреннего и внешнего совместительства. Однако сроки проведения их аттестации могут быть различными. Это определяет сам работодатель.

В отношении медицинских работников не установлено обязательное требование прохождения аттестации. Однако имеются нормативные документы относительно ряда сотрудников учреждений здравоохранения (при их наличии в учреждении). Так, аттестацию должны проходить работники библиотек (ст. 26 Федерального закона от 29.12.1994 № 78-ФЗ «О библиотечном деле»).

Категории лиц, не подлежащих аттестации

Выше уже отмечалось, что в рамках Перечня поручений Президента предусмотрена аттестация специалистов — аттестация иных категорий работников не предполагается.

Аттестация руководителей учреждений здравоохранения — это компетенция вышестоящих органов. Поэтому в рамках учреждения аттестация руководителя учреждения не проводится.

В Письме Минздрава приведены категории специалистов, которые не подлежат аттеста-



ции: беременные женщины, лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет, специалисты, работавшие в организации (на занимаемой должности) менее года, лица, вышедшие на работу после длительного перерыва и др.

Однако обращаем внимание на то, что это лишь рекомендации. Нормативного документа, устанавливающего запрет на аттестацию указанных категорий работника не существует — этот вопрос полностью отдается на решение самого учреждения (если вышестоящие органы не установят иное).

Тем не менее, эти рекомендации имеют свое логичное обоснование. Аттестация беременных чревата стрессом с нежелательными последствиями. Кроме того, беременные вскоре уйдут в достаточно длительный отпуск по возвращении из которого им все равно придется восстанавливать свою квалификацию.

Законодательство не содержит запрета проведения аттестации и медицинских работников, приступивших к труду после длительного отпуска. Тем не менее, имеются нормативные документы, устанавливающие такие ограничения в отношении отдельных категорий работников. Например, аттестация работников, занимающих должности научно-педагогических работников, возможна не ранее чем через два года после их выхода из указанных отпусков (Положение о порядке проведения аттестации работников, занимающих должности научно-педагогических работников, утвержденное Приказом Минобрнауки России № 284). А аттестация гражданских служащих возможна не ранее чем через год после выхода из отпуска по беременности и родам и из отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет (п. 3 Положения о проведении аттестации государственных гражданских служащих Российской Федерации, утвержденного Указом Президента РФ от 01.02.2005 № 110). Учреждение вправе принять решение в отношении своих сотрудников по аналогии с положениями указанных документов.

Учреждениям здравоохранения придется столкнуться еще с одной неоднозначной ситуацией: проводить ли аттестацию специалистов, которым только что присвоена (или подтверждена) квалификационная категория. Действительно, целесообразно ли на уровне учреждения проводить аттестацию специалистов, которым решением комиссии с участием представителей вышестоящего органа, главных внештатных специалистов и т.д. недавно была присвоена, например, высшая категория? Тем более, что при отрицательной оценке квалификации по итогам внутриучрежденческой аттестации специалист скорее всего в суде добьется отмены подобного решения со ссылкой на решение аттестационной комиссии более высокого уровня.

Нормативных документов, регулирующих подобные ситуации, не существует. Учреждение вправе самостоятельно урегулировать этот вопрос. Возможен вариант, когда лица, получившие (подтвердившие) квалификационную категорию в течение определенного срока освобождаются от прохождения аттестации на предмет соответствия занимаемой должности. Но, как уже отмечалось выше, задачи аттестации не сводятся только к оценке квалификации. Поэтому в целях уточнения должностных инструкций, подбора кадрового резерва и т.д. возможна аттестация и специалистов, имеющих квалификационные категории.

Формирование и состав аттестационных комиссий

Актуальным является вопрос о том, кто должен входить в состав аттестационных комиссий? Кто вправе оценить квалификацию тех или иных специалистов?

Общие принципы формирования аттестационных комиссий, как и любых комиссий (советов и т.д.), призванных дать оценку результатам труда, квалификации и т.д. следующие:

1) В состав аттестационной комиссии должны включаться работники (специалисты и руководители), обладающие по сравнению с аттестуемым:



— более высокими полномочиями (руководители различного уровня);

— более высоким образованием (например, при аттестации медсестер со средним медицинским образованием целесообразно привлекать врачей, а также медсестер, имеющих высшее медицинское (сестринское) или иное образование);

— более высокой ученой степенью и/или научным званием (кандидат, доктор наук; доцент, профессор);

— более высокой квалификацией (имеющих более высокую квалификационную категорию);

— более высоким стажем (при равенстве квалификации) и т.д.

2) В состав аттестационной комиссии должны входить работники, обеспечивающие возможность оценки разных сторон деятельности работника, входящих в его квалификационные характеристики, должностные инструкции (например, в отношении врачей — не только лица с медицинским, но и с фармацевтическим образованием; в отношении руководителей структурных подразделений (заведующих отделениями и т.д.) — специалисты финансовых служб, оценивающие умение эффективно управлять коллективом, рационально использовать ресурсы и т.д.);

3) В состав аттестационной комиссии обязательно должны включаться представители выборного органа соответствующей первичной профсоюзной организации. Это требование статьи 82 Трудового кодекса.

Как видим, в большинстве случаев сформировать аттестационные комиссии для аттестации медицинских работников и руководителей с медицинским образованием не представляет большого труда. Оценить квалификацию врачей может заведующий отделением, заместители руководителя и сам руководитель учреждения и т.д.

Квалификацию любого заместителя руководителя учреждения с медицинским образованием аттестационная комиссия вправе оценить, если в состав комиссии вошел руко-

водитель учреждения, также имеющий медицинское образование (главный врач и т.д.).

Гораздо сложнее с аттестацией специалистов и руководителей, представленных в единичном или небольшом составе (юрисконсульт и т.д.). Это же касается заместителя по экономическим вопросам, главного бухгалтера и т.д. Для аттестации подобных специалистов (руководителей) целесообразно пригласить в аттестационную комиссию представителей профильных подразделений вышестоящих органов, преподавателей ВУЗов, соответствующих специалистов (руководителей) других учреждений и т.д.

В учреждении могут быть сформированы разные по составу аттестационные комиссии в зависимости от состава аттестуемых (например, комиссия по аттестации врачей, комиссия по аттестации медсестер, комиссия по аттестации работников финансовых служб и т.д.).

Критерии оценки

Критериями оценки соответствия работника занимаемой должности могут быть следующие:

- соответствие квалификационным требованиям по занимаемой должности — должна быть проведена проверка соответствия квалификации работника, требуемой квалификации для выполнения должностных обязанностей;

- прохождение в установленные сроки повышения квалификации и профессиональной переподготовки;

- определение участия работника в решении поставленных перед соответствующим структурным подразделением задач, сложности выполняемой им работы;

- результаты выполнения и т.д.

Оценка соответствия реальной квалификации работника занимаемой должности производится в соответствии с документами, устанавливающими квалификационные требования к соответствующим должностям. К числу таких документов относится, в частности, Приказ Минздравсоцразвития России



от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Еще одной важнейшей группой документов, служащих оценке соответствия работника занимаемой должности, являются профессиональные стандарты. Статья 195.1. Трудового кодекса определяет: «Профессиональный стандарт — характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности».

Для оценки квалификации работников могут применяться тесты, в том числе, компьютеризированные.

Следует особо обратить внимание на то, что уровень квалификации — это лишь одна из составляющих критериев оценки соответствия работника занимаемой должности. Нужна оценка и реального объема, а также и качества выполняемых работ (полноты выполнения должностной инструкции и т.д.).

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

— проведена проверка соответствия должностных обязанностей, определенных трудовым договором (должностей инструкцией) и фактически исполняемых трудовых обязанностей работника. Выявленные неточности должны быть устранены при последующем переводе работника на «эффективный контракт». При этом следует иметь в виду, что основным документом, в котором сформулированы должностные обязанности работника, является трудовой договор. Поэтому если в трудовом договоре работника его должностные обязанности четко не сформулированы, доказать несоответствие квалификации работника той должности, которую он занимает, будет сложно и при возникновении спора о результатах аттестации работник

вовне может оспорить ее итоги. Кроме того, крайне важным для успешного проведения аттестации и установления несоответствия работника занимаемой должности является наличие условий, которые работодатель обязан создать для обеспечения выполнения работником своих обязанностей. Если работодатель не обеспечил работников оборудованием, инструментами, технической документацией и иными средствами согласно ст. 22 Трудового кодекса, что повлекло ненадлежащее исполнение ими трудовых обязанностей, то увольнение по итогам аттестации может быть признано неправомерным, поскольку результаты работы в данном случае зависели не от уровня знаний или умений работников;

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

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

Меры, принимаемые по итогам аттестации

Оценка соответствия квалификации работника занимаемой должности не является самоцелью. Поэтому по итогам аттестации должен быть выработан комплекс мероприятий, направленных на совершенствование кадрового потенциала учреждения, повышение доступности и качества медицинской помощи. Кадровыми решениями по итогам аттестации могут быть следующие:

- переводы, в том числе повышение в должности;
- направления работника на повышение квалификации;
- поощрения;
- увольнения в связи с признанием квалификации работника несоответствующей занимаемой должности и т.д.;





— совершенствование (корректировка) должностных инструкций и т.д.

Выявление несоответствия фактически исполняемых трудовых обязанностей работника должностным обязанностям, определенным трудовым договором (должностей инструкцией), требует решения вопроса о том, необходимо ли усилить спрос с работника за полноту выполнения должностных обязанностей или необходимо скорректировать сами должностные инструкции. Несоответствия должностных инструкций и фактически выполняемой работы должны быть устранены при последующем переводе работника на «эффективный контракт».

Правовые последствия признания несоответствия квалификации работника занимаемой должности по итогам аттестации

Пункт 3) части 1 статьи 81 Трудового кодекса определяет, что трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случае несоответствия работника занимаемой должности или выполняемой работе вследствие недостаточной квалификации, подтвержденной результатами аттестации.

Вместе с тем, увольнение по основанию, предусмотренному пунктом 3 части 1 данной статьи, допускается, если невозможно перевести работника с его письменного согласия на другую имеющуюся у работодателя работу (как вакантную должность или работу, соответствующую квалификации работника, так и вакантную нижестоящую должность или нижеоплачиваемую работу), которую работник может выполнять с учетом его состояния здоровья. При этом работодатель обязан предлагать работнику все отвечающие указанным требованиям вакансии, имеющиеся у него в данной местности. Предлагать вакансии в других местностях работодатель обязан, если это предусмотрено коллективным договором, соглашениями, трудовым договором.

Имеются и другие ограничения на увольнение работников, не прошедших аттеста-

цию. Статья 82 Трудового кодекса предусматривает, что увольнение работников, являющихся членами профсоюза, по основаниям, предусмотренным пунктом 3 части 1 статьи 81 Трудового кодекса производится с учетом мотивированного мнения выборного органа первичной профсоюзной организации в соответствии со статьей 373 Трудового кодекса.

При проведении аттестации, которая может послужить основанием для увольнения работников в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 81 Трудового кодекса, в состав аттестационной комиссии в обязательном порядке включается представитель выборного органа соответствующей первичной профсоюзной организации.

Коллективным договором может быть установлен иной порядок обязательного участия выборного органа первичной профсоюзной организации в рассмотрении вопросов, связанных с расторжением трудового договора по инициативе работодателя.

Статья 373. Трудового кодекса определяет порядок учета мотивированного мнения выборного органа первичной профсоюзной организации при расторжении трудового договора по инициативе работодателя

При принятии решения о возможном расторжении трудового договора в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 81 Трудового кодекса с работником, являющимся членом профессионального союза, работодатель направляет в выборный орган соответствующей первичной профсоюзной организации проект приказа, а также копии документов, являющихся основанием для принятия указанного решения.

Выборный орган первичной профсоюзной организации в течение семи рабочих дней со дня получения проекта приказа и копий документов рассматривает этот вопрос и направляет работодателю свое мотивированное мнение в письменной форме. Мнение, не представленное в семидневный срок, работодателем не учитывается.



В случае, если выборный орган первичной профсоюзной организации выразил несогласие с предполагаемым решением работодателя, он в течение трех рабочих дней проводит с работодателем или его представителем дополнительные консультации, результаты которых оформляются протоколом. При недостижении общего согласия по результатам консультаций работодатель по истечении десяти рабочих дней со дня направления в выборный орган первичной профсоюзной организации проекта приказа и копий документов имеет право принять окончательное решение, которое может быть обжаловано в соответствующую государственную инспекцию труда. Государственная инспекция труда в течение десяти дней со дня получения жалобы (заявления) рассматривает вопрос об увольнении и в случае признания его незаконным выдает работодателю обязательное для исполнения предписание о восстановлении работника на работе с оплатой вынужденного прогула.

Соблюдение вышеуказанной процедуры не лишает работника или представляющий его интересы выборный орган первичной профсоюзной организации права обжаловать увольнение непосредственно в суд, а работодателя — обжаловать в суд предписание государственной инспекции труда.

Работодатель имеет право расторгнуть трудовой договор не позднее одного месяца со дня получения мотивированного мнения выборного органа первичной профсоюзной организации. В указанный период не засчитываются периоды временной нетрудоспособности работника, пребывания его в отпуске и другие периоды отсутствия работника, когда за ним сохраняется место работы (должность).

Категории работников, не подлежащих увольнению вследствие признания не прошедшими аттестацию

Следует иметь в виду, что не каждого работника можно уволить по п. 3 ч. 1 ст. 81

Трудового кодекса, поскольку данное основание расторжения трудового договора относится к инициативе работодателя.

Работодатель не вправе уволить (ч. 1, 4 ст. 261, ст. 264 Трудового кодекса):

- беременную женщину;
- женщину, имеющую ребенка в возрасте до трех лет;
- одинокую мать, воспитывающую ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет);
- отца, воспитывающего без матери ребенка в возрасте до 14 лет (ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет), либо опекуна, попечителя детей указанного возраста;
- родителя (опекуна, попечителя), который является единственным кормильцем ребенка до 3-х лет в семье с тремя и более детьми до 14 лет или ребенка-инвалида до 18-ти лет, если другой родитель (опекун, попечитель) не работает.

Следовательно, даже после подведения итогов аттестации, в ходе которой выявилось несоответствие занимаемой должности, увольнение такого работника будет незаконным.

Соответственно, нет смысла проводить аттестацию этих работников с точки зрения возможного избавления от них. Но, возможно, имеет смысл с точки зрения уточнения должностных обязанностей данных работников и т.д.

Следует отметить, что помимо ограничений на увольнение, связанных с результатами аттестации, существуют и другие ограничения на увольнение по основаниям, предусмотренным ст. 81 Трудового кодекса. Это ограничения, касающиеся следующих работников:

- работников, находящихся в отпуске, независимо от его вида (ежегодный, дополнительный, иной) (ч. 6 ст. 81 Трудового кодекса);
- работников в период временной нетрудоспособности (ч. 6 ст. 81 Трудового кодекса);
- представителей работников в период ведения коллективных переговоров (ч. 3 ст. 39 Трудового кодекса);





- работников, являющихся членами профсоюза (ч. 2 ст. 82 Трудового кодекса);
- работников в возрасте до 18 лет (ст. 269 Трудового кодекса);
- представителей работников, участвующих в разрешении коллективного трудового спора (ст. 405 Трудового кодекса);
- работников, участвующих в коллективном трудовом споре или в забастовке (ст. 415 Трудового кодекса);
- работников, избранных в состав комиссий по трудовым спорам (ст. ст. 171, 373 Трудового кодекса);
- руководители (их заместители) выборных коллегиальных органов первичных профсоюзных организаций, выборных коллегиальных органов профсоюзных организаций структурных подразделений организаций (не ниже цеховых и приравненных к ним), не освобожденные от основной работы (далее — руководители (их заместители) выборных коллегиальных органов профсоюзных организаций) (ст. ст. 374, 376 Трудового кодекса).

Заключение

Изложенное выше дает ответ на часто задаваемый вопрос: почему аттестация должна предшествовать переводу на эффективный контракт? Конечно, не только потому, что так сказал Президент. Не менее важно то, что аттестация позволяет уточнить должностные инструкции, показатели и критерии оценки деятельности работников и т.д., то есть подготовить основу для того, чтобы

перевод на эффективный контракт не был формальным.

Но возникает еще один закономерный вопрос: как быть, если перевод работников на эффективный контракт уже осуществлен? Нужна ли в таком случае аттестация? Нужна! Аттестация — важный элемент кадровой и управленческой политики. Нужно знать кадровый потенциал сотрудников и уметь управлять им.

Кроме того, следует иметь в виду, что II этап «Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» (2014–2015 гг.), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р, предполагает актуализацию (разработку) показателей эффективности деятельности работников учреждений для обеспечения увязки оплаты труда с повышением качества предоставляемых государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ). Аттестация и в этом процессе может оказаться очень полезной.

В конце концов, аттестация является дополнительным внешним стимулом для работников для повышения своей квалификации — она заставит работников хотя бы накануне заседания аттестационной комиссии заглянуть в руководства, клинические рекомендации, изучить стандарты медицинской помощи и т.д., что само по себе является позитивным результатом.



Литература

1. Федеральные законы от 27.07.2004 № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» и от 02.03.2007 № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 30.11.2011 № 342-ФЗ «О службе в органах внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».



4. Положение о проведении аттестации государственных гражданских служащих Российской Федерации, утвержденного Указом Президента РФ от 01.02.2005 № 110.
5. Приказ МВД России от 14.03.2012 № 170 (ред. от 02.07.2014) «О порядке проведения аттестации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации».
6. Демидов Г.И. Новый порядок аттестации педагогических работников//Оплата труда в государственном (муниципальном) учреждении: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2014. — № 7.
7. Путеводитель по кадровым вопросам. Аттестация. От 16.02.2015//КонсультантПлюс. www.consultant.ru.
8. Шадрина Т.В. Аттестация работников как основание для увольнения//Оплата труда: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2014. — № 12.

UDC 614:338.26

Kadyrov F.N. *Regulations on how to assess professional competence of health employees and adequacy of their job titles* (Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health Development of the Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. In December 2013 President of Russian Federation, Vladimir Putin announced a task to complete an assessment of specialists with their further transfer onto effective contract basis. However, available normative documents do not describe the order on how to complete the assessment for job competence. The following article is dedicated to the issue of developing proposals and recommendations on competence assessment of state (municipal) health care specialists on the basis of analysis of current normative base, documents, related to certain aspects of assessment process and/or with consideration of the goals and targets of the assessment process.

Keywords: *assessment, job competence assessment, qualification, personnel, redundancy, effective contract.*

Профессиональное сообщество



НАЦИОНАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА (НМП) СОЗДАЕТ ОБЩЕРОССИЙСКУЮ СИСТЕМУ ДОСУДЕБНОГО И ВНЕСУДЕБНОГО УРЕГУЛИРОВАНИЯ КОНФЛИКТОВ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ И ТРЕТЕЙСКОГО СУДОПРОИЗВОДСТВА

Как подчеркнул президент НМП Леонид Рошаль, уже давно назрела необходимость в системном подходе к правовому урегулированию конфликтов между врачами и пациентами. Для этого необходимо создать условия для подготовки специалистов — только в этом случае и врач, и пациент смогут получить объективную оценку ситуации и правовую защиту.

На государственном уровне до сих пор не был создан эффективный алгоритм досудебного разбирательства. Успешные наработки в этом направлении есть у Врачебной палаты Смоленской области. В рамках Национальной медицинской палаты был разработан такой проект. Он направлен на развитие системы юридической защиты медиков на базе профессиональных и территориальных общественных некоммерческих организаций медицинских работников, являющихся членами НМП. Первоочередная задача — обучение членов НМП по программам повышения квалификации в сфере медиации и третейского судопроизводства, а также создание региональных центров по урегулированию конфликтов между врачами и пациентами. Обучение для членов НМП будет полностью бесплатным и будет проходить на базе Института последипломного медицинского образования г. Смоленска по двум программам: «Основы медиации» и «Организация деятельности третейских судов в здравоохранении и социальной сфере».

При Национальной Медицинской Палате планируется также создать общероссийские коллегии по Третейским судам и досудебному урегулированию споров.

Источник: НМП



МОСКОВСКИЕ ВЛАСТИ НАЧАЛИ ВОЙНУ С ПОДДЕЛЬНЫМИ РЕЦЕПТАМИ



Московские врачи в ближайшее время получают 40 000 социальных карт москвича с функцией цифровой подписи. Данные карты дадут дополнительную защиту документам, которые оформляет врач (анализам, рецептам). Кроме того, технология позволит пациентам использовать информационную систему клиники удаленно, а врачи смогут дистанционно консультировать больных, из дома. Об этом рассказал замглавы департамента информационных технологий Владимир Макаров.

Выдаваемые соцкарты не вводят специальные льготы для врачей, кроме уже действующих скидок в магазинах и аптеках.

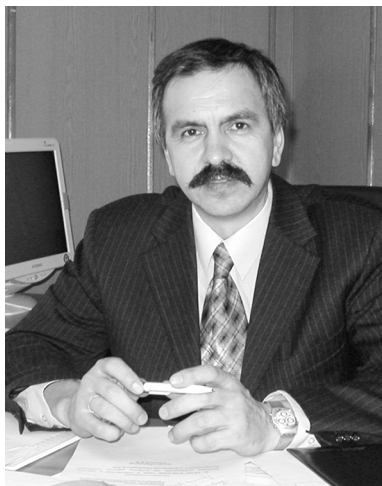
Сейчас у врачей есть пластиковый пропуск для авторизации в Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС). Как раз, его и планируется заменить на карты с цифровой подписью. Макаров подчеркивает: «Мы переходим на электронный документооборот, отказываемся от бумаги, а для электронной подписи нужен носитель, поэтому мы выбрали соцкарту. Помимо подписи, она будет включать доступ к системе не только на рабочем месте, но и в удаленном режиме — из дома. В дальнейшем подписи будут ставить на электронные рецепты. Сейчас такие рецепты выписывают уже более 300 амбулаторий. Окончательно на них перейдут в первом квартале 2015 года». Известно: пилотный проект по выдаче соцкарт реализуют в поликлинике № 175. Далее в течение трех месяцев медиком будут приглашать в многофункциональные центры (МФЦ) для получения карт.

По мнению члена Комиссии по здравоохранению Мосгордумы, главврача городской клинической больницы № 64 Ольги Шараповой, соцкарта с электронной подписью даст дополнительную степень защиты данных пациентов, а также сделает невозможной любую подделку электронных рецептов. Удобным будет и удаленный доступ к ЕМИАС, ведь нередко пациентам требуется консультация по истории болезни во внеурочное время. Проблема подделки рецептов действительно существует. Как отмечает руководитель Аптечной гильдии Елена Неволлина, сейчас подделывают в основном бумажные рецепты. Что касается новой системы, то ее введение потребует обновления программного обеспечения в аптеках. Кто возьмет на себя соответствующие расходы, пока не обсуждалось.

Власти обещали внедрить электронные рецепты во всех московских поликлиниках к концу первого квартала 2015 года. Сейчас такие рецепты выписывают уже 370 амбулаторий города, а к концу 2014 года было оформлено более 3,7 миллиона электронных назначений, 85% из которых уже выдано в аптеках. Электронные рецепты выписываются с помощью ЕМИАС. Врач на своем компьютере заносит в систему необходимые для выписки рецепта данные, а пациенту нужно только распечатать документ в информационном киоске в поликлинике, а затем вместе с полисом ОМС прийти в аптеку. В аптеке фармацевт сканирует штрих-код полиса и видит в своем компьютере подтверждение рецепта от врача, после чего выдает препарат.

Напомним: в прошлом году также был запущен пилотный проект по внедрению электронной медицинской карты, содержащей информацию об осмотрах, диагнозах, рецептах и направлениях, справки и листы нетрудоспособности.

Источник: <http://meddaily.ru>



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



Если работники превысили установленные для них нормы труда (нагрузки), обязаны ли мы им дополнительно оплачивать это превышение?

Само по себе превышение норм труда не является основанием для дополнительной оплаты труда. Так же, как и невыполнение норм труда само по себе не является основанием для снижения размера оплаты труда. Все зависит от условий трудового договора, положения об оплате труда.



Есть показатели и критерии оценки деятельности работников, есть нормы труда — как они соотносятся между собой?

Показатели и критерии оценки эффективности деятельности работников используются в рамках введения эффективного контракта для оценки работы сотрудника в целях начисления ему заработной платы (выплат стимулирующего характера). Нормы же труда — это мера труда — объем работы, обязательный для выполнения.

Выполнение норм труда входит в обязанности работника, а достижение показателей и критериев не является обязательным (если иное не прописано в трудовом договоре с работником).

За невыполнение норм труда могут быть применены дисциплинарные взыскания. Во-первых, статья 21 Трудового кодекса, посвященная правам и обязанностям работника, устанавливает, что работник обязан выполнять установленные нормы труда. Во-вторых, в трудовом договоре с работником, заключаемом в рамках вводимого эффективного контракта, может быть прописано, что обязанностью работника является выполнение норм труда, оговаривая, что именно для данного работника является нормой труда (объем оказанных услуг в определенных единицах, стоимость оказанных услуг и т.д.), а также величину этих норм. При недостижении показателей и критериев работник получит меньший размер оплаты труда.

Для большей наглядности различия между показателями (критериями) оценки эффективности деятельности работников и нормами труда отражены в таблице.





	Показатели и критерии оценки деятельности сотрудника	Нормы труда
Цель установления	Стимулирование достижения лучших результатов	Установление меры труда
Достижение цели обеспечивается	Компенсацией дополнительных затрат труда, обеспечивающих лучший результат	Регламентацией объема работы
Являются составной частью	Системы оплаты труда	Системы нормирования как элемента организации труда
Обязательность выполнения	Не является обязательным, если иное не установлено трудовым договором	Обязательны для выполнения (статья 21 Трудового кодекса)
Последствия невыполнения	Снижение оплаты труда (не достижение ожидаемого уровня оплаты — выплата стимулирующего характера)	Дисциплинарные взыскания, вплоть до увольнения (статья 192 Трудового кодекса)

Оптимальным является установление показателей и критериев (хотя бы некоторых из них) на основании норм труда. Тогда достижение установленных значений показателей будет стимулироваться и дисциплинарными мерами (взысканиями) в рамках трудового законодательства, и материально (в рамках выплат стимулирующего характера при введении эффективного контракта).

Если повысим оклад до 55–60% от общего размера оплаты труда, как это предлагает Минздрав России, то опять придется пересматривать (снижать) все выплаты? Опять придется менять трудовой договор? Это будет новый эффективный контракт?

Абсолютно правильная постановка вопроса. Выплаты стимулирующего характера были рассчитаны с учетом существовавших окладов. Но поскольку оклады не повышались уже давно, размер выплат стимулирующего характера в настоящее время стал достаточно высоким. И этот уровень выплат закладывался в эффективный контракт. Если же резко повысить оклады (а именно это предлагает Минздрав России в своем Письме от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников»), то выплаты стимулирующего характера должны резко снизиться. Действительно, увеличение финансирования под повышающиеся оклады не выделяется (предполагается, что повышение окладов должно просто изменить структуру заработной платы). Но как снизить выплаты стимулирующего характера, если размер выплат уже был заложен в только что заключенный недавно эффективный контракт? Без нового пересмотра трудового договора не обойтись. Придется всю процедуру уведомления работников и внесения изменений в трудовых договорах проводить заново. Это все равно, что еще раз перевести работников на эффективный контракт.

Как это часто бывает, в лучшем положении оказались те, кто никуда не спешил и еще не вводил эффективный контракт. Но это лишь относительный выигрыш — при последующем повышении окладов (если оно также не будет обеспечено одновременным адекватным увеличением финансирования) с этой проблемой все равно придется столкнуться.

Как быть? Вариантов может быть несколько:

1. Не прописывать в трудовом договоре конкретный размер выплат стимулирующего характера, сославшись на положение об оплате труда (где должен быть кон-

кретизирован порядок начисления выплат стимулирующего характера). Тогда не нужно будет вносить изменения во все трудовые договоры — необходимо будет уведомить работников только об изменениях в положении об оплате труда. Это очень практичный и вполне законный вариант (в соответствии со статьей 144 Трудового кодекса системы оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений **устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами** в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами). Но этот вариант плохо сочетается с духом, логикой эффективного контракта, как именно конкретизированного трудового договора.

2. Использовать балльную систему формирования выплат стимулирующего характера, рекомендованную в Приказе Минздрава России от 28 июня 2013 г. № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников». Тогда неизбежное при повышении окладов снижение выплат стимулирующего характера не потребует специального уведомления работников, поскольку сумма выплат, подлежащая распределению, может быть различной и зависит от конкретных финансовых результатов (это должно быть четко зафиксировано в положении об оплате труда, принятом в учреждении). Тем более, что в трудовом договоре с работником (в эффективном контракте) прописывается не конкретная сумма выплат, а лишь алгоритм расчета величины выплат стимулирующего характера, аналогично предложенному в вышеуказанном Приказе Минздрава России № 421.

3. Можно воспользоваться таким понятием, как «условие получения выплаты», которое содержится в «Примерной форме трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения» (Приложение № 3 к Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р). В качестве такого условия в самом трудовом договоре (и в положении об оплате труда) может быть прописана фраза примерно следующего содержания: «При наличии (в пределах) имеющихся финансовых средств». Тогда резкое уменьшение размера выплат стимулирующего характера, как и при предыдущем варианте, вообще не потребует уведомления работников (хотя разъяснить сотрудникам учреждения сложившуюся ситуацию, безусловно, нужно).

Обязательно ли использовать именно балльную систему начисления выплат стимулирующего характера, предусмотренную Приказом Минздрава № 421?

Нет, необязательно. В самом вышеупомянутом Приказе Минздрава России № 421 записано: «Механизмы распределения стимулирующих выплат конкретным работникам могут быть разными, в частности, на основе балльной оценки».

Как видим, это только один из возможных вариантов, на котором Минздрав России вовсе не настаивает. Но, как было показано выше, этот вариант имеет ряд достоинств и в ряде случаев (с точки зрения ряда позиций) является достаточно удобным.



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

АКТУАЛИЗИРОВАНЫ ПРАВИЛА ВНЕОЧЕРЕДНОГО БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ ВОЙНЫ И ВЕТЕРАНАМ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Постановление Правительства РФ от 13 февраля 2015 г. № 123 «Об утверждении Правил внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти» (не вступило в силу)

Обновлен порядок внеочередного бесплатного оказания медицинской помощи инвалидам войны и ветеранам в федеральных медорганизациях.

Изменения обусловлены принятием нового Закона об основах охраны здоровья граждан. Внесены терминологические уточнения.

Как и прежде, медпомощь в федеральных медорганизациях указанным лицам оказывается в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи при наличии медицинских показаний.

Перечень медорганизаций для внеочередного оказания медпомощи инвалидам войны и ветеранам определяет Минздрав России.

Граждане направляются на внеочередное оказание медпомощи медорганизациями, к которым они были прикреплены в период работы до выхода на пенсию и в которых им продолжает оказываться медпомощь после выхода на пенсию, или иными поликлиниками, в которых они получают медпомощь в рамках ОМС.

В 2015–2016 ГГ. В РЕГИОНАХ ПЛАНИРУЮТ ЗАПУСТИТЬ ПИЛОТНЫЕ ПРОЕКТЫ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЬГОТНИКОВ

Распоряжение Правительства РФ от 30 января 2015 г. № 136-р «О реализации в 2015–2016 годах пилотных проектов на территориях субъектов Российской Федерации»

Установлены критерии отбора регионов для реализации в 2015–2016 гг. пилотных проектов по модернизации системы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

Пилотные проекты предполагают внедрение рациональных моделей ценообразования, в том числе на основе референтных цен на лекарственные препараты для медприменения.

Для участия в пилотном проекте субъект Федерации должен удовлетворять следующим критериям. Уровень укомплектованности медицинских и аптечных организаций медицинскими и фармацевтическими работниками должен составлять не менее 75%. В регионе должно быть не менее 25 аптечных организаций, отпускающих лекарства льготникам, на 100 тыс. жителей, а также не менее 2 оптовых складов для хранения лекарственных средств на 1 млн. жителей.

Кроме того, обязательно наличие системы информатизации и специальных программ для информатизации по вопросу лекарственного обеспечения населения между медицинскими и аптечными организациями.

Отбор регионов проводит Минздрав России.



МИНЗДРАВ РОССИИ И ФОМС ЗАКЛЮЧАТ С РЕГИОНАМИ СОГЛАШЕНИЯ О РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДПОМОЩИ

Постановление Правительства РФ от 11 февраля 2015 г. № 113 «Об утверждении Правил заключения соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации»

Минздравом России, ФОМС и высшими исполнительными органами госвласти субъектов Федерации заключаются соглашения о реализации территориальных программ госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования. Прописан порядок заключения таких соглашений.

В соглашении приводятся значения нормативов объема медпомощи в расчете на одного жителя в целом по территориальной программе и нормативов объема медпомощи на одно застрахованное лицо, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС.

При внесении изменений в территориальную программу по согласованию сторон заключаются дополнительные соглашения.

Постановление вступает в силу со дня его подписания.

КАК ДОЛЖНА ОКАЗЫВАТЬСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДПОМОЩЬ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 декабря 2014 г. № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 2 февраля 2015 г. Регистрационный № 35 821.

Пересмотрен порядок организации оказания специализированной медпомощи. Это обусловлено принятием Закона об охране здоровья граждан (вместо Основ законодательства РФ в данной сфере 1993 г.).

Теперь речь идет в том числе о высокотехнологичной медпомощи. Она включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Специализированная медпомощь оказывается в дневном стационаре и стационарно. В последнем случае обеспечивается круглосуточное медицинское наблюдение и лечение.

Перечислены медицинские показания для оказания специализированной медпомощи в стационарных условиях. Например, если есть риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением. Или в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1 группы.

Медицинские показания для оказания высокотехнологичной медпомощи в плановой форме определяются врачебной комиссией медорганизации, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медпомощь. При этом учитывается перечень видов высокотехнологичной медпомощи, установленный программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи.





Для получения специализированной медпомощи в экстренной или неотложной форме пациент самостоятельно обращается в медорганизацию или доставляется в нее на «скорой».

Причем с момента поступления гражданина для оказания специализированной медпомощи в экстренной форме до установления предварительного диагноза должно пройти не более 1 часа.

Прописан порядок направления пациентов в организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медпомощи.

РЕГИОНАМ ПЕРЕДАНЫ ПОЛНОМОЧИЯ ПО ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: КАК ОЦЕНИВАЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 октября 2014 г. № 680н «Об утверждении порядка осуществления оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации по осуществлению переданных им полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 3 декабря 2014 г. Регистрационный № 35 074.

Установлено, как оценивается эффективность реализации переданных регионам полномочий в сфере охраны здоровья.

Речь идет о лицензировании медицинской и фармацевтической деятельности, а также деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений. На исполнение названных полномочий выделяются субвенции.

Оценка проводится ежеквартально. При этом учитываются такие показатели, как количество фактически проведенных проверок, доля их отмененных результатов, число удовлетворенных (признанных обоснованными) жалоб и др.

ГДЕ МОЖНО БЕСПЛАТНО ПОЛУЧИТЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДПОМОЩЬ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 декабря 2014 г. № 967н «Об утверждении перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 января 2015 г. Регистрационный № 35 738.

Подготовлен перечень ФГУ, оказывающих высокотехнологичную медпомощь, не включенную в базовую программу ОМС, за счет ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются иные межбюджетные трансферты из ФФОМС.

В него вошли 132 организации. Среди них — Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества, Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» имени академика С.Н. Федорова, Эндокринологический научный центр, Ростовский научно-исследовательский институт акушерства и педиатрии.

Утрачивает силу список медорганизаций, оказывающих высокотехнологичную медпомощь за счет ассигнований из федерального бюджета.



ОБНОВЛЕН ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ ТЕХСРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 9 декабря 2014 г. № 998н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 27 января 2015 г. Регистрационный № 35 747.

Установлен новый перечень показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации.

Это обусловлено, во-первых, появлением новых техсредств реабилитации инвалидов.

Во-вторых, из перечня техсредств реабилитации исключены эндопротезы. С 1 января 2015 г. оказание медицинской помощи инвалидам, требующей использования эндопротезов, осуществляется медицинскими организациями за счет средств ОМС. Назначение эндопротезов специалистами медико-социальной экспертизы в рамках индивидуальной программы реабилитации после 31 декабря 2014 г. и, соответственно, обеспечение данными изделиями инвалидов в соответствии с индивидуальными программами реабилитации, разработанными после указанной даты, не допускается.

По медицинским показаниям и противопоказаниям выявляют необходимость предоставления инвалиду техсредств реабилитации для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности. Конкретный вид техсредства реабилитации подбирают инвалиду индивидуально с учетом его физиологических особенностей и условий использования техсредства. Так, при выдаче рекомендаций о нуждаемости в кресле-коляске учитывают виды спинки, сидения, подлокотника, подножки, приспособлений, ширину, глубину, высоту сидения, высоту спинки и подлокотника, предназначение, тип управления.

При наличии противопоказаний предоставляют иное техсредство реабилитации.

Отметим, что инвалидов обеспечивают техсредствами реабилитации бесплатно (за счет средств федерального бюджета и ФСС РФ).

ОБНОВЛЕНА НОМЕНКЛАТУРНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МЕДИЗДЕЛИЙ ПО ВИДАМ. В СВЯЗИ С ЭТИМ РОСЗДРАВНАДЗОР РЕКОМЕНДУЕТ...

Информация Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 19 января 2015 г. «Росздравнадзор обращает внимание заявителей государственной регистрации медицинских изделий на вступление в силу 06.01.2015 Приказа Минздрава России от 25.09.2014 № 557н»

6 января 2015 г. вступил в силу Приказ Минздрава России, согласно которому в новой редакции изложена номенклатурная классификация медизделий по видам. Так, теперь проставляется 6-значный код, указываются наименование, классификационные признаки в зависимости от назначения медизделия (область применения, инвазивность, стерильность, частота использования (однократное или многократное применение), конструктивные и эксплуатационные особенности). Таким образом, в заявлениях о регистрации изделия, о внесении изменений в удостоверение на него, о выдаче дубликата, о замене, поданных в Росздравнадзор после вступления в силу изменений, в реквизите «Вид медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий» рекомендуется указывать 6-значный код.

На сайте Службы можно найти необходимый вид (код) в разделе «Электронные сервисы» — «Номенклатурная классификация медицинских изделий по видам».





СУБСИДИИ РЕГИОНАМ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ОТДЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ГОСПРОГРАММЫ ПО РАЗВИТИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ФОРМА ОТЧЕТА О РАСХОДАХ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 октября 2014 г. № 604н «Об утверждении формы и порядка представления отчета об осуществлении расходов бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых является субсидия из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации на реализацию отдельных мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 ноября 2014 г. Регистрационный № 34 819.

Из федерального бюджета регионам выделяются субсидии на реализацию отдельных мероприятий госпрограммы «Развитие здравоохранения». Каждый субъект должен отчитываться перед Минздравом России о финансируемых расходах. Утверждена форма отчета. Уполномоченный орган исполнительной власти региона представляет его в Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического человека на бумажном носителе (плюс копия в электронном виде). Квартальная отчетность составляется нарастающим итогом с начала года на 1 апреля, 1 июля и 1 октября. Передается до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом. Годовая — на 1 января года, следующего за отчетным. Представляется до 10 января. Признаются утратившими силу формы отчетов о расходах регионов, покрываемых за счет субсидий на закупки диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных ВИЧ и вирусами гепатитов В и С, и о достижении показателей результативности предоставления средств.

СУБВЕНЦИИ РЕГИОНАМ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ ПУТЕВОК: РАСПРЕДЕЛЕНИЕ НА 2015 Г.

Распоряжение Правительства РФ от 26 декабря 2014 г. № 2711-р «О распределении субвенций, предоставляемых в 2015 г. из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на осуществление переданных полномочий РФ по оказанию отдельным категориям граждан государственной социальной помощи в части предоставления при наличии медицинских показаний путевок на санаторно-курортное лечение, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно»

Утверждено распределение субвенций, предоставляемых в 2015 г. регионам на осуществление переданных полномочий по предоставлению при наличии медпоказаний путевок на санаторно-курортное лечение, а также бесплатного проезда на междугородном транспорте к месту лечения и обратно. Общая сумма — 2015584,1 тыс. руб. В распределении участвуют Ингушетия, Татарстан, Удмуртия, Амурская, Брянская, Воронежская, Курская, Московская, Орловская, Самарская, Саратовская, Тамбовская, Тюменская, Ульяновская и Челябинская области, Москва.

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



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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



Продолжается подписка на 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» Сretenское 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.

