ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9. 2012

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

sartorius

BIOHIT Picus.
Революция
в дозировании!

Электронный дозатор
Biohit Picus –
совершенно новый
уровень эргономичности,
точности и надежности.

www.biohit.ru www.sartorius.com

turning science into solutions

(812) 327.53.27 (495) 748.16.13

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ **Проблема соответствия условий деятельности автономного учреждения своему статусу при отсутствии государственного (муниципального) задания**
- ☑ **Обязательное лекарственное страхование к 2014–2015 году: оценка перспектив**
- ☑ **Экономическая оценка технологий здравоохранения: зарубежный опыт**
- ☑ **Применение технологий риск-менеджмента в системе оказания медицинской помощи**
- ☑ **Организация биобезопасных условий работы в медицинском учреждении инфекционного профиля**
- ☑ **Опыт внедрения профессиональных клининговых технологий в многопрофильной больнице**
- ☑ **Создание регистра больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию**
- ☑ **Кто считает себя больным в России:** *данные социального опроса*

WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 9
2012

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

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

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Ответственный редактор:
ГОЛУБЦОВ Александр Анатольевич,
д.м.н., ответственный редактор «Менеджер здравоохранения»

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации Минрегионразвития России

В номере:

ГОСПИТАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Внедрение принципов корпоративного менеджмента в управление государственной больницей
М.Т. Югай, Ф.Н. Кадыров 6–9

ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ В ЛПУ

Система биобезопасности ЛПУ: современные взгляды и подходы
А.А. Голубцов 10–13

Современные технологии уборки и дезинфекции ЛПУ — реальность сегодняшнего дня
Д.В. Разумова, Т.Н. Суборова, Я.А. Накатис 14–19

Инфекционный контроль и здоровье-сберегающие технологии в лечении и выхаживании новорожденных детей
Н.И. Захарова, М.И. Петрухина, Л.В. Малютина, В.А. Перцева 20–26

Внедрение современных технологий инфекционной безопасности как основа контролируемого эпидемиологического надзора на примере Томского областного перинатального центра
А.В. Холопов, В.В. Горев, Е.И. Лукашова, О.В. Третьякова, А.С. Аверин 27–34

ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Организация здравоохранения в США. Часть 1
Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев 35–47

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

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования Минздравсоцразвития РФ

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

ЭКСПЕРТНЫЕ МНЕНИЯ

О «бесстыдно низком» уровне подготовки врачей в ВУЗах и обновлении учебных планов всех медицинских ВУЗов страны 48–50

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы.
Приказ Департамента здравоохранения Москвы № 531 от 9 июня 2012 г. Часть 2 51–73

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Является ли отсутствие полиса обязательного медицинского страхования основанием для предоставления медицинской помощи за плату? (правовой анализ ситуаций)
Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров 74–77

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 78–80

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

81–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.
Материалы рецензируются редакционной коллегией.
Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.
За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

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

Главный редактор:
академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

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

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№ 9
2012

Contents:

HOSPITAL MANAGEMENT

Integration of corporate management principles into administration of public hospital
M.T. Yugay, F.N. Kadyrov 6–9

INFECTION SECURITY IN HEALTH FACILITIES

Biosecurity system of Health facilities: modern views and approaches
A.A. Golubtsov 10–13

Modern technologies in cleaning and disinfection of Health facilities — reality of today
D.B. Razumova, T.N. Suborova, Y.A. Nakatis 14–19

Infectious control and health preserving technologies in treatment and nursing of newborn babies
N.I. Zaharova, M.I. Petruhina, L.V. Perxeva 20–26

Implementation of modern technologies of infectious security as a basis of controlled epidemiology supervision with the example of Tomsk regional perinatal center
A.V. Holopov, V.V. Gorev, E.I. Lukashova, O.V. Tretyakova, A.S. Averin 27–34

INTERNATIONAL EXPERIENCE

Health system in the USA. Part 1
R.A. Khalfin, I.Y. Tadjiev 35–47

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

EXPERT OPNINIONS

Regarding «shamelessly low» level of preparation of physicians in Universities and update of curriculums of all medical universities in the country 48–50

INTERESTING DOCUMENT

Concerning events about Moscow state health care medical organizations which implement new system of labor compensation, different from tariff system of employees' labor compensation existing in Moscow state institutions.
Order of Moscow Health Care Department №531 dated from 9 June 2012 year. Part 2 51–73

CONSULTS MANAGER OF HEALTH CARE

Can absence of mandatory medical insurance certificate be considered as a ground for providing charged medical health care? (legal analysis of the situation)
Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov 74–77

QUESTIONS AND ANSWERS
Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 78–80

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 81–96

М.Т. Югай,
к.м.н., кафедра управления и экономики здравоохранения, Высшая школа экономики, г. Москва, Россия
Ф.Н. Кадыров,
д.э.н., Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, г. Москва, Россия

ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПОВ КОРПОРАТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В УПРАВЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ БОЛЬНИЦЕЙ

УДК 614.2
Югай М.Т., Кадыров Ф.Н. ***Внедрение принципов корпоративного менеджмента в управление государственной больницей*** *(Высшая школа экономики, г. Москва, Россия; Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, г. Москва, Россия)*

Аннотация: Статья описывает опыт внедрения базовых принципов корпоративного менеджмента в управление государственной больницей.

Ключевые слова: *госпитальный менеджмент, миссия, стратегия, структура, рабочие процессы, развитие человеческого потенциала.*

Невысокие показатели эффективности и низкая удовлетворенность людей стали причинами реформирования отечественного здравоохранения — трансформации сметно-бюджетной модели финансирования в преимущественно одноканальную, изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений, права выбора медицинских учреждений пациентами. В среднесрочной перспективе такой набор внешних факторов должен логично привести к увеличению потока пациентов в эффективно работающие медицинские учреждения и еще большему их развитию и одновременно к снижению потока в неэффективно работающие учреждения, что в итоге может обернуться финансовой несостоятельностью последних. В первую очередь такому риску будут подвержены ресурсоемкие учреждения стационарного типа.

Необходимо отметить, что проводимые реформы пока не решают одну из главных проблем здравоохранения — выраженный дефицит финансирования. Принципиальным препятствием для его существенного увеличения является нерациональное использование ресурсов в медицине, что в свою очередь не мотивирует Правительство инвестировать в хотя и социально значимую, но неэффективную отрасль. В этой ситуации создание инструментов рационального использования ресурсов может радикально изменить положение вещей и привлечь в государственное здравоохранение дополнительное финансирование.

Опыт зарубежных стран показывает, что использование принципов управления, изначально созданных для индустриальных производств, оказывается эффективным и в непроизводственных сферах, в том числе и в здравоохранении. Существуют различные системы менеджмента, успеш-

© М.Т. Югай, Ф.Н. Кадыров, 2012 г.

но применяемые в медицинских учреждениях. Наиболее известные из них: Lean [1], Шесть Сигм [2], управленческий инжиниринг [3]. Эти системы представляют собой комбинации подходов, приемов и методов, направленных на достижение результата максимально разумными ресурсами, минимизацию ошибок и непрерывное повышение качества. Однако их внедрение предполагает существование минимального набора условий, включающего рациональное распределение функций и зон ответственности в управленческом звене, выстроенные рабочие процессы и согласованную стратегию развития. Несмотря на внешнюю простоту условий, в большинстве медицинских учреждений такая база пока не создана, поэтому задачей первого этапа может быть внедрение основных принципов менеджмента, принятых сегодня в корпоративном управлении. Эти принципы представлены следующей цепочкой: миссия и цели — стратегия — структура и процессы — развитие человеческого потенциала.

Целью данной работы явилось изучение возможностей использования принципов корпоративного менеджмента в управлении муниципальным медицинским учреждением.

В качестве экспериментальной площадки была выбрана больница мощностью 800 коек с высокой хирургической активностью, расположенная в одном из городов Московской области.

Анализ исходного состояния включал:

1. Интервью с участниками управляющего звена для определения их удовлетворенности эффективностью управления;

2. Анализ миссии и среднесрочных (3–5 лет) целей;

3. Анализ стратегии развития;

4. Анализ структуры управляющего звена, распределения функций и зон ответственности в управляющем звене, наличие прописанных стандартных рабочих процессов;

5. Анализ развития человеческого потенциала.

Полученные данные в дальнейшем были использованы для совместной работы с целью определения причин недостаточной эффективности управления и создания инструментов ее повышения.

Результаты:

1. Субъективно участники управляющего звена не были удовлетворены эффективностью управления. В качестве причин неудовлетворенности наиболее часто назывались невыполнение поставленных задач, непонимание задач подчиненными, несоблюдение установленных правил на уровне среднего руководящего звена, недостаточность планирования на всех уровнях, недостаточно оперативное поступление информации и отсутствие контроля над процессами, происходящими в зонах ответственности.

2. Миссия и среднесрочные цели отсутствовали.

3. В отсутствие сформулированных целей стратегия развития не разработана.

Отсутствие миссии, среднесрочных целей и стратегии в целом не способствует эффективному управлению, которое не представляется возможным без единого понимания общих и индивидуальных ценностей и задач. Однако эти инструменты приобретают еще большее значение в условиях необходимости выбора пути развития, вызванных реформой здравоохранения. Учреждению нужно сфокусироваться на развитии тех видов помощи, где оно может быть лучшим. Миссия помогает сформировать коллективное осознание выбранного пути, а цели и стратегия устанавливают систему координат для принятия управленческих решений.

4. Анализ структуры управляющего звена показал его несоответствие по количеству функциональных связей современным теориям управления. В соответствии с ними для высшего руководства оптимальным является наличие 5–7 прямых подчиненных. На нижних уровнях управления это число может достигать 20–30 человек [4]. По литературным данным, количество прямых подчиненных в структуре управ-

ления медицинскими учреждениями меняется в широких пределах, однако учреждения, где это значение меньше, показывают большую гибкость и жизнестойкость в условиях изменяющейся внешней среды, более высокую вовлеченность в работу персонала, а также более высокую степень удовлетворенности и персонала, и пациентов [5]. В нашем исследовании главный врач имел 14 прямых подчиненных, заместитель главного врача по лечебной работе — 21, а заместитель главного врача по хирургии — 13 прямых подчиненных. Таким образом оказалось, что 2 заместителя контролировали 80% всех лечебно-диагностических процессов. В то же время несколько других заместителей главного врача имели только 1 либо вообще не имели сотрудников в подчинении. Такое диспропорциональное распределение нагрузки, безусловно, отражается на эффективности управления.

Что касается алгоритмов стандартных рабочих процессов, то они были прописаны в небольшом количестве случаев. Кроме этого, анализ показал наличие и других «точек неэффективности» в структуре управления: отсутствие измеряемых целей у большинства заместителей, дублирование функций и существование «ничьих» функций, когда в отсутствие ответственного человека при всей очевидной необходимости нужная функция не реализовывалась.

5. Развитие человеческого потенциала.

Эта область деятельности имеет самый высокий потенциал для развития. Ничто не предопределяет успешность организации так, как качество работающих в ней людей. Вот так, например, видит свои задачи служба персонала Университетского госпиталя Св. Винсента [6] (г. Дублин):

— привлечение и удержание лучших сотрудников;

— постоянное развитие персонала;

— вовлечение и коммуникации;

— поддержка госпиталя в выполнении им своих задач;

— планирование персонала.

В нашем случае кадровая служба определяла свои задачи следующим образом:

— 100%-ное обеспечение больницы необходимыми кадрами;

— повышение квалификации персонала;

— подготовка документов на аттестацию;

— кадровое делопроизводство.

При внешней схожести задач обращают на себя внимание акцент на качестве результата в первой формулировке и отчасти обезличенный и формальный подход — во второй.

Совершенно понятно, что такой подход сформировался в бесконкурентной сметно-бюджетной среде, но под влиянием требований времени он должен трансформироваться в реальный инструмент развития людей. И чем быстрее это произойдет, тем быстрее можно будет развить молодых сотрудников, уже сегодня демонстрирующих высокий потенциал и мотивацию.

По результатам проведенного анализа авторами был разработан план действий по внедрению новых подходов в управление больницей. Это план состоит из следующих основных пунктов:

— проведение конкурса проектов по стратегии развития подразделений с экономическим обоснованием;

— на основании результатов конкурса — формулирование миссии и разработка целей и стратегии развития больницы на 5 лет;

— составление детального плана развития перспективных направлений;

— перераспределение подчиненности и функций в управляющем блоке;

— создание персональных годовых планов с количественными задачами для всех сотрудников управляющего блока;

— обучение сотрудников высшего и среднего управляющих звеньев современным методам управления и основам экономики учреждения.

Практическое внедрение этого плана предполагает следующие шаги:

— выбор людей в целевых подразделениях с активной/потенциально активной позицией;

— создание «внедренческой команды»;

— развитие команды — тренинги по менеджменту, основам экономики, развитию личности;

— распределение индивидуальных задач по внедрению, фиксированных во времени.

Авторы полагают, что практические результаты внедрения можно будет оценить через год работы в новых условиях. Однако можно с уверенностью сказать, что использование принципов корпоративного менеджмента способно значительно повысить эффективность управления медицинским учреждением.

Литература

1. *Bush R.W.* Reducing Waste in US Health Care Systems//Journal of the American Medical Association. — 2007. — № 297(23). — P. 871—874.

2. *Barry Robert, Amy Murcko, Clifford Brubaker* The Six Sigma Book for Healthcare: Improving Outcomes by Reducing Errors. — Milwaukee, WI: American College of Healthcare Executives/American Society for Quality Press, 2002.

3. *Belson D.* Improving Efficiency: Management Engineering Comes to the Safety Net, March 2010, www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=133532.

4. *Решетникова К.В.* Модель взаимосвязи организационных изменений и конфликтов//Менеджмент в России и за рубежом. — 2007. — №6. — http://www.mevriz.ru/articles/2007/6/4680.html.

5. *Topp K., Desjardins J.* Span of control. Designing Organizations for Effectiveness. Organization Development in Health Care: high impact practices for a complex and changing environment/Eds. by Jason A.Wolf, Heather Hanson, Mark J. Moir. — Information Age Publishing, 2011. — 215 p.

6. http://www.stvincents.ie/Departments/Human_Resources_Department.htm.

UDC 614.2

Yugay M.T., Kadyrov F.N.

Integration of corporate management principles into administration of public hospital *(National Research University-Higher School of Economics, Moscow, Russia; Federal State-financed Institution «Central SIIEIH» Ministry of health care and social development, Moscow, Russia)*

Abstract: The article describes the experience of integration of basic principles of corporate management into administration of public hospital.

Keywords: *hospital management, mission, strategy, structure, working processes, human resource development.*

От редакции:
За несколько лет жизни журнала «МЗ» ни в одном его номере мы не затрагивали тему биобезопасности в медицинских учреждениях. Между тем острота этой проблемы все возрастает. Поэтому мы открываем новую продолжающуюся рубрику журнала, предваряя ее редакционной статьей нашего эксперта.

А.А. Голубцов, д.м.н., ответственный редактор «Менеджер здравоохранения»

СИСТЕМА БИОБЕЗОПАСНОСТИ ЛПУ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ И ПОДХОДЫ

Биобезопасность — наукоемкая область знания, где фокусируются последние достижения эпидемиологии, микробиологии, иммунологии, биотехнологии и многих других наук о жизни. Биологическая безопасность как наука объединяет теорию и практику защиты человека от опасных биотических факторов. По этой причине она рассматривается еще и как инженерная дисциплина, то есть как система медико-биологических, организационных и инженерно-технических мероприятий и средств, направленных на защиту работающего персонала, населения и окружающей среды от воздействия патогенных биологических агентов. То есть система биобезопасности — это комплекс мер защиты окружающей среды и человека от биоцидных факторов.

Основными федеральными документами, регламентирующими проводимые мероприятия в этой области, являются: Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», федеральные целевые программы и документы («Гигиеническое обоснование минимизации рисков для здоровья населения России на 2011–2015 гг.», Постановление №146 от 29.11.2012 «О профилактике внутрибольничных инфекций», ежегодные Государственные доклады «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации», «Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи» от 06.11.2011, разработанные и утвержденные Роспотребнадзором, действующая Федеральная целевая программа «Национальная система химической и биологической безопасности Российской Федерации (2009–2013 гг.)», государственная политика охраны здоровья «Стратегия-2020» — «Раздел 3. Меры по формированию интегрированной, прозрачной, эффективной системы здравоохранения» («МЗ» № 6, 2012).

Но, по мнению большинства экспертов, существует острая необходимость в разработке современного национального руководства по инфекционной (биологической) безопасности со статусом официального государственного документа.

До сих пор основным разработчиком документов, регламентирующих обеспечение биобезопасности, был Роспотребнадзор. С 2012 года он стал самостоятельной федеральной службой, осуществляющей преимущественно вневедомственный аудит (контроль) и защищающей права, прежде всего, потребителей. В сложившихся условиях в системе, которая разрабатывает и устанавливает правила по внедрению программы биобезопасности непосредственно в самих медицинских учреждениях и ее контролю (внутриведомственный аудит) важную роль приобрели структуры самого Минздрава (Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека, Росздравнадзор). В результате будет обеспечена оптимальная организация программ

© А.А. Голубцов, 2012 г.

биобезопасности, основанная на гармонизации внутри- и вневедомственного аудита качества оказываемой медицинской помощи.

Применительно к медицинским учреждениям чаще используется понятие «инфекционный контроль» (ИК), которое не отражает в полной мере всего комплекса проблем и мероприятий, которые необходимы для поддержания оптимального режима биобезопасности на объектах:

Инфекционные заболевания являются второй ведущей причиной смертности после сердечно-сосудистых и первой причиной преждевременной смертности в мире. Согласно оценкам ВОЗ, ежегодно 2 млрд. людей страдают инфекционными заболеваниями, а 17 млн. умирают от инфекционных болезней. Формирование устойчивости патогенов к средствам антимикробной терапии, химическим дезинфекционным средствам, которое сегодня очень актуально, возрастание эпидемиологической роли условно-патогенных возбудителей, смена представлений об инфекционной природе болезней, ранее считавшихся соматическими, только дополняет проблемы к ранее традиционно существующим.

Поэтому применительно к медицинским учреждениям методологически правильнее использовать определение «Программа биологической или инфекционной безопасности». В современных условиях большинство регионов и входящие в них медицинские учреждения разрабатывают собственные программы по инфекционной безопасности в зависимости от конкретной эпидемиологической обстановки в территории и учреждении.

Программы по инфекционной безопасности (ИБ) представляют собой комплекс мероприятий и технологических процедур, благодаря которым уменьшается вероятность трансмиссии инфекционных агентов. Мероприятия по ИБ проводятся на 3 приоритетных уровнях — на административном, на уровне контроля за состоянием окружающей среды (инженерном) и уровне индивидуальной защиты персонала и пациентов.

Административные (управленческие) меры направлены на обеспечение способности учреждения не допустить, а при необходимости предупредить появление биозагрязнений на всех этапах оказания медицинской помощи. Действующие в настоящее время СанПиНы, на которые руководство медицинских учреждений опирается при разработке административных мер, содержат в себе только основные разделы, мероприятия по ИБ, то есть используют методологию функционального подхода (есть структурное подразделение, и есть его ответственность). Но этот подход плохо работает в режиме «одна функция — несколько подразделений». В этой методологии отсутствует так необходимый в практике ***процессный подход (алгоритм),*** который включает следующие основные шаги: идентификация процесса, распределение ответственности по процессу, определение границ и интерфейсов процесса, выбор показателей оценки процесса, мониторинг качества процесса, анализ данных, улучшение процесса.

Необходимо отметить, что общие принципы и меры ИБ, проводимые в ЛПУ различного профиля, имеют ряд существенных особенностей в случае инфекционных стационаров и диспансеров (более подробно см. статью в этом номере Е.М. Богородская и соавт.), акушерских стационаров и неонатальных центров (см. статьи А.В. Холопов и соавт., Н.И. Захарова и соавт.).

К основным управленческим мерам ИБ, направленным на снижение заноса инфекции, можно отнести: **а)** разработку строгих показаний для госпитализации пациентов и организация входных потоков в стационарных и амбулаторных учреждениях; **б)** организацию контролируемого лечения заболеваний, при которых необходимо применение антимикробных препаратов (профилактика развития лекарственной устойчивости, которая во многом определяет необходимость реализации других мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекции и возникновения ВБИ); **в)** разделение стационарных

отделений (блоков) по признаку первичного или повторного заболевания, наличия бактериовыделения, наличия или риска развития МЛУ-инфекции у госпитализированных пациентов (стоимость лечения лекарственно-чувствительных случаев инфекции составляет только несколько процентов (например, в случае туберкулеза — 6,3%) стоимости лечения пациентов с лекарственно-устойчивой формой инфекции); **г)** организацию «чистых» и «грязных» зон и помещений, исключающие пересечение инфекционно опасных пациентов («грязных» материалов) со здоровыми людьми или абациллированными пациентами («чистым» материалом), предусматривающие изоляцию, сортировку и своевременное начало лечения пациентов, обучение и подготовку медицинских работников, санитарное просвещение пациентов и населения.

Также в плане мероприятий по ИБ должны быть предусмотрены меры, направленные на снижение риска инфицирования медицинского и обслуживающего персонала, а также устранения риска реинфицирования для пациентов, находящихся на стационарном лечении или посещающих амбулаторное учреждение. Для рационального распределения мер инфекционной безопасности следует провести ***зонирование структурных подразделений (помещений) медицинской организации*** по степени риска инфицирования. Как правило, при этом выделяют три зоны — помещения с высоким, средним и низким риском инфицирования. Такое распределение осуществляется исходя из следующих критериев: класса чистоты помещения, степени инвазивности применяемых технологий и оборудования, данных микробиологического мониторинга. То есть зонирование помещений проводят не по одному выбранному критерию, а исходя из комплексной оценки всех показателей, характеризующих все 3 применяемых критерия одновременно.

Принципы процессного подхода применимы и к организации управленческой структуры медицинского учреждения. Примером такого подхода можно отметить организацию отдельными ЛПУ собственных структурных подразделений, отвечающих за состояние ее инфекционной безопасности (комиссии по инфекционному контролю, отделения профилактической дезинфекции). Каждый из ее участников имеет свою степень участия в функционировании и управлении процессами системы качества в плане ИБ. Для них разработаны функциональные обязанности в зависимости от этапности выполнения необходимых мероприятий, следуя принципам PDCA. Также внедряются механизмы обратной связи, формализации (стандартизации) выполняемых процедур и отношений между и внутри подразделений, обсуждения и документарного подтверждения достигнутых результатов, выработки решений для проведения постоянного мониторинга и мер по улучшению показателей ИБ. Важное значение в этой системе приобретает само руководство медицинского учреждения и ответственный за реализацию программы в целом. Ведь ошибочные решения, принимаемые на этом уровне, могут слишком дорого обойтись учреждению.

Необходимо также отметить, что в условиях недостатка финансовых средств большинством ЛПУ предпочтение отдается мерам управленческого блока ИБ, как наименее затратным и в то же время достаточно эффективным.

Инженерные меры включают мероприятия по сохранению безопасности и уменьшения риска распространения инфекции через воздушную среду, достигаемые применением ряда методов снижения и инактивации концентрации инфекционных аэрозолей в помещениях. Наиболее кардинальным способом является строительство зданий, в которых выполняются требования административного контроля и обеспечения качественной очистки воздуха с помощью рациональных архитектурно-строительных решений и современных систем приточно-вытяжной вентиляции с встраиванием в них канального оборудования для дезинфекции воздуха. В тех случаях, когда существующее здание недостаточно оборудовано средствами централизованной вентиляции, для контроля воздуха помещений могут быть использованы: естественное проветривание помещений с помо-

щью окон и дверей с учетом контроля направления перетекания воздуха между чистыми и грязными зонами; форточные вентиляторы для создания отрицательного давления в палатах и других помещениях высокого риска; местная вентиляция; рециркуляционное оборудование обеззараживания воздуха помещений.

Некоторые учреждения, в которых уже используется ИБ, внедряют современные инженерные устройства для организации раздельных входных потоков медперсонала и пациентов, не надеясь на агитационные и мотивационные мероприятия: видеоконтроль, компьютерные технологии — интеграция персональной системы идентификации персонала (персональный чип) в систему зонирования помещений и программу соблюдения личной гигиены (не продезинфицировал руки, не вошел в помещение, доступ персонала только в разрешенные им помещения). Такие системы могут быть актуальны для пациентов и посетителей (особенно инфекционных стационаров).

Для реализации этих и других положений инженерного контроля необходима разработка соответствующего законодательства, в котором требования по организации ИБ в медицинских учреждениях должны быть разделены на 2 отдельные категории: для учреждений неинфекционного и инфекционного профилей. Отдельного нормативного СанПиНа для инфекционных учреждений не существует, а в действующем СанПиНе изложены основные требования и мероприятия для всех медорганизаций и введены отдельные специализированные разделы для акушерских стационаров, стоматологических организаций и ФАПов. В качестве примера хочется привести Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 февраля 2008 г. № 46 об утверждении Санитарных норм, правил и гигиенических нормативов «Гигиенические требования к устройству и эксплуатации противотуберкулезных организаций», которые можно адаптировать для всех инфекционных учреждений.

Одним из важных административных мероприятий в плане ИБ являются ***просвещение и обучение медицинских работников, пациентов и посетителей***. В плане ИБ должны быть предусмотрены учебно-образовательные семинары для врачей и медсестер о патогенезе, диагностике, лечении, признаках и симптомах инфекционных болезней, о путях передачи инфекции, о степени риска их трансмиссии, об условиях, повышающих риск передачи инфекции, о профессиональных рисках, особенно для работников с иммунносупрессией. Персонал организаций должен быть хорошо обучен использованию средств индивидуальной защиты. Все медработники должны проходить обучение не реже одного раза в год. Они должны быть хорошо знакомы с принципами и мероприятиями по контролю за инфекцией, что уменьшает риск заноса инфекции, внутрибольничной инфекции и выноса за пределы организации. Необходимо показать важность разработки плана мероприятий по ИБ и ответственность каждого медработника за ее выполнение, и соблюдение требований санэпидрежима. В план ИБ должны быть включены мероприятия по обследованию работника при поступлении на работу в медицинскую организацию, а в последующем проведению профилактических медицинских осмотров; допуск и отстранение от работы сотрудника, заболевшего инфекционным заболеванием; проведение оздоровительных мероприятий в выходные дни и во время отпусков.

Пациентам следует представлять информацию о путях передачи основных возбудителей, циркулирующих в медицинской организации, а также соблюдения правил «этикета» кашля, личной гигиены и общения с другими пациентами, медперсоналом. Плакаты, пропагандирующие правила личной гигиены, должны быть развешены в отделениях стационара и в амбулаторных учреждениях, где осуществляется врачебный прием пациентов.

Журнал открывает продолжающуюся рубрику «Биобезопасность ЛПУ», в которой наши авторы поделятся практическим опытом разработки и внедрения программ биобезопасности в медицинских учреждениях различного профиля.

Д.В. Разумова,
заведующая отделом Профилактической дезинфекции, ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия
Т.Н. Суборова,
д.б.н., врач-бактериолог ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, Россия
Я.А. Накатис,
главный врач ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, г. Санкт-Петербург, Россия, infomed@med122.com

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ ЛПУ — РЕАЛЬНОСТЬ СЕГОДНЯШНЕГО ДНЯ

УДК: 614; 614.2; 614.2.003; 614:338.26; 614.001.18
Разумова Д.В., Суборова Т.Н., Накатис Я.А. ***Современные технологии уборки и дезинфекции — реальность сегодняшнего дня*** *(ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ)*

Аннотация: В статье рассматриваются вопросы инфекционной безопасности на примере деятельности санкт-петербургского многопрофильного ЛПУ — ФГБУЗ КБ № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России. Приводятся данные по внедрению современных технологий уборки и дезинфекции в практику работы структурного подразделения ЛПУ (Отдел профилактической дезинфекции).

Ключевые слова: *инфекционная безопасность, программа инфекционного контроля, технологии уборки и дезинфекции, ЛПУ.*

Важность организации управляемой, контролируемой системы инфекционного контроля в ЛПУ на современном этапе развития не только жизненно необходима, но, согласно новым законодательным актам в области эпидемиологии, приобретает более широкие рамки, новые функции, полномочия, а главное, перекладывает всю меру ответственности (административную, уголовную) на плечи лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ).

На сегодняшний день полноценная система инфекционного контроля в ЛПУ, обеспечивающая гарантированную эпидемиологическую безопасность пациентов и персонала, требует глубоких знаний в области эпидемиологии, дезинфектологии, коммунальной гигиены, гигиены питания, гигиены труда, радиационной гигиены, сестринского дела (в разделе требований санитарно-противоэпидемического режима), экономики здравоохранения.

Для выполнения вышеперечисленных функций в органах государственного санитарного надзора введены отделы, курирующие узкие разделы работ и лишь в части обеспечения мероприятий по надзору. Организационно-методическая, образовательная, консультативная функции органами санитарного надзора утрачены и, как следствие, переданы на реализацию в ЛПУ.

Что же мы имеем в ЛПУ? В лучшем случае одного штатного врача-эпидемиолога и его соратника (в случае наличия коллегиальных производственных отношений) в лице главной медицинской сестры. Зачастую эпидемиологическое направление деятельности в ЛПУ представлено лишь врачом-эпидемиологом. И все виды работ в вышеперечисленных областях курирует один специалист. Роскошью считается

© Д.В. Разумова, Т.Н. Суборова, Я.А. Накатис, 2012 г.

наличие в штате ЛПУ помощника эпидемиолога или сестры по инфекционному контролю.

Таким образом, настоящая действительность требует решительных и продуктивных действий уже сегодня (порой вчера) от администрации ЛПУ по решению остро стоящих перед ней организационных и иных вопросов по реорганизации эпидемиологической и других служб ЛПУ, ответственность за реализацию которых несет непосредственно руководитель конкретного ЛПУ.

Данная статья носит прикладной характер, основывается на ключевых положениях и разделах программы инфекционной безопасности ЛПУ и предназначена ознакомить целевую аудиторию (специалисты, организующие работу по обеспечению инфекционной безопасности, заместители главных врачей по эпидвопросам, врачи-эпидемиологи, помощники врача-эпидемиолога, главные медицинские сестры, медицинские сестры по инфекционному контролю, старшие медицинские сестры) с опытом работы нашего учреждения по внедрению современных эффективных мероприятий и технологий уборки и дезинфекции. А руководство ЛПУ соответственно сможет оказать им своевременную существенную административную и материальную поддержку в решении назревших вопросов, присущих каждому конкретному учреждению.

Проблема внедрения современных технологий, оборудования и средств уборки и дезинфекции ЛПУ актуальна и требует привлечения новых системных управленческих, инженерных и иных решений. Основа этих мероприятий — Система инфекционного контроля в ЛПУ, которая подразумевает наличие следующих разделов работ:

1. Организационно-методическая;
2. Экспертно-аналитическая деятельность;
3. Обучение персонала;
4. Профилактическое направление деятельности;
5. Организация противоэпидемических мероприятий;
6. Функции по надзору;
7. Оценка качества проводимых мероприятий;
8. Рационализаторская деятельность;
9. Научно-исследовательская деятельность.

Безусловно, система профессиональной уборки и дезинфекции также является и важной составляющей частью комплексной программы дезинфекции ЛПУ. На сегодняшний день имеющаяся рутинная система (модель) уборки и дезинфекции в достаточно большом количестве ЛПУ не отвечает современным требованиям, предъявляемым к их инфекционной безопасности. Проблемы, вытекающие из сложившейся модели, очевидны и предсказуемы:

— устаревшая, трудоемкая технология уборки (ведерный способ);

— изношенный и технически устаревший инвентарь;

— высокая вероятность ошибки (человеческий фактор: последовательность обработки поверхностей, разведение дезинфицирующих средств, трудоемкость и высокая физическая нагрузка существующей технологии);

— сложность контроля (отсутствие методологии: алгоритмов техники уборки и точек контроля);

— обоснованно бытующее мнение: профессия санитарки — не престижна и малооплачиваема;

— огромная и неуправляемая текучесть младшего персонала и, как следствие, неоправдываемые трудозатраты на обучение вновь приходящих сотрудников, что не может не отразиться на качестве обслуживания (претензии к сервису).

А как следствие мы имели:

— экономически неэффективное использование коечного фонда (простой койки) как следствие отсутствия уборщиков в вечернее и ночное время, а, по данным статистики, в вечернее и ночное время поступает 20–25% пациентов от числа госпитализированных в КБ № 122;

— простой коечного фонда;

— трудно прогнозируемая готовность коечного фонда к поступлению больных (отсроченность уборки помещений);

— неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние поверхностей и помещений в целом;

— быстрый износ поверхностей (линолеум, пластик и прочие);

— дефицит младшего персонала;

— низкое качество обслуживания (претензии к сервису по данным анкетирования имели 30% опрошенных пациентов КБ № 122).

Новая система профессиональной уборки и дезинфекции (клининг) внедрена в ФГУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России» в июне 2010 г. Основным структурным подразделением нашего учреждения, отвечающим за ее внедрение, стал отдел профилактической дезинфекции, в который вошли эпидемиологическая служба, служба дератизации и дезинсекции, а также служба профессиональной уборки и дезинфекции. В Санкт-Петербурге наша больница стала первым медицинским учреждением, обеспечивающим европейские нормы профессиональной уборки и дезинфекции.

Основными задачами нового проекта по обеспечению эпидемиологически безопасных условий пребывания пациента и работающего персонала стали:

— внедрение современной эргономичной технологии;

— механизация, повышение качества труда персонала;

— контроль качества выполняемых работ;

— анализ деятельности службы (мониторинг), имеющий целью повышение безопасности, производительности труда и качества работы.

Основные преимущества внедрения профессионального клининга на базе собственного структурного подразделения состоят в следующем: обеспечивается единый стандартизованный подход, исключается человеческий фактор, появляется возможность контроля качества, происходит облегчение физического труда уборщиков, достигается экономия воды (в 20 раз), моющих, чистящих, дезинфицирующих средств. Кроме того, процесс уборки и дезинфекции становится эстетичным, достигается строгое зонирование помещений, повышается долговечность покрытий, сокращается простой коечного фонда.

В результате одна полностью оснащенная уборочная станция обеспечивает уборку 1100 м^2. При этом реализован целый комплекс мероприятий. Весь технически устаревший инвентарь заменен на новый профессиональный, введена «безведерная» технология уборки, исключающая использование ведер и тряпок (ветоши). Для обработки напольных покрытий и обеззараживания помещений используются специальные швабры с моп-насадками и салфетки для обработки поверхностей, дифференцированные по цвету в зависимости от назначения. Все уборочные салфетки (обработка поверхностей) и моп-насадки (обработка пола) заранее увлажнены дезсредствами, имеют кодировку цветом, что позволяет их использовать по зонам различной степени риска, а также систематизировать процесс уборки. Предварительное увлажнение моп-насадок и салфеток происходит автоматически в специальных электронно-механических дозирующих устройствах, что исключает любой человеческий фактор. Подготовленные к работе материалы — насадки используются для уборки одного помещения площадью не более 20 м^2 и заменяются на новые в зависимости от объема и степени загрязненности убираемой площади. Для каждого помещения применяют один моп и одну салфетку, что является оптимально безопасным с точки зрения гигиены и эпидемиологии. Стирка, дезинфекция, сушка использованных насадок и салфеток также осуществляются автоматически в профессиональных машинах с автоматическим дозированием профессиональных моющих и дезинфицирующих средств. Комплектация телег, подготовка их к работе, увлажнение салфеток и мопов дезсредствами происходят централизованно, что исключает вероятность ошибки (человеческий фактор). Сбор использованных мопов и салфеток осуществляется в специальные сетки-мешки, после чего они подлежат дезинфекции, стирке, сушке (централизован-

но), а телеги и сопутствующее оборудование (лотки, швабры, сгоны) — дезинфекции.

Помимо улучшения качества уборки, новая система обеспечивает эпидемиологическую безопасность. По расчетным данным, новая методика экономит время персонала: теперь производить уборку можно в два раза быстрее, при этом качество ее не пострадает. Применяются только профессиональные чистящие, моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные для использования в присутствии пациентов.

Экономические аспекты внедрения профессионального клининга

Основываясь на годовой опыт функционирования службы профессиональной уборки и дезинфекции в ФГУЗ КБ № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России, можно сделать первые экономические выводы и прогнозы.

Налицо экономическая эффективность проекта. Затраты на чистящие, моющие и дезинфицирующие средства (для обработки поверхностей, для стирки) снизились в среднем на 58%. На одно обслуживаемое структурное подразделение КБ № 122 расход средств химии составляет в среднем 2500 рублей в месяц. Причем очевидна тенденция, чем больше в обслуживании подразделений, тем меньше расход средств химии.

Для сравнения при ведерном способе уборки затраты только на средства дезинфекции тридцатикоечного отделения 1,5–2 литра концентрата в сутки, что составляет 600–1000 рублей.

Эргономичность технологии позволила высвободить треть штатных единиц младшего персонала от осуществления уборки, адаптировав их к выполнению других, требующихся для оказания помощи пациентам функций (функции курьера, сопровождение пациентов на диагностические исследования, доставка пациентов в операционную и прочие).

Использование уборочной техники в две смены (уборка диагностических служб в вечернее время) позволило избежать дополнительных расходов на инвентарь и расходный материал, исключения простоя дорогостоящей уборочной техники.

Объемы работ, выполняемые одним дезинфектором-уборщиком, составляют в среднем 850 м^2 в противовес существующим утвержденным нормативам ведерного способа уборки, при котором норматив составляет 425 м^2 на одну уборщицу (Приказ Минздрава РФ № 230 от 09.06.2003 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных учреждениях здравоохранения»).

В целом можно говорить об общей экономии ресурсов при внедрении современных клининговых технологий. Экономия химических средств произошла благодаря уменьшению потребностей в моющих и чистящих средствах за счет эффекта «отмывания» застарелых загрязнений, ужесточению учета выдачи средств химии со складов ОПД (мониторированию количества используемых средств конкретными подразделениями); оптимизации подбора и ротации дезинфектантов, а также благодаря непрерывному индивидуальному обучению на местах правилам использования средств химии.

Сегодня в больнице контроль качества уборки и дезинфекции в учреждении систематизирован и непрерывен. Используются следующие методики контроля:

1. Стандартизация процессов (уборки, обеззараживания инвентаря и расходного материала, стирки, комплектации уборочных станций).

2. Контроль за соблюдением процесса и оценки качества работ: субъективные и объективные способы контроля.

2.1. Субъективные:

— результаты клинико-диагностических обходов;

— оценка качества работы сотрудников ОПД руководством клиники и заведующими обслуживаемых отделений;

— по числу расходуемых материалов.

2.2. Объективные:

— микробиологический мониторинг объектов окружающей среды;

— бактериологическое исследование биологического отделяемого пациентов клинических отделений;

— контроль чувствительности используемых дезинфектантов (по эпидпоказаниям и в плановом порядке).

2.3. Определение ключевых точек на этапах выполнения и оценки качества проведенных работ:

— стирка и обеззараживание расходного материала;

— комплектация уборочных станций, инвентаря;

— места осуществления работ по уборке и дезинфекции;

— валидация и калибровка оборудования и средств уборки и дезинфекции;

— лаборатории по микробиологическому мониторингу помещений учреждения.

Таким образом, уборка и дезинфекция ЛПУ превратились в управляемый, прогнозируемый бизнес-процесс.

Основываясь на нашем опыте, мы пришли к выводу о достаточно высоком риске возникновения и распространения внутрибольничных (госпитальных) инфекций через пациентов клиники. При проведении исследований по микробиологическому тестированию качества уборки и дезинфекции в хирургических подразделениях еще при использовании ведерного способа уборки и дезинфекции наибольший процент контаминации патогенными и условно-патогенными микроорганизмами был обнаружен на выключателях, дверных ручках, дверцах холодильника, поверхности прикроватной тумбы, поручне кровати пациента. Вклад пациента в распространение ВБИ очевиден и бесспорен, и на удивление недооцениваем.

Кроме того, достаточно большой процент контаминации микроорганизмами был обнаружен на мобильных телефонах, стационарных телефонных аппаратах, клавиатуре компьютеров, поверхностях принтеров, факсов и прочей оргтехники (участие персонала клиники). Все это послужило толчком к внедрению в практику специальных пенных дезинфектантов, предназначенных для обеззараживания таковых.

Качество нового внедренного проекта было лабораторно подтверждено и оценено в динамике путем микробиологических исследований объектов окружающей среды, каковыми явились предметы обихода и поверхности палатных помещений.

Результаты микробиологического контроля заставляют оценить значение качественной уборки и дезинфекции ЛПУ как инструмента в профилактике ВБИ. Так, до внедрения проекта были выполнены посевы с объектов окружающей среды в одном из хирургических отделений, заведующий которого информировал эпидемиологическую службу стационара о возникновении нескольких случаев гнойно-септических инфекций (ГСИ) послеоперационных ран. В 70% проб отмечен рост микроорганизмов, идентичных выделенным из раневого отделяемого пациентов с ГСИ. Были приняты соответствующие мероприятия, одним из пунктов которых явилось внедрение проекта профессиональной уборки и дезинфекции. После внедрения проекта в том же хирургическом отделении было проведено повторное микробиологическое исследование объектов окружающей среды, по результатам которых только 5% проб дали рост условно-патогенной флоры, не высеваемой ранее из раневого отделяемого пациентов с ГСИ.

По результатам внедрения нового проекта администрация учреждения совместно с отделом профилактической дезинфекции разработали ***план дальнейших мероприятий*** по его улучшению:

— сокращение числа младшего персонала, осуществляющего уборку (адаптация существующего штата к новым функциям — курьера);

— двухсменный график работы уборочного оборудования, техники и инвентаря (сокращение простоя оборудования);

— более широкое внедрение бригадного метода работы (1 уборочная станция, несколько дезинфекторов-уборщиков);

— дифференцированный подход к режимам дезинфекции;

— организация (модернизация) входной зоны.

Таким образом можно говорить, что на сегодняшний день разработанные и выполняемые нами мероприятия по внедрению современного проекта профессиональной уборки и дезинфекции в ЛПУ — это несомненный качественный шаг по эффективному соблюдению и поддерживанию режима инфекционной безопасности, как одного из основных показателей качества работы современного медицинского учреждения.

UDC 614; 614.2; 614.2.003; 614:338.26; 614.001.18

Razumova D.B., Subiriva T.N., Nakatis Y.A. ***Modern technologies in cleaning and disinfection — reality of today*** *(Federal State Health Care Entity Clinical Hospital №122 after L.G. Sokolova Federal Medical-Biological agency of Russia, Kirov Military Medical Academy, Moscow region, Russia)*

Annotation: In the article there are considered questions of infection security on the example of Saint-Petersburg multiprofile health facility's activity — Federal State Health Care Entity Clinical Hospital №122 after L.G. Sokolova Federal Medical-Biological agency of Russia. There is presented data on implementing modern technologies in cleaning and disinfection of Health Facility's structural department's practical operation (Department of prophylaxis disinfection).

Keywords: *infection security, program of infection control, technologies in cleaning and disinfection, Health Facility.*

Органайзер

3-е ежегодное мероприятие «Клининг-Мед® и ДезиСтер®»

Санкт-Петербург, 2 октября 2012 года в рамках выставки «Больница-2012»

ПРИГЛАШЕНИЕ

для руководителей государственных и частных клиник, главных медицинских сестер, эпидемиологов, клининговых компаний, поставщиков оборудования для клининга, дезинфекции и стерилизации.

Участники семинаров и выставки «Клининг-Мед» и «ДезиСтер» смогут получить самую актуальную информацию от ведущих специалистов по санитарно-эпидемиологическому режиму и представителей фирм-производителей клинингового оборудования и расходных материалов о том, как внедрить современные технологии уборки, отвечающие самым строгим российским стандартам дезинфекции.

В программе:

- современные стандарты уборки и дезинфекции;
- новые требования СанПина и новый протокол по уборке ЛПУ;
- современные методы уборки и дезинфекции;
- технологии ручной и механизированной уборки;
- правила выбора уборочного оборудования, инвентаря, профессиональных моющих и дезинфицирующих средств;
- алгоритм выбора химических очистителей в зависимости от вида загрязнения и материала поверхности;
- методы контроля и оценка качества уборки и дезинфекции;
- финансовая эффективность современных методов уборки.

В рамках «Клининг-Мед»:

- Мастер-классы по уборке и использованию клинингового оборудования.
- Конкурс среди медицинских сестер на знание вопросов уборки и дезинфекции — «Королева чистоты» с вручением специального приза.

Подробнее на ***www.medforumspb.ru, www.anoufriev.ru.*** Участие бесплатное.

Н.И. Захарова,
д.м.н., профессор, главный внештатный неонатолог Минздрава Московской области, профессор курса неонатологии на кафедре акушерства и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия, oor@bk.ru
М.И. Петрухина,
к.м.н., доцент кафедры эпидемиологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», г. Москва, Россия, petrukhina.mi@mail.ru
Л.В. Малютина,
к.м.н., заведующая отделением неонатальной реанимации ГБУ МО «Московский областной перинатальный центр», г. Балашиха, МО, Россия, luda336.7272@mail.ru
В.А. Перцева,
ассистент курса неонатологии на кафедре акушерства и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия, viktorya-popova@yandex.ru
О.Ф. Серова,
д.м.н., профессор, главный врач ГБУ МО «Московский областной перинатальный центр», г. Балашиха, МО, Россия, olga-serova@yandex.ru

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ И ЗДОРОВЬЕ-СБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИКЕ РАБОТЫ НЕОНАТАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ГБУ МО «МОПЦ»

УДК 616-053.2
Захарова Н.И., Петрухина М.И., Малютина Л.В. Перцева В.А., Серова О.Ф. ***Клиническое значение программы инфекционного контроля и здоровье-сберегающих технологий в практике работы неонатальных отделений ГБУ МО «МОПЦ»*** *(Курс неонатологии на кафедре акушерства и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования», ГБУ МО «Московский областной перинатальный центр»)*

Аннотация: В статье приводится сравнительный анализ внутриутробных и госпитальных инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных и результаты микробиологического мониторинга в неонатальных отделениях ГБУ МО «МОПЦ» за 6 месяцев (апрель—август) в 2008 и 2011 годах. Показано, что внедрение в практику работы неонатальных отделений новых здоровье-сберегающих технологий приводит к существенному снижению частоты госпитальных инфекционно-воспалительных заболеваний среди новорожденных, в том числе недоношенных детей.

Ключевые слова: *неонатология, здоровье-сберегающие технологии, госпитальные инфекции, микробиологический мониторинг, перинатальный центр.*

Новорожденные, особенно недоношенные дети, являются высочайшей группой риска заболевания госпитальной инфекцией в силу завершенности формирования защитных механизмов кожи и слизистых оболочек, а также в связи с необходимым использованием агрессивных методов обследования и лечения. Колонизация новорожденных условно-патогенной флорой в родильных стационарах может достигать 64, 9% случаев. В отделении неонатальной реанимации г. Санкт-Петербурга госпитальные инфекционно-воспалительные заболевания

© Н.И. Захарова, М.И. Петрухина, Л.В. Малютина, В.А. Перцева, О.Ф. Серова, 2012 г.

выявлялись в 45,8% случаев в виде инфекции мочевыводящих путей, пневмонии и сепсиса. Эпидемиологические особенности расследования госпитальной инфекции в неонатальных стационарах давно и хорошо изучены.

С целью сохранения здоровья ребенка, наряду с эпидемиологическим контролем, в отделениях выхаживания и лечения больных новорожденных внедряются здоровье-сберегающие технологии. Однако эти стационары по-прежнему часто остаются «закрытыми» для матерей и отцов, призванных самой природой защищать своего ребенка.

Целью работы явилась оценка эффективности внедрения комплекса здоровье-сберегающих технологий и программы инфекционного контроля в неонатальных отделениях ГБУ МО «МОПЦ» как меры по профилактике госпитальных инфекций, выхаживания и лечения новорожденных детей.

Характеристика комплекса здоровье-сберегающих технологий

В 2008 году в отделении реанимации и интенсивной терапии применялся режим выхаживания с ограниченным присутствием матери в отделении (в определенные часы). Широко использовались техногенные методики в первичной реанимации и респираторной поддержке.

В Московском областном перинатальном центре, начиная с 2009 года в отделениях для реанимации и интенсивной терапии, а также выхаживания новорожденных и глубоко недоношенных детей внедряется комплекс здоровье-сберегающих технологий. Для этого были разработаны протоколы и инструкции по ведению новорожденных, определен комплекс мероприятий для обязательного выполнения, проводится постоянное обучение медицинских работников этих отделений новым технологиям.

Главными составляющими комплекса стали свободное по времени пребывание родителей в стационаре, что создает психологический комфорт ребенка и родителей, уменьшает контаминацию госпитальными штаммами микроорганизмов; выкладывание ребенка на грудь матери или отца (метод «кенгуру»); обеспечение нативным грудным молоком и ряд других мероприятий. Проводятся информирование и обучение матери методам ухода и вскармливания тяжелобольного ребенка, навыкам контроля состояния.

Приоритетными задачами являются сохранение температурного комфорта новорожденного, осуществление стратегии и тактики использования неинвазивных технологий при первичной реанимации и респираторной поддержке, мониторинг жизненно важных функций, современных принципов основного ухода и рациональной антибактериальной терапии. Внедрен протокол подготовки реанимационного места для новорожденного в родильном зале.

В здоровье-сберегающие технологии также входит оценка интенсивности шума и света с целью их ограничения для новорожденного, осуществляется выбор физиологического положения тела. Бережное обращение с ребенком включает щадящие прикосновения, программу защиты и сохранения целостности кожи и слизистых оболочек. Все инвазивные процедуры проводятся новорожденным с обезболиванием.

Результаты исследования

Нами был проведен сравнительный анализ инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных и изучена микрофлора, выделяемая у детей в неонатальных отделениях МОПЦ за 6 месяцев (апрель—август) в 2008 и 2011 годах.

В соответствии с предназначением родовспомогательного учреждения третьего уровня в МОПЦ в 2009–2011 годах в 2,8 раза увеличилось число родов, в том числе женщин высокой группы риска по рождению больного ребенка. Уровень преждевременных родов колебался от 9,5 до 11%. Среди родовспомогательных учреждений Московской области в МОПЦ отмечается самое

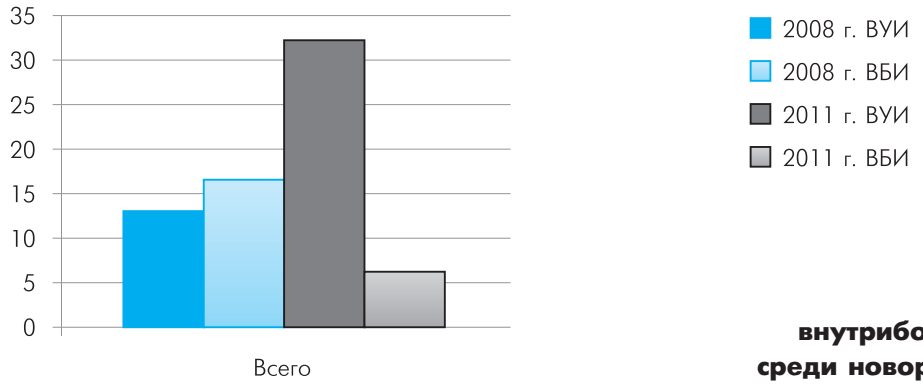


Рис. 1. **Соотношение внутриутробной и внутрибольничной инфекции среди новорожденных в ОРИТН**

большое число недоношенных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, которые длительно получают лечение и выхаживание в неонатальных отделениях и, несомненно, подвергнуты госпитальной инфекции.

За период наблюдения коечный фонд и площади неонатальных отделений не изменились, однако, начиная с 2009 года, число пролеченных новорожденных увеличилось в 2,5 раза. Так, за 6 месяцев (апрель—август) 2008 года в ОРИТН находилось 438 детей, а за аналогичный период 2011 года — 529.

В неонатальных отделениях в рамках программы инфекционного контроля постоянно проводится микробиологический мониторинг микроорганизмов, выделяемых из различных локусов новорожденных.

В исследование были включены 97 новорожденных в 2008 году и 115 детей в 2011 году, из них инфекционно-воспалительные заболевания диагностированы у 35 (7,9%) и 69 (13%), соответственно. Оценивались дети в период пребывания в отделении неонатальной реанимации (ОРИТН) и в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПН).

За время исследований в отделении неонатальной реанимации (ОРИТН) изменились частота и соотношение внутриутробных (ВУИ) и внутрибольничных (ВБИ) инфекций. В 2011 году был более высокий уровень внутриутробных ИВЗ, что связано с увеличением числа родов у женщин группы высокого перинатального риска. Одновременно с этим наблюдалось значительное снижение числа внутрибольничных ИВЗ *(рис. 1)*.

В 2008 году инфекционные заболевания регистрировались у 34 детей (29,6%), из них 19 случаев — ВБИ и 15 — ВУИ. Достоверно чаще инфекционный процесс развивался у недоношенных новорожденных (27 недоношенных и 7 доношенных). В структуре инфекционной заболеваемости как среди ВУИ, так и ВБИ преобладала пневмония. Регистрировались случаи внутрибольничного сепсиса и менингита *(рис. 2)*.

В 2011 году у 37 детей (38%) выявлены инфекционно-воспалительные заболевания, из них ВБИ — у 6 и ВУИ — у 31 ребенка. Среди заболевших 19 недоношенных и 18 доношенных детей. В структуре ВУИ увеличилось число различных нозологических форм, в то время как среди ВБИ по-прежнему преобладала пневмония (5 случаев) и был 1 случай инфекции мочевых путей. Заболевания регистрировались только у недоношенных новорожденных.

Циркулирующие в отделении ОРИТН штаммы микроорганизмов представлены на *рис. 3*. В сравниваемый период из локусов в основном выделялись *S.haemolitycus, P. aeruginosa, K. pneumonia*.

Однако в 2011 г. частота выделения различных штаммов микроорганизмов уменьшилась в 1,4 раза по сравнению с 2008 годом.

В 2008 году микроорганизмы высевались из зева и трахеи, желудка и фекалий, глаз,

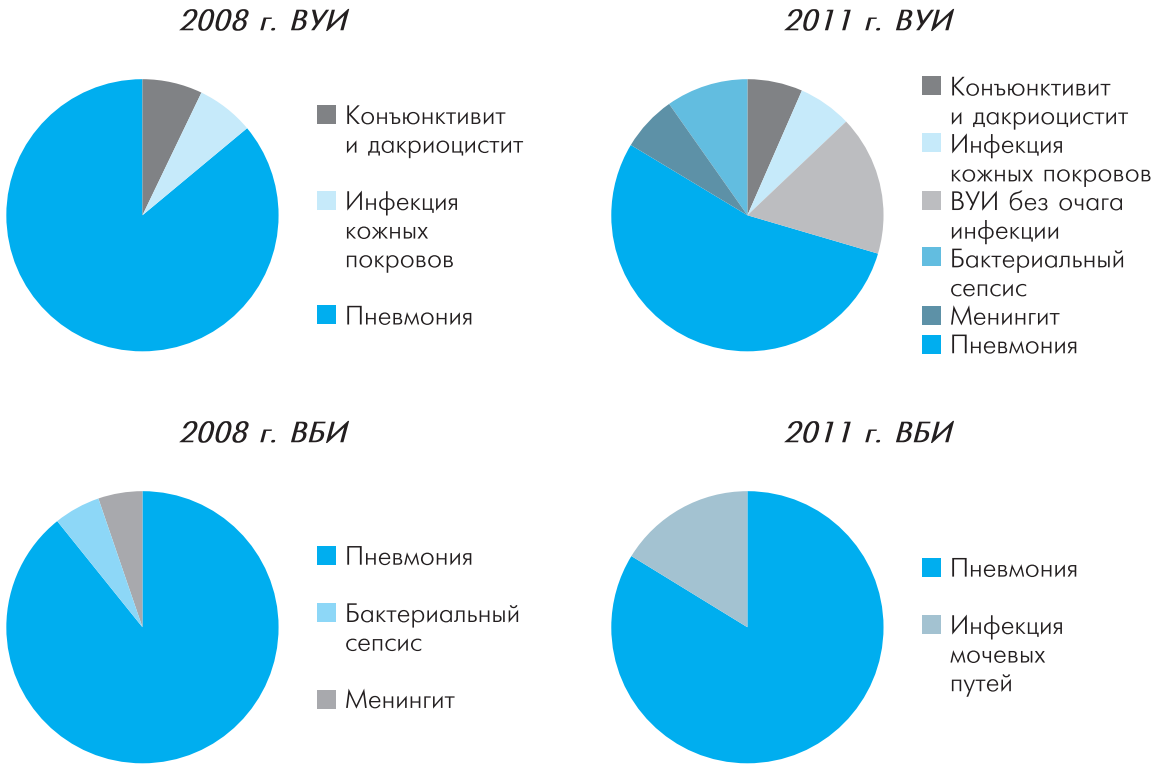


Рис. 2. **Внутриутробные (ВУИ) и внутрибольничные инфекционно-воспалительные заболевания (ВБИ) новорожденных в ОРИТН**

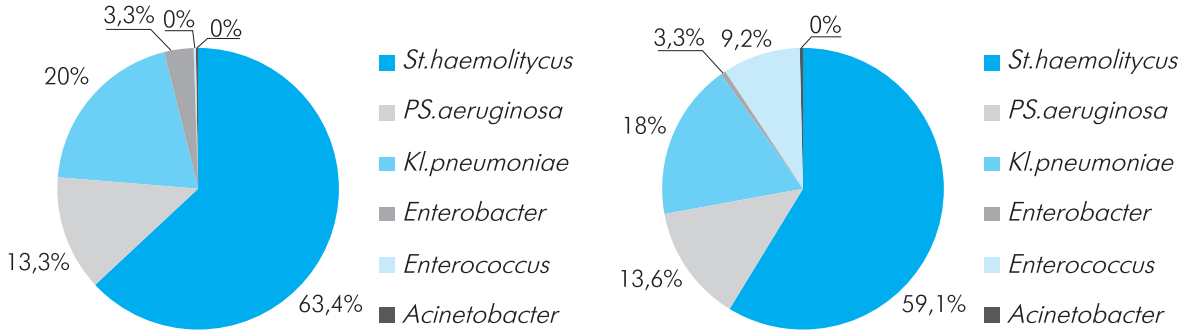


Рис. 3. **Штаммы, выделяемые в 2008 г. (а) и в 2011 г. (б) от новорожденных в ОРИТН**

кожи, пупочных катетеров и крови. После применения комплекса здоровье-сберегающего ухода, снижения техногенной нагрузки на ребенка, контроля чистоты рук и других мероприятий, наряду с уменьшением частоты выделения микроорганизмов, было установлено, что происходит колонизация преимущественно физиологических локусов (зева и кала) без последующего развития воспалительного процесса *(рис. 4)*.

Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей на 30 коек работает в режиме совместного постоянного пребывания матери с ребенком только на 10 коек.

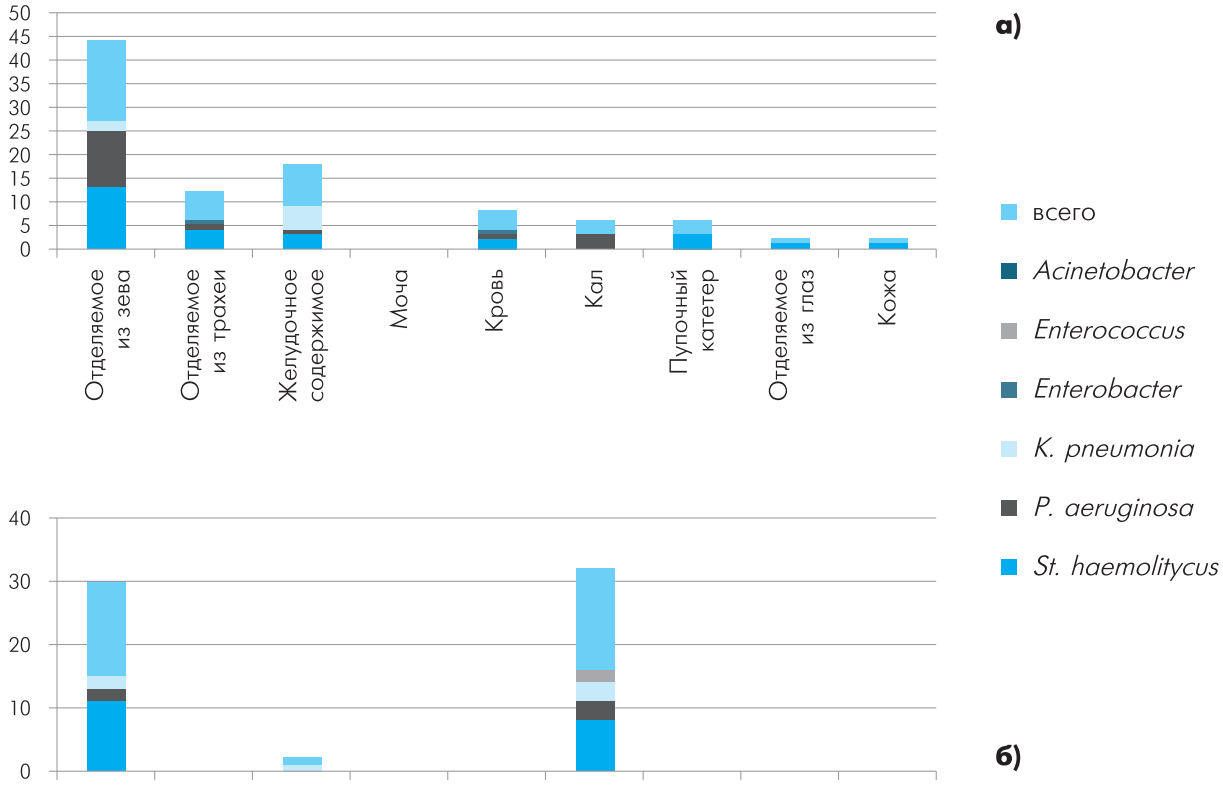


Рис. 4. **Инфицированные локусы новорожденных в ОРИТН, 2008 г. (а) и 2011 г. (б)**

Новорожденные, получающие лечение на остальных 20 койках, общаются с мамами только в дневное время. Одновременно в палате находятся 3–6 новорожденных и их матерей. Отсутствие необходимых площадей не позволяет осуществлять постоянное присутствие большинства матерей и общение отцов со своими детьми. В этом отделении находятся на лечении новорожденные, поступившие из послеродовых и реанимационного отделений МОПЦ, а также из других 50 родовспомогательных учреждений Московской области.

На втором этапе выхаживания в эпидемиологическое исследование были включены 293 новорожденного в 2008 г. и 295 — в 2011 г. Как и в ОРИТН, в этиологической структуре возбудителей, выделенных от новорожденных детей, преобладали *S. haemolitycus, P. aeruginosa, K. pneumonia.* Существенно снизилось количество выделенных штаммов в 2011 году по сравнению с 2008 годом. Так, циркуляция *S.haemolitycus* снизилась с 43,9% в 2008 г. до 23,1% в 2011году, *P. aeruginosa* — с 19,8 до 5,8%. Тем не менее выделение *K. pneumonia* увеличилось с 25,3 до 38,5%, также возросло выделение *Enterobacter spp.* — с 3,3 до 11,5%. Среди циркулирующих штаммов в 2011 г. регистрировалось выделение *Acinetobacter* (10,3%) *(рис. 5).*

В 2011 году значительно возросло число детей, переведенных в отделения неонатальной реанимации и второго этапа выхаживания из других родильных стационаров Московской области, что отразилось на спектре микроорганизмов, выделяемых от новорожденных.

Если в 2008 году микроорганизмы выделялись из всех локусов, включая кровь, пупочный катетер, глаза и кожу, то в 2011 г. инфи-

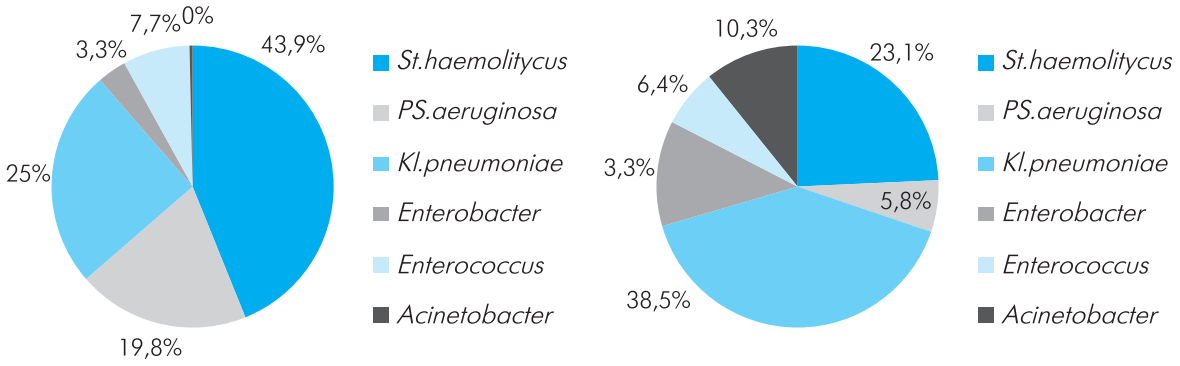


Рис. 5. **Штаммы микроорганизмов, циркулирующие в отделении патологии новорожденных в 2008 и 2011 гг.**

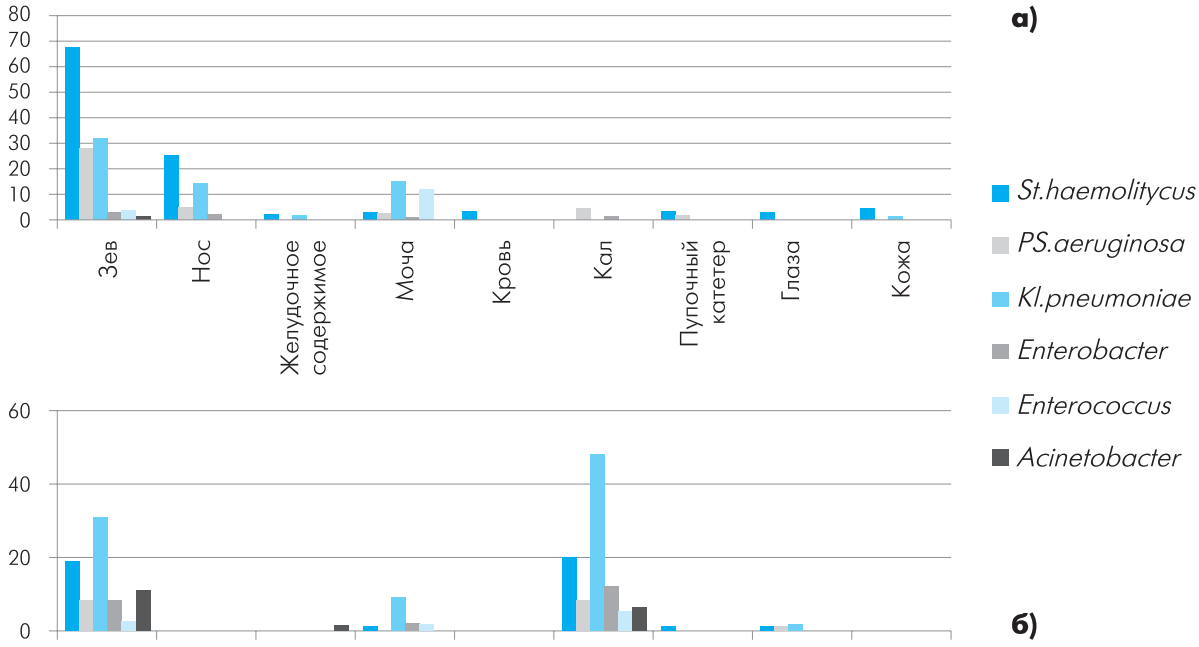


Рис. 6. **Инфицированные локусы у детей в отделении патологии новорожденных в 2008 и 2011 гг.**

цированными локусами детей были зев, фекалии и моча, то есть физиологические локусы *(рис. 6)*.

В отделениях неонатальной реанимации и патологии новорожденных и недоношенных детей уменьшилась частота выделения всех штаммов микроорганизмов *(таблица 1)*.

Если в отделении реанимации снижение циркуляции штаммов не так выражено, то в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей выделение госпитальных штаммов *S. haemolitycus* и *P. aeruginosa* снизилось более чем в 2 раза.

Таким образом, в 2011 году (в сравнении с 2008 г.) в отделениях неонатальной реанимации и патологии новорожденных и недоношенных детей снижается циркуляция госпитальных штаммов *S. haemolitycus, K. pneumonia, P. aeru-*

Таблица 1

Частота выделения различных штаммов микроорганизмов в 2011 г. по сравнению с 2008 г.

Исследуемый материал	*St.haemolitycus*	*P. aeruginosa*	*K. pneumonia*	*Enterobacter*	*Enterococcus*
Частота выделения возбудителей в ОРИТН	<1,4	<1,6	<1,2	–	–
Частота выделения возбудителей в ОПН	<2,6	<2,3	>1,4	>3,1	<1,75

ginosa. В 2011 году, несмотря на увеличение числа пролеченных детей в ОРИТН и на втором этапе выхаживания, увеличение числа детей, поступивших из других стационаров МО, сохраняющуюся широкую циркуляцию госпитальных штаммов *S. haemolitycus, K. pneumonia, P. aeruginosa,* заболеваемость новорожденных инфекционно-воспалительными нозокомиальной этиологии снизилась в 2,5 раза.

Выводы

1. В неонатальных отделениях интенсивного лечения и выхаживания комплекс здоровье-сберегающих технологий, в том числе семейно-ориентированный (посещение родителями без ограничения по времени, метод «кенгуру», обучение мамы методам ухода и вскармливания), способствует снижению госпитальной инфекции новорожденных, что оказывает благоприятное воздействие на их здоровье и развитие в дальнейшем.

2. В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей для профилактики возникновения госпитальной инфекции должен формироваться режим обязательного постоянного пребывания матери с ребенком.

3. Микробиологический мониторинг в неонатальных отделениях необходим как раздел программы инфекционного контроля эпидемиологической ситуации в медицинских учреждениях.

UDC 616-053.2

Zaharova N.I., Petruhina M.I., Malutina L.V., Perxeva V.A., Serova O.F. ***Clinical meaning of the infectious control program and health preserving technologies in the operation practice of neonatal units State Budget Facility of Moscow region «Moscow Region Perinatal Center»*** *(Neonatal course in the Department of Tocology and Gynecology Faculty of Advanced Education for Physicians MONICA after M.F. Vladimirskiy, State Entity of Continuing Education Russian Medical Academy of Post-Graduate Education, State Institution of Moscow Region «Moscow region Perinatal Center»)*

Annotation: In the article there is presented a comparison analysis of prenatal and hospital infection-inflammatory diseases among newborn babies and results of microbiological monitoring in Neonatal departments of State Institutions of Moscow region «Moscow Region Perinatal Center» for the past 6 months (april—august) in 2008–2011 years. It is shown that implementation of new health preserving technologies in operation's practice of neonatal departments result in significant decrease of frequency of hospital infectious and inflammatory diseases among newborn babies, including preterm infants.

Keywords: *neonatology, health preserving technologies, hospital infections, microbiological monitoring, perinatal center.*

А.В. Холопов,
к.м.н, главный врач ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», г. Томск, Россия, alexholopov@rambler.ru
В.В. Горев,
к.м.н., заместитель главного врача по детству ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», г. Томск, Россия, vvaler@inbox.ru
Е.И. Лукашова,
заведующая отделом организационно-методической работы ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», г. Томск, Россия, perinatalomo.tomsk@mail.ru
О.В. Третьякова,
главная медицинская сестра ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», г. Томск, Россия, perinatal.tomsk@mail.ru
А.С. Аверин,
к.м.н., врач акушер-гинеколог ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», г. Томск, Россия, perinatal.tomsk@mail.ru

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК ОСНОВА КОНТРОЛИРУЕМОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА НА ПРИМЕРЕ ТОМСКОГО ОБЛАСТНОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

УДК 614; 614.2; 614.2.003; 614:338.26; 614.001.18
Холопов А.В., Горев В.В., Лукашова Е.И., Третьякова О.В., Аверин А.С. ***Внедрение современных технологий инфекционной безопасности как основа контролируемого эпидемиологического надзора на примере Томского областного перинатального центра*** *(Областной перинатальный центр, г. Томск, Россия)*

Аннотация: Статья посвящена проблеме инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в стационаре. На основе данных зарубежной литературы и анализа эпидемиологической ситуации в областном перинатальном центре показано, что внедрение современных перинатальных технологий имеет высокий потенциал для экономической выгоды учреждения, снижения летальности и уменьшения сроков госпитализации.

Ключевые слова: *перинатальный центр, современные перинатальные технологии, ИСМП,*

Одним из компонентов, характеризующих «индекс здоровья» нации, является уровень инфекционной заболеваемости, в формировании которого важную роль играют инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (далее — ИСМП). Заболеваемость ИСМП в определенной степени отражает качество медицинской помощи, оказываемой населению, и существенно влияет на уровень экономических затрат. В настоящее время к проблеме ИСМП привлечено внимание медицинских работников различных специальностей: организаторов здравоохранения, гигиенистов, эпидемиологов и клиницистов. Вопросы профилактики ИСМП считаются приоритетным направлением научных исследований [1–4].

© А.В. Холопов, В.В. Горев, Е.И. Лукашова, О.В. Третьякова, А.С. Аверин, 2012 г.

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи представляют важную медицинскую и социальную проблему, так как и в настоящее время занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Применение новых диагностических и лечебных технологий позволило существенно снизить число тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний и летальность от них. Несмотря на это, их частота остается высокой, составляя, по данным разных авторов, от 5 до 26% в мире [2, 5, 7].

По данным Ferguson JK, Gill A. (Pediatrics Child Health, 2011), частота встречаемости ИСМП в США составляет 6,2–33 %, в Канаде — 11–32 % (American Academy of Pediatrics, 2010), в Японии — 4–6,7% (Japanese Nosocomial Infection Surveillance (JANIS), 2010). В России точная статистика ИСМП среди акушерских стационаров отсутствует, но, по данным Федерального центра эпидемиологии и гигиены РФ, распространенность ИСМП среди всех стационаров составляет от 1–2%, что в свою очередь вызывает сомнение.

На протяжении последних 10–15 лет сепсис и септические послеродовые осложнения остаются в числе трех наиболее частых причин материнской смертности в РФ, составляя 26% в ее структуре. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин [3, 8, 10].

В США от нозокомиальных инфекций среди новорожденных 28 000 смертей в год. Затраты на лечение новорожденных с ИСМП составляют в США 6,7 миллиардов долларов в год, а в Великобритании — 1,6 миллиардов фунтов стерлингов, по данным Economics of Preventing Hospital Infection, 2011.

За последние годы появились факторы, способствующие повышению заболеваемости ИСМП:

- работа ЛПУ в условиях ограниченного финансирования;
- значительный рост числа резистентных к антибиотикам и дезинфектантам госпитальных штаммов;
- сложность проведения дезинфекции и стерилизации современной дорогостоящей медицинской аппаратуры.

Следует также отметить, что на российском рынке появилось большое количество новых зарубежных и отечественных дезинфицирующих средств, недостаточная и разноречивая информация о которых создает для ЛПУ определенные трудности в выборе эффективных препаратов. Кроме того, многочисленные публикации по применению антибиотиков и иммуномодуляторов с целью предупреждения госпитальных инфекций также противоречивы, что не позволяет клиницистам широко включать их в комплекс профилактических мероприятий. Немаловажное значение имеет и отставание разработок нормативной документации федерального уровня, определяющей деятельность ЛПУ и профилактику ИСМП на современном этапе [1, 7, 9].

Остаются актуальными и ранее указанные факторы возникновения ИСМП:

- создание крупных перинатальных центров со своеобразной экологией и интенсивными миграционными процессами;
- наличие в них большого массива источников инфекции;
- нерациональное применение антибиотиков;
- увеличение в популяции групп повышенного риска (недоношенные дети, новорожденные, беременные женщины и родильницы);
- несоответствие нормативам площадей и набора основных и вспомогательных помещений в ЛПУ и нарушение в них санитарно-противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов;
- недостаточная компетентность медицинских работников, особенно среднего медицинского персонала, которому отводится основная роль в профилактике ИСМП.

В родовспомогательных учреждениях регистрируется 34% ИСМП [2, 5], в структуре которых ведущее место занимают гнойно-септические инфекции — их доля составляет от 60 до 85%.

К потенциально патогенным возбудителям заболеваний относят грамположительные (энтерококки, золотистый и эпидермальный стафилококки, стрептококки группы А и В), грамотрицательные (кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактерии, синегнойная палочка) аэробные бактерии. Среди анаэробных бактерий встречаются бактероиды, пептококки, пептострептококки. Микробные ассоциации обладают более выраженными патогенными свойствами, чем монокультуры, в связи с наличие синергизма между ними. Это явление носит название «quorum sensing», или «чувство кворума». Бактерии способны обмениваться друг с другом сигналами с помощью белковых молекул, и при накоплении определенного количества биомассы бактерий выделение ими факторов патогенности повышается.

За последнее десятилетие изменился видовой спектр возбудителей послеродовых гнойно-септических заболеваний. Наряду с лидирующей этиологической позицией грамотрицательных бактерий, увеличивается значимость грамположительной флоры. Если раньше основным этиологическим фактором по праву считалась кишечная палочка, реже — синегнойная палочка или протей, то сейчас ведущая роль принадлежит энтерококкам (до 65% всех случаев послеродовых гнойно-септических заболеваний). Это особенно важно знать, потому что энтерококки нечувствительны к цефалоспоринам I и II поколения и аминогликозидам, которые чаще всего используются в акушерских стационарах.

Диагностическим критерием является количество микробных тел более 104 КОЕ/мл при бактериологическом исследовании, свидетельствующее о развитии инфекционного процесса.

Следует отметить, что возрастает также число заболеваний, вызванных микроорганизмами, передаваемыми половым путем (хламидии, микоплазмы, вирусы) Следует отметить, что микоплазмы (10%) и хламидии (2%) вызывают вялотекущие формы эндометритов, нередко присоединяясь к первичным возбудителям инфекции.

ИСМП утяжеляют общее состояние пациентов и увеличивают продолжительность пребывания их в стационаре. По данным ВОЗ, летальность в группе лиц с ИСМП значительно (в 10 раз и более) превышает летальность среди аналогичных групп больных без ИСМП.

Ликвидация ИСМП, возникающих в ЛПУ, и лечение пораженных ими пациентов требуют значительного бюджетного финансирования. Минимальный экономический ущерб, наносимый ИСМП ежегодно в Российской Федерации, составляет около 5 млрд. руб.

Значимость профилактики ИСМП резко повышается при переходе на принципы социального страхования. Этому способствует и лицензирование медицинских учреждений, поскольку лицензия на право медицинской деятельности возлагает на ЛПУ юридическую ответственность за каждый случай внутрибольничного заражения.

В связи с актуальностью вопроса и отсутствием исследований уровня и структуры заболеваемости специалистами Областного перинатального центра был проведен анализ учета ИСМП в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (далее — ОРИТН).

Было проанализировано 126 медицинских карт стационарных больных, 610 результатов микробиологического мониторинга за объектами внутрибольничной среды за период с сентября 2011 г. по май 2012 г. Пациенты находились в отделении не менее 48 часов.

У пациентов оценивались:

— продолжительность пребывания в стационаре;

— длительность ИВЛ;

— наличие центральных венозных доступов;

— масса тела, пол;

— результаты бактериальных посевов из содержимого трахеи, ротоглотки, материала пупочного и подключичных катетеров.

Параметры оценки медицинских карт представлены на *рис. 1.*

FIGURE 2. **Example of a minimum data collection form for prevalence study**

Date (dd/mm/yy)	_ _ _ _ _ _
Hospital	_ _
Unit	_ _
Unit specialty	_ _
Patient	
Patient identification	_ _ _ _ _
Age (years)	_ _ _
Gender ☐ male ☐ female	_
Date of admission in the hospital (dd/mm/yy)	_ _ _ _ _ _
Patient exposure	
Surgical procedure (during the last month) ☐ Yes ☐ No	_
Urinary catheter ☐ Yes ☐ No	_
Mechanical ventilation ☐ Yes ☐ No	_
Intravascular catheter ☐ Yes ☐ No	_
Antibiotic ☐ Yes ☐ No	_
If yes, prescription for	
☐ Prophylaxis ☐ Therapy ☐ Other/unknown	_
Nosocomial infection	
☐ Yes ☐ No	_
If yes, fill the following items	
Surgical site infection ☐ Yes ☐ No	_
Urinary tract infection ☐ Yes ☐ No	_
Bloodstream infection ☐ Yes ☐ No	_
Pneumonia ☐ Yes ☐ No	_
Other respiratory infection ☐ Yes ☐ No	_
Line-related infection ☐ Yes ☐ No	_
Other nosocomial infection ☐ Yes ☐ No	_

Рис. 1. **Бланк медицинской карты стационарного больного**

Таблица 1

Зависимость частоты положительных посевов от частоты и длительности проводимой ИВЛ, катетеризации центральных вен

Длительность (часы)	*ИВЛ*	*Длительность (часы)*	*Центральные венозные катетеры*
до 24	0 (0%)	до 96	2 (6%)
24–72	3 (9%)	96–144	13 (38%)
Более 72	31 (91%)	более 144	19 (55%)

Примечание: в процентах указанно количество положительных результатов посева от общего числа посевов.

Положительный посев был зарегистрирован в 31% из 610 исследованных проб.

Львиную долю составляют новорожденные с экстремально низкой массой тела, которые более подвержены ИСМП.

Зависимость частоты положительных посевов от частоты и длительности проводимой ИВЛ, катетеризации центральных вен представлена в *таблице 1.*

Чем больше длительность инвазивных процедур (ИВЛ и катетеризация центральных вен), тем выше частота положительных посевов.

В структуре «инфекционной палитры» в Областном перинатальном центре (далее — ОПЦ) встречались: *Staphylococcus epidermidis; Staphylococcus aureus MRSA; Klebsiella pneumoniae; Escherichia coli.*

Вероятные причины развития ИСМП в условиях ОПЦ:

- ненадлежащее исполнение медицинским персоналом требований санитарно-эпидемиологического режима;
- дефекты маршрутизации персонала по центру;
- сложность комплектации штатов отделения квалифицированными, неонатальными медицинскими сестрами, анализ проблемы представлен на *рис. 2.*

Из общего числа медицинского персонала только 30% работали в роддомах и отделениях новорожденных.

При тестировании работников на знание простейших правил и норм Сан-Пина 10% получили оценку «неудовлетворительно» *(рис. 3)*

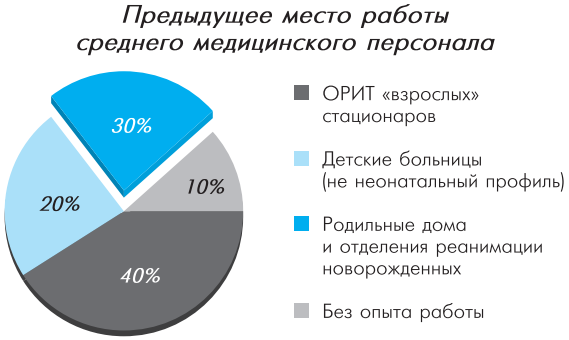


Рис. 2. **Категория среднего медицинского персонала, работающего в ОРИТН**

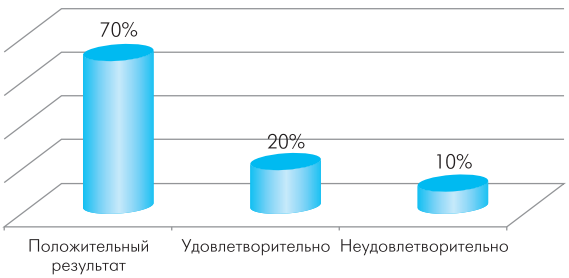


Рис. 3. **Результаты тестирования среднего медицинского персонала на знание санитарно-эпидемиологических норм и правил**

Учитывая, что большинство среднего медицинского персонала не является профильным для отделения реанимации новорожденных, остро встает вопрос о необходимости профессионального повышения уровня их знаний и умений.

Решением этой проблемы явилось обучение и профессиональная переподготовка медицинского персонала:

Рис. 4. **Видеокамеры в палатах и прочих помещениях**

— обучение навыкам работы в команде врачей-неонатологов, акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, медицинских сестер в симуляционном центре на базе медицинского университета (СибГМУ).

— планируется открытие аналогичного симуляционного центра на базе Областного перинатального центра для регулярного проведения занятий среднего медицинского персонала.

Одной из важных проблем соблюдения санитарно-эпидемиологических правил является мотивация сотрудников по соблюдению этих правил.

Первоначально это был инфекционный контроль врача-эпидемиолога и главной медицинской сестры, проведение обучающих семинаров по правилам и технике обработки рук, установка видеокамер *(рис. 4)*.

При анализе мер по достижению результатов соблюдения санитарно-эпидемиологических правил было выявлено, что наблюдение за персоналом, проведение семинаров и видеофиксация в отдельном случае не дают должного эффекта *(рис. 5)*.

Наиболее эффективным методом достижения результатов является система штрафов, в комплексе с видеофиксацией.

В этой связи в Областном перинатальном центре разработана градация системы штрафов для всего медицинского персонала *(рис. 6)*.

Нарушение маршрутизации персонала по перинатальному центру (использование лифтов не по назначению; передвижение медицинского персонала из отделения в отделение вне соответствия утвержденной маршрутизации) приводит к распространению ИСМП, как показал анализ.

Учитывая выявленные несоблюдения маршрутизации медицинского персонала в Областном перинатальном центре г. Томска было принято модернизировать лифты и двери в отделения автоматическими системами, оборудованными установками для бесконтактной дезинфекции рук персонала и антибактериальными ковриками. Такая система снабжена электронным чипом, связанным с системой автоматического открывания дверей. Каждый сотрудник Областного перинатального центра получает электронный пропуск к электронному чипу для открывания лифтов и дверей только в определенную зону, согласно месту работы, по строго разработанным этапам маршрутизации.

В перспективе: приобретение в отделения бесконтактных систем подачи воды, мыла, антисептика, антимикробных фильтров на водопроводной сети, в частности, смесителя; использование бесконтактных автоматических корзин для утилизации отходов; установка в предусмотренном проектом шлюзе при входе в ОРИТН системы очистки воздуха «ТИОН». Приобретение данных установок позволит вывести центр на совершенно новый уровень в соблюдении санитарно-эпидемиологического благополучия.

Для контроля соблюдения санитарно-эпидемиологического состояния Областного перинатального центра была создана комиссия, в которую вошли главный врач, профильные замы, эпидемиолог, главная медсестра, клинический фармаколог, старшая медицинская сестра ОРИТ, заведующие

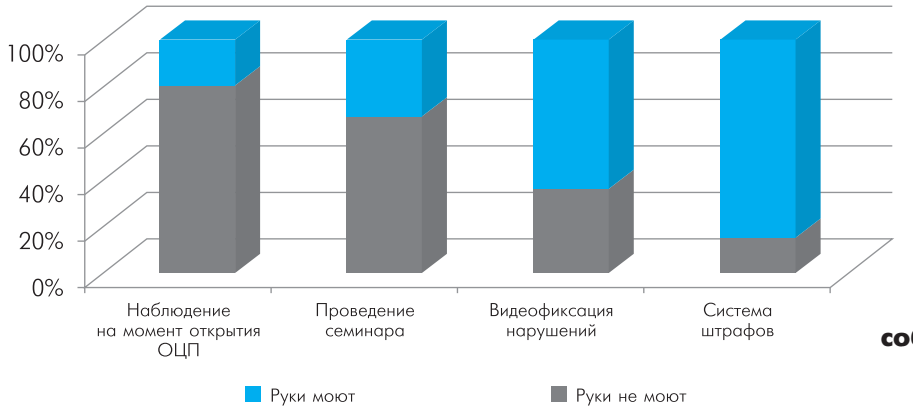


Рис. 5. **Результаты анализа проводимых мероприятий на соблюдение санитарно-эпидемиологических правил**

Приложение №1
к Положению о премировании и
материальном стимулировании работников
ОГУЗ «Областной перинатальный центр»

Критерии оценки качества работы

Категории работников	Критерии оценки	Количество баллов
Средний медицинский персонал	Отсутствие обоснованных жалоб от пациентов	20
	Отсутствие обоснованных жалоб со стороны сотрудников	10
	Качественное ведение медицинской документации	15
	Качественное и своевременное выполнение врачебных назначений	25
	Отсутствие нарушений санитарно-эпидемиологического режима	15
	Своевременное и качественное выполнение поручений вышестоящего руководства	15
	ИТОГО	100

Рис. 6. **Критерии оценки качества работы специалистов перинатального центра для премирования и материального стимулирования**

отделением, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе.

Уже сейчас результатом проводимых мероприятий стали отсутствие подтвержденных случаев заболеваний, связанных с оказанием медицинской помощи новорожденным, отрицательные показатели микробиологических исследований, отсутствие случаев инфицирования персонала.

Существенным моментом в совершенствовании профилактики ИСМП является создание мотивации в деятельности персонала.

В настоящее время нельзя отказываться от командно-административных и экономических методов управления, которые предполагают материальные поощрения и наказания.

Чрезвычайно важным считаем разработку и совершенствование нормативно-методической документации, регламентирующей проведение гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ЛПУ, поскольку многие положения существующих документов устарели и требуют скорейшего пересмотра.

Необходимо также повысить действенность санитарно-эпидемиологического надзора за ЛПУ.

Хочется надеяться, что проведенное исследование поможет правильно оценить ситуацию и определить приоритетные меры борьбы с ИСМП в ЛПУ различного профиля.

Литература

1. *Акимкин В.Г., Музыченко Ф.В.* Профилактика внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях Министерства обороны Российской Федерации//Военно-медицинский журнал. — 2007. — № 9. — С. 51–56.

2. *Брусина Е.Б., Рычагов И.П.* Эпидемиологическое значение внутрибольничных инфекций в хирургии и роль различных источников инфекции//Главная медицинская сестра. — 2007. — № 9. — С. 97–102.

3. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 05.10.2004 № 3 «О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями и мерах по их снижению».

4. *Онищенко Г.Г.* О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями//Стерилизация и госпитальные инфекции. — 2006. — № 1. — С. 5–7.

5. Письмо Роспотребнадзора от 02.10.2007 № 0100/99380732 «О заболеваемости ВБИ в Российской Федерации»//Главная медицинская сестра. — 2007. — № 12. — С. 103–108.

6. *Покровский В.И., Семина Н.А.* Внутрибольничные инфекции: проблемы и пути решения//Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2000. — № 5. — С. 12–14.

7. *Покровский В.И., Семина Н.А., Ковалева Е.П. и др.* Эпидемиология и профилактика внутрибольничных инфекций в Российской Федерации//Стерилизация и госпитальные инфекции. — 2006. — № 1. — С. 8–11.

8. *Семина Н.А., Ковалева Е.П., Фролочкина Т.И.* Организация эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в России//В кн. Матер. 8 Съезда эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. — М., 2002. — Т. 3. — С. 165–166.

9. *Филатов Я.Я., Храпунова И.А., Емелина Ю.Э. и др.* О санитарно-техническом состоянии лечебных учреждений г. Москвы и внутрибольничной заболеваемости за 2003 г.//Дезинфекционное дело. — 2004. — № 3. — С. 19–24.

10. *Филяев В.Н., Мартова О.В., Абросимова Л.М. и др.* Динамика уровня и структуры заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Астраханской области// Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2004. — № 3. — С. 17–18.

УДК 614; 614.2; 614.2.003; 614:338.26; 614.001.18

Holopov A.V., Gorev V.V., Lukashova E.I., Tretyakova O.V., Averin A.S.

Implementation of modern technologies of infectious security as a basis of controlled epidemiology supervision with the example of Tomsk regional perinatal center *(Regional perinatal center Tomsk)*

Annotation: The article is dedicated to the problem of infections, connected to provision of medical care in the hospital. On the basis of foreign literature data and analysis of epidemiology situation in a regional perinatal center, it is shown that implementation of modern perinatal technologies has high potential for economic profit of entity, decrease of lethal sources and reduction of the hospitalization period.

Keywords: *perinatal center, modern perinatal technologies, ISMP.*

Р.А. Хальфин,
д.м.н., профессор, президент ЗАО «МАКС-М», заведующий кафедрой организации здравоохранения, медицинской статистики и информатики факультета управления и экономики здравоохранения ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, г. Москва, Россия, madvika@mail.ru
И.Я. Таджиев,
д.м.н., профессор, врач-терапевт Торгового представительства Российской Федерации в Соединенных Штатах Америки, tadi 321@mail.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США. ЧАСТЬ 1

УДК 614.2
Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. ***Организация здравоохранения в США*** *(ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России, г. Москва, Россия)*

Аннотация: Показано, что система здравоохранения США является одной из крупнейших отраслей экономики, в которой сосредоточены огромные ресурсы. Выявлено, что здравоохранение в США — пример государственно-частной системы с сильными рыночными механизмами и многоканальностью финансирования в сочетании с развитой системой государственной поддержки и регулирования.

Ключевые слова: *система здравоохранения, структура здравоохранения, финансирование здравоохранения, управление здравоохранением.*

Здравоохранение является важнейшим элементом социальной сферы и имеет своей целью сохранение и укрепление здоровья населения посредством профилактической, лечебной и иных видов деятельности медицинских учреждений. Основополагающая роль здравоохранения как неотъемлемого условия жизни общества признается в законодательных актах всех цивилизованных стран и рассматривается как важный фактор национальной безопасности страны, как система общественных и государственных социально-экономических мероприятий, обеспечивающих высокий уровень охраны и улучшения здоровья населения. Реализации основных задач здравоохранения способствует эффективная государственная политика.

В разных странах сформировались разные системы здравоохранения, и их типология главным образом определяется политическим и социально-экономическим устройством государств. При этом, пожалуй, нет ни одной страны, которую бы полностью удовлетворяла собственная система охраны здоровья. Используя в оценке различные критерии, учитывающие национально-исторические и медико-санитарные особенности, степень охвата населения программами государственной поддержки, источники финансирования и др., классифицируют до девяти моделей систем здравоохранения. Но реально в мировой практике, с точки зрения организационно-финансовых особенностей выделяют три принципиально отличающиеся основные модели:

1. Преимущественно государственная (Великобритания, Норвегия, Швеция, Китай, Куба, Ирландия, Дания).

© Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев, 2012 г.

2. Преимущественно страховая (Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, Япония).

3. Преимущественно система частной (платной) практики (США, большинство африканских и латиноамериканских государств).

Еще недавно в качестве самостоятельной рассматривалась и государственная модель советского здравоохранения, названная в честь ее основоположника Н.А.Семашко. Пожалуй, ни одна экономически развитая страна при построении или реформировании собственной системы здравоохранения не обошла опыт СССР. Наиболее яркий пример позитивного заимствования нашего недавнего опыта с модификациями представлен в Великобритании, где удалось достичь достаточно высокую эффективность и доступность медицинской помощи при сравнительно низких финансовых затратах. При всех вариантах и различиях в рамках «государственной» системы здравоохранения, следует помнить, что сам Уильям Беверидж, основоположник социальной реконструкции и прародитель Национальной службы здравоохранения Великобритании, верил в социализацию здравоохранения, в эффективность бесплатной медицины и ее экономическую рентабельность.

Надо отметить, что практически нигде в мире указанные системы не представлены в чистом виде. Более того, как правило, они в разных пропорциях сосуществуют в одной стране, дополняя друг друга. Так, во всех странах (за исключением Кубы) даже с государственной системой здравоохранения существуют ниши для организаций добровольного (частного) медицинского страхования, спектр и объем действия которых напрямую зависит от стратегических приоритетов государства в области социальной политики и соответствующего регулирования их деятельности.

Соединенные Штаты Америки являются безусловными лидерами в ряду экономически развитых стран, в том числе и в сфере здравоохранения, и знакомство с опытом его организации представляет особый интерес, особенно сейчас, в период начавшихся масштабных реформ.

Здравоохранение США является одной из крупнейших отраслей американской экономики, в которой сосредоточены огромные ресурсы. Поразительно, но медицинская индустрия США составляет 1/7 часть всей национальной экономики, в которой занято свыше 15 млн. человек. Расходы на здравоохранение здесь существенно больше, чем в любой другой стране, как в абсолютных цифрах, так и в соотношении с валовым внутренним продуктом (ВВП) на душу населения и составили в 2009 году 2,49 трлн. долл. (16,9% ВВП), или почти 7,8 тыс. долл. на человека. В структуре совокупных расходов наиболее значимая роль принадлежит государству (1,19 трлн. долл., из них по линии государственных программ Medicare и Medicaid — 502 и 373 млрд. долл., соответственно) и частному медицинскому страхованию (801 млрд. долл.). Доли остальных инвесторов — в пределах 3–9% от общих расходов, правительств штатов — 9–15% [6, 11]. Цифры впечатляющие, особенно с учетом того, что ВВП России в 2010 году составил 1,5 трлн. долл., из них общие расходы на здравоохранение составили 3,9%.

Система здравоохранения США исторически сложилась в условиях практически свободного рынка, с весьма ограниченным государственным влиянием, чему в немалой степени способствовала либеральная идеология. Ныне Соединенные Штаты Америки являют собой пример модели частной медицины с сильными рыночными механизмами и многоканальностью финансирования в сочетании с развитой системой государственной поддержки и регулирования. И в силу того, что почти половина расходов на здравоохранение оплачивается из федерального бюджета, правильнее было бы такую систему признать частно-государственной или даже государственно-частной.

Для организационной структуры медицинского обеспечения в США характерна децентрализованная система управления здравоохранением с разделением полномочий между федеральным центром и штатами. В качестве федерального исполнительного органа представлен Департамент здравоохранения и социальных служб США (Department of Health and Human Services — HHS), который посредством 27 подразделений осуществляет и контролирует 330 социальных и здравоохранительных программ, в частности, такие, как Medicare (страхование здоровья пожилых людей и инвалидов) и Medicaid (страхование здоровья людей с низкими доходами); финансовая помощь и услуги для малообеспеченных семей; обеспечение безопасности продуктов питания и медикаментов; предотвращение заболеваний, включая службы иммунизации; исследования в области здравоохранения и социальных наук и других важных направлений. Практическое решение проблем обеспечения медицинской помощью малоимущих американцев отнесено к компетенции властей штатов.

В целом HHS принадлежит сравнительно скромная управленческая роль в государственном регулировании системы охраны здоровья, но недооценивать ее возможности в координации и реализации стратегических и тактических вопросов нельзя. Годовой бюджет HHS в 2011 году составил 901,9 миллиардов долларов, примерно четверть запланированных федеральных расходов.

Обладая относительной самостоятельностью, здравоохранительная политика США оказывает сильное влияние на экономическую сферу общества и предусматривает со стороны органов власти всеобъемлющий контроль всей системы оказания медицинской помощи в стране, несмотря на разнообразие ее форм и методов. Через жесткость законодательных актов, систематический экологический контроль и активную пропаганду средств массовой информации в обществе достигаются стимулы к обеспечению благополучия в биосфере. Весьма существенна значимость HHS в оценке и прогнозе состояния здоровья и благополучия населения, в организации и контроле деятельности государственных медицинских учреждений стационарного типа, в поддержке научно-исследовательской работы в области медицины через систему Национальных институтов здоровья (National Institutes of Health — NIH), в стратегическом планировании совместной деятельности с другими федеральными органами власти, так или иначе связанными со здравоохранением. В первую очередь это относится к Департаменту труда (Department of Labor) и Агентству по охране окружающей среды (Environmental Protection Agency). Характерно, что планы работы и отчеты об ее выполнении размещены на веб-сайте HHS, и любой заинтересованный гражданин может ознакомиться с деталями ее проведения, оценить и внести предложения.

Для улучшения управления здравоохранением вся территория США условно разделена на 10 регионов (Regional Offices), где федеральный HHS представлен десятью официальными представителями, являющимися проводниками политики федерального правительства в штатах и координаторами деятельности государственных госпиталей и Национальных институтов здоровья.

Национальные институты здоровья с объединенной дирекцией являются крупнейшим исследовательским учреждением в мире с годовым бюджетом в 2011 году в 31,2 млрд. долл., инвестирующим почти 80% этих средств в работу 325 тысяч ученых в более чем 3000 университетах и исследовательских центрах посредством 50 тысяч конкурсных грантов не только в каждом штате США, но и по всему миру. Со времени основания в 1887 году в стенах NIH было сделано немало важных открытий, к которым причастны и 130 лауреатов Нобелевской премии. Это необычное в нашем понимании научно-исследовательское учреждение со штатом в

17 000 исследователей состоит из 27 институтов и центров, каждый из которых сосредоточен на самых актуальных медико-биологических проблемах. Удивительно, но в его состав входят и такие непохожие, казалось бы, по целям и hi-tech-уровню структурные подразделения, как Национальный научно-исследовательский институт генома человека и Национальный институт исследований по уходу (за лицами, нуждающимися в посторонней помощи и уходе — *авт.)* [15].

На уровне штатов действуют собственные департаменты здравоохранения, нередко существенно различающиеся по структуре и функциям из-за специфики местного законодательства и занятые конкретной работой по реализации государственных медико-социальных программ и санитарно-противоэпидемической защиты. Территориальные органы здравоохранения малоразвиты (всего около 1600 в стране), с весьма конкретными, зависящими и от местных условий функциями, но главной задачей которых все же остается реализация государственных программ Medicare и Medicaid и обеспечение равнодоступности граждан к этим программам. Говоря о специфике местных условий, имеется в виду не только обязательное соответствие бенефициара условиям предоставления помощи, но и учет особенностей в разных штатах утвержденных методик исчисления доходов, активов и ресурсов граждан.

В Соединенных Штатах Америки нет единой и четкой системы организации здравоохранения, но ее модель в схематичном виде можно представить структурными элементами, где гарантом обеспечения медицинской помощи выступает система медицинского страхования — государственная и частная:

1. Государственные программы медицинского страхования.

2. Сеть государственных госпиталей для военнослужащих.

3. Местные, муниципальные и окружные программы.

4. Обязательное частное медицинское страхование работников по найму.

5. Самостоятельная оплата медицинских расходов гражданами.

Многие из американцев, не имеющие частной страховки, подпадают под действие таких правительственных программ, как Medicare и Medicaid, а также других региональных программ для малообеспеченного населения. В среднем более 20% всех врачебных и более 30% всех больничных услуг оплачиваются из источников государственных программ, главным образом Medicare и Medicaid. Для 5700 медицинских учреждений соучастие в этих программах является единственным источником доходов.

Государственная программа Medicare осуществляет медицинское страхование всех американцев старше 65 лет со стажем работы 5–10 лет (в зависимости от ее характера), а также тех, кто приближается к этому возрасту и имеет серьезные отклонения в состоянии здоровья. Она была учреждена в 1965 году, а с 1972 года обслуживает также и инвалидов и состоит из четырех основных частей:

A. Больничное страхование: оплата больничных услуг, некоторых форм домашнего ухода.

B. Медицинское страхование: оплата услуг врачей и разного рода амбулаторных служб, не входящих в ч. А.

C. Предпочтительное страхование: план, объединяющий в себе ч. А и ч. В + дополнительное предоставление разных видов специализированной медицинской помощи и рецептурных препаратов на особых условиях.

D. Лекарственное страхование: оплата расходов на рецептурные лекарственные препараты.

Госпитальная часть Medicare (часть А) финансируется за счет страхового налога с предпринимателей и наемных работников и предназначена для лечения острых заболеваний. Она оплачивает 90-дневный период стационарного лечения, завершающийся выпиской из госпиталя, или пребывание в доме сестринского ухода в течение 60 дней.

Число таких периодов за год не лимитировано. Подпрограмма предусматривает также однократную в течение жизни резервную госпитализацию (60 дней) на случай, если клиент превысил 90-дневный срок пребывания в стационаре. В дополнение к стационарной помощи программа оплачивает 100 дней лечения хронического заболевания в доме сестринского ухода в случае, если больной получает заключение о необходимости такой помощи, а также неограниченное число визитов врача к больному на дом. Более 90% фонда Medicare расходуется на оплату больничных услуг и только 9% — на сестринский уход и помощь на дому.

Фонд дополнительных услуг (часть B) образуется за счет клиентских взносов, а также за счет правительственных дотаций из общего бюджета и обеспечивает оплату амбулаторной помощи и лабораторных исследований. Клиенты с терминальными состояниями могут пользоваться госпитализацией продолжительностью до 90 дней дважды в год и одной резервной госпитализацией продолжительностью до 60 дней.

При пользовании только госпитальной подпрограммой A клиенты Medicare освобождены от уплаты страхового взноса. Если выбрана часть B, обеспечивающая амбулаторную помощь, то необходимо вносить страховой взнос в размере 31,9 долл. в месяц. За каждую госпитализацию клиент программы обязан внести сумму, равную примерно стоимости одного дня пребывания в стационаре. А при получении амбулаторных услуг существует обязательный вычет в размере 20% стоимости так называемого нормативного счета, что составляет около 75 долл. за каждый визит. Кроме того, индивидуально оплачиваются услуги, не входящие в обязательную программу помощи Medicare.

К первоначально действовавшим двум подпрограммам A и B в 2006 году в Medicare были дополнительно введены части C и D, которые, наряду с расширением возможностей планов страхования, вводили ограничения для бенефициара в выборе медицинского учреждения, врача, набора медицинских услуг и лекарственных препаратов исключительно в пределах сферы деятельности частной страховой компании, утвержденной Medicare в качестве поставщика медицинских услуг. Но при этом страхователей не лишили полностью права выбора предпочтительных медицинских услуг или врача, что важно для ментальности американских граждан. В выборе тех или иных врачебных услуг и лекарственных препаратов можно проявить любую фантазию, но при этом самостоятельно их оплачивать или в полном объеме, или частично в зависимости от подразделов выбранного плана. Франшиза является обязательным условием при выборе подразделов частей C и D, и, к примеру, доля ответственности гражданина только за участие в Medicare части C колеблется от 96,4 долл. до 308,3 долл. в зависимости от его дохода [5, 17].

Экспертами часть C оценивается как более экономичная альтернатива первоначального плана Medicare, включающая, к тому же дополнительные преференции для бенефициара.

По сути, Medicare является формой медицинского страхования, предоставляемого и распределяемого федеральным правительством. Часть этой программы предусматривает покрытие основных расходов на госпитализацию престарелых и финансируется из средств, взимаемых налогами на социальное страхование. Часть программы оплачивается непосредственно из федерального бюджета, другая часть — за счет предварительных взносов ее участников. Каждый, кто пользуется системой социального страхования, имеет право на Medicare.

Эффективность Medicare очевидна: в 1991 году этой программой было охвачено 39,2 млн. человек, в 2010 — 47,5 млн., из них 39,6 млн. людей старше 65 лет и 7,9 млн. инвалидов; к 2020 году, по прогнозам, в нее будут включены 61,3 млн. американцев. Про-

грамма частично финансируется за счет особого налога, который вносят равными долями предприниматели и работники в размере 7,65% от фонда заработной платы, из которых 1,45% изымается на программу Medicare. Граждане, не работающие по найму, а также представители малого бизнеса платят социальный налог в размере 15,3% от своих доходов, из которых 2,9% отчисляется на данную программу. Всего правительство США за счет налогоплательщиков оплачивает 52% издержек на медицинское обслуживание пенсионеров [5, 17].

В последние годы программы социального и медицинского страхования столкнулись с серьезными трудностями, связанными с демографическими изменениями — старением населения и увеличением доли американцев старше 65 лет. Социальное страхование и программа Medicare обеспечивают пособия, размеры которых намного превосходят сделанные ранее вложения. Если в 1950 году одного получателя пособия по социальному страхованию обеспечивали 16 работающих, в 1996 — трое работающих, то к 2030 году при сохранении нынешних тенденций на каждого пенсионера будут приходиться лишь двое работающих. В конце 90-х годов расходы на Medicare были равны 2,6% ВВП, в 2030 году они, по прогнозам, составят 7,5% ВВП. С 1991 по 2010 гг. они выросли в 2,1 раза — с 244,8 до 522,8 млрд. долл. Рост стоимости медицинской помощи в последние годы вынуждает правительство предпринимать ответные волюнтаристские решения в виде ужесточения правил соблюдения клинических протоколов, увеличения стоимости франшизы, выплачиваемой участниками Medicare до начала распространения на них медицинских льгот. В нынешних условиях это вынужденные меры, но в 2012 году в рамках проводимой реформы планируется снижение ставок на оплату врачебных услуг почти на 30% [5, 11].

Другая федеральная программа Medicaid, введенная одновременно с Medicare, рассчитана на оказание медицинской помощи малоимущим гражданам с доходом ниже уровня бедности и распространяется на членов семей с детьми, беременных женщин, пожилых людей, слепых, инвалидов, а также людей, страдающих некоторыми заболеваниями (туберкулез, некоторые формы рака). Отдельно существует программа Tricare для ветеранов государственной службы и их семей. С 1982 года к участию в Medicaid подключились все пятьдесят штатов. В 1997 году федеральное правительство внедрило программу государственного страхования детей из семей, чей доход выше допустимого для участия в Medicaid, но которые все же не в состоянии обеспечить их страховкой.

Условием участия малоимущих в Medicaid является валовой доход заявителя в диапазоне от 100 до 250% от уровня бедности. В разных штатах порог бедности заметно различается и ежегодно корректируется. Так, в 2009 году он был установлен на уровне 902,5 долл. в месяц для одинокого человека, 1214,2 долл. — для семьи из двух человек; для многосемейных предусмотрено увеличение на 311 долл. к основному уровню на каждого члена [5, 8].

Medicaid затрагивает пять основных услуг: стационарное и амбулаторное лечение, консультации различных специалистов, пребывание в домах престарелых, лабораторную и инструментальную диагностику. В рамках этой программы оплачивается пребывание в домах престарелых лиц, и на это уходит большая часть средств, выделяемых на Medicaid.

В отличие от Medicare, программа Medicaid финансируется не только федеральным правительством, но и органами управления штатов. Из местных бюджетов покрывается 42% всех расходов на здравоохранение, из фондов штатов — 40%, а доля федерации, формирующаяся из поступлений от общего налога, составляет 18%. Роль и пределы полномочий правительств обоих уровней в программе Medicaid четко определены и закреп-

лены законодательно. Предполагается, что федеральное правительство на практике занимается стратегическим развитием программы, подкрепляя свое участие в каждом конкретном случае, как правило, большей, чем штат, долей ресурсного обеспечения, а правительства штатов, пользуясь высокой степенью независимости в действиях, с учетом специфики собственных регионов и своих финансовых возможностей претворяют эту программу в жизнь. Именно законодательные органы и губернаторы штатов определяют конкретные категории малоимущих граждан и условия, на которых предоставляются медицинские пособия, правда, в рамках общих федеральных положений.

В 1988 году программой было охвачено 23,5 млн. человек, а общие расходы на Medicaid тогда составили 177 млрд. долл., из них доля федерального правительства была равна 101 млрд. долл. (57%), а правительств штатов — 76 млрд. долл. (43%). Начиная с этого времени, расходы штатов на программу Medicaid как доли в структуре общих затрат выросли с 10 до 19,4%, а федерального правительства — с 2,7 до 5,6%, составив в целом 296,8 млрд. долл. в 2008 году. Рост численности всех участников этой программы с 1988 по 2008 гг. возрос в 2,5 раза (до 58,8 млн. человек), малоимущих взрослых — в 2,8 раза (12,9 млн.), детей — в 2,2 раза (28,9 млн.). Ежегодный рост расходов на эту программу в будущем прогнозируется на уровне 7% [5, 11].

Нередко малоимущие пожилые граждане обеспечиваются одновременно и программой Medicare, и программой Medicaid, что порождает противоречия из-за различий в уровне тарифов как в рамках этих программ, так и медицинских организаций, вынужденно предоставляющих услуги по сниженным расценкам, установленным на данный год и данной территории.

Надо отметить, что на практике не все медицинские учреждения и врачи сотрудничают с государственными программами, и решение об участии в них принимается с января каждого года. Поэтому для равнодоступности различных категорий граждан к медицинскому обслуживанию и возможности ежегодно проходить бесплатную диспансеризацию в числе первых мероприятий начавшейся реформы здравоохранения с 2011 года была установлена существенная прибавка к зарплате врачей, работающих с престарелыми и малоимущими группами населения.

Кроме перечисленного, государственными программами оплачиваются услуги по оказанию неотложной медицинской помощи, а также отдельные услуги для ветеранов войны и членов их семей.

Для ветеранов, особенно тех, кто потерял трудоспособность во время прохождения службы, действуют эффективные социальные программы в виде компенсаций, пенсионного обеспечения, адаптации к гражданской жизни, обеспечения жильем, медицинского обслуживания, а также специальные гранты: на ортопедические приспособления, переоборудование дома или автомобиля и т.п. с учетом особых потребностей. Программа медицинского обслуживания ветеранов является наиболее выгодной для клиентов по сравнению со всеми другими социальными медицинскими программами. Врачи и медицинский персонал госпиталей получают зарплату из федерального бюджета, а ветеранам доступны любые медицинские процедуры и обслуживание, какие может предоставить госпиталь.

Через систему частного медицинского страхования, объединяющую свыше 1500 страховых организаций, потребителям в США предоставляются самые разнообразные медицинские услуги. Некоторые частные медицинские страховые компании имеют общенациональную значимость и участвуют в реализации государственных программ.

Применяются два типа частного медицинского страхования — индивидуальное и групповое. Групповым страхованием охвачено 74% работников частного сектора экономи-

ки и 80% — государственного сектора. Все многообразие видов страхования условно можно подразделить на три категории. К числу наиболее распространенных видов относится компенсационное страхование («плата за услуги») (fee-for-service), в соответствии с которым бенефициар может обращаться в любое медицинское учреждение страны с оплатой счетов, сложившихся в результате лечения. Неудовлетворенность у страхователей вызывает необходимость ежемесячной (premium) и ежегодной (deductible) платы, без которых страховка бездействует, но главным образом расходы компенсируются не полностью. Страховщиком погашается примерно 80% затрат, остальное — пациентом. В настоящее время эта схема заметно утратила популярность из-за трудно контролируемой обоснованности представляемых к оплате лечебно-диагностических услуг.

В качестве альтернативы более широко практикуется так называемое страхование управляемых услуг (managed care), суть которого состоит в том, что медицинские учреждения и/или врачи получают только фиксированную сумму из расчета на каждого застрахованного пациента независимо от объема оказанных услуг и в прагматичных целях стараются максимально снизить уровень невозмещаемых затрат. Это обоюдовыгодно, поскольку не предполагает дополнительных затрат со стороны пациента и стимулирует медицинские учреждения к рациональному планированию лечебно-диагностических мероприятий.

Этот вид страхования предлагается менеджерскими страховыми организациями на основе дисконтных цен и выгодных для работодателя схем минимизации расходов. Рост популярности ассоциаций поддержания здоровья (Health maintenance organizations — HMO), представленных финансовыми или страховыми структурами и имеющих статус общественных организаций, состоит прежде всего в координации и/или оказании комплексной медицинской помощи по фиксированным ценам. К успеху их деятельности относят сдерживание цен на услуги, увязку доходов врачей с доплатами за производительность, высокие экономические показатели и удовлетворенность пациентов, а также унифицированные требования к различным технологиям обследования, лечения и реабилитации пациентов в виде соответствующих руководств и протоколов.

В самом названии HMO изначально заключена идея ее функционирования не просто с целью лечения заболеваний, но и главным образом их профилактики. Нам показалось удивительным, что в анкетах страховщиков есть вопросы, касающиеся не просто занятий физкультурой и спортом, что сразу придает бенефициару солидные бонусы, но и уточнения места и времени их проведения, маршрутов променада для возможности выборочного контроля проводимых оздоровительных мероприятий. Не исключено, что в США это стало дополнительной причиной превращения бега трусцой в национальный вид физической культуры.

В развитии HMO были созданы организации предоставления предпочтительных услуг (Preferred provider organizations — PPO), представляющие собой комбинацию двух предыдущих видов страхования и ознаменовавшие смену приоритетов в концепции построения финансово-организационной системы здравоохранения и создание интегрированных по вертикали систем. Наметился повсеместный отход от гонорарной системы оплаты в пользу системы авансовых платежей, что на деле означало переход от оказания отдельных услуг к предоставлению комплексной медицинской помощи.

Говоря о принципиальных различиях PPO и HMO, последняя по аналогии с частью С Государственной программы Medicare, действует без какой-либо конкурентной среды, оплачивая медицинские услуги только внутри сети, то есть в медицинских организациях, с которыми подписаны соответствующие контракты. Более дорогой план для бенефици-

аров PPO позволяет оплатить услуги любого медицинского учреждения в зависимости от выбора страхователя. Надо отметить, что, вопреки прогнозам экспертов, популярность PPO заметно превзошла HMO.

Поиск рациональных решений привел к тому, что некоторые страховые компании и крупные корпорации стали обзаводиться собственными медицинскими учреждениями и штатом врачей, активней задействовать системы предварительной оплаты медицинских услуг, которые предусматривали предварительное согласование цен и объемов медицинской помощи для разных категорий граждан. В результате такой работы появилось Генеральное соглашение о тарифах на различные виды медицинской помощи между поставщиками медицинских услуг и страховщиками.

Кроме этих, на рынке медицинских услуг действуют другие страховые организации с гибкими моделями управления, способные предложить клиентам значительные скидки за счет развитой системы контрактов с медицинскими учреждениями разного типа. В последние годы получили определенное развитие частное перестрахование медицинских услуг, страхование фрагментов лечения/медицинских услуг. С целью экономии средств используются различные механизмы контроля действий бенефициара, такие, как административное одобрение, получение заключения второго специалиста при дорогостоящих процедурах.

Всего медицинским страхованием в США в 2010 году было охвачено 83,7% граждан, из них почти 64% застрахованы работодателем, 27% — в рамках государственных программ (по линии Medicare — 13%, Medicaid — 10%, из фондов ветеранов армии — 4%), 9% — самостоятельно. Не имеющим страховки 49,9 млн. гражданам (16,3% населения США в 2010 году) медицинская помощь оказывалась в муниципальных больницах и клиниках в рамках программ, развернутых в отдельных штатах местными властями и частными страховыми фирмами, а также организациями, финансирующими медицинские учреждения из фондов благотворительности [8, 18].

Структуру здравоохранения в США схематично можно представить в виде трехуровневой системы, составленной из элементов семейной медицины, амбулаторной и стационарной медицинских служб.

Семейная медицина представляет собой довольно развитую медицинскую сеть, осуществляющую на первичном уровне лечебно-профилактическую помощь, как правило, терапевтического профиля с широким набором функциональных обязанностей. При необходимости специализированного лечения и в сложных диагностических случаях к компетенции семейного врача отнесена диспетчеризация пациентов.

Амбулаторная помощь в США составляет наибольшую долю медицинских услуг населению. Лечение на дому в основном производится за счет сестринских организаций и обычно назначается и заказывается врачами. Частный сектор амбулаторной медицинской помощи представлен преимущественно личными врачами-специалистами по внутренней и семейной медицине, педиатрами, а, кроме того, узкопрофильными специалистами (дерматологами, гастроэнтерологами, урологами и др.), медсестрами и другим младшим медицинским персоналом. Кроме индивидуальной, в США распространена система групповой практики, объединяющей несколько врачей одной или нескольких специальностей.

Следует отметить важную роль медицинских сестер в медицинском обслуживании. Они, пожалуй, составляют основное звено в оказании медицинской помощи, фронт их деятельности необычайно широк, и зачастую трудно понять, где заканчиваются их обязанности и начинается ответственность врача. Как правило, они имеют хорошую профессиональную подготовку, объединены в ассоциации, весьма востребованы и имеют довольно высокий статус в обществе.

Стационарное лечение является весьма дорогостоящим видом медицинской помощи, особенно в сравнении с таковым в других странах, и потому для американских больниц характерны очень короткие сроки госпитализации. Как правило, в госпиталях проводится интенсивное лечение острых заболеваний, а долечивание осуществляется в «домах сестринского ухода». Последние выполняют важную социально значимую функцию физической и психологической реабилитации пациентов, жизнеобеспечения пожилых и немощных людей. Условно их подразделяют на «дома сестринского ухода» с квалифицированным средним медицинским персоналом, «дома-интернаты» для пожилых и престарелых с медицинским уклоном, «дома-приюты» для пожилых и инвалидов, нуждающихся в посторонней помощи и уходе. С началом формирования этих учреждений в 80-е годы предсказывалось, что большая часть расходов на здравоохранение переместится именно в этот сектор. Однако на протяжении последних 20 лет его доля в общей структуре расходов осталась практически неизменной (на уровне 8–10%), в основном из-за выросших объемов медицинских услуг в других секторах [11].

Госпитали в США представлены тремя типами: государственные (около 30% от общего числа госпиталей в стране), коммерческие (около 20%, включая большинство университетских клиник) и некоммерческие (около 50% больниц, принадлежащих местным, общественным и религиозным организациям). Они представляют собой систему высокотехнологичных многопрофильных госпиталей, в которых, наряду со специализированной, оказывается и определенный объем амбулаторной медицинской помощи, в том числе и хирургической. Структура их имеет много общего с нашими больницами.

Государственные федеральные госпитали финансируются из федерального бюджета и правительствами штатов и обслуживают лиц, на которых распространяются государственные программы оказания медицинской помощи: военнослужащих, ветеранов, заключенных, индейцев, проживающих в резервациях, инвалидов, лиц, страдающих психическими заболеваниями и туберкулезом, а также престарелых граждан (частично).

Коммерческие больницы представляют собой частнопредпринимательские предприятия с капиталом на индивидуальной, групповой или акционерной основе.

Некоммерческие госпитали создаются местными муниципальными органами с привлечением государственных и негосударственных фондов, благотворительных обществ, частных лиц, конфессиональных и других организаций, и, несмотря на название, многие услуги оказывают за плату, что делает их во многих отношениях похожими на коммерческие госпитали. Но между ними существует принципиальная разница: не осуществляя выплат дивидендов акционерам, некоммерческие больницы вкладывают доходы в новые или усовершенствованные средства обслуживания, в обновление основных фондов, в создание фондов оказания помощи малоимущим, что поощряется государством через льготное налогообложение. Однако суммы, выделяемые на оказание помощи малоимущим, не столь значительны, и невозмещаемые затраты составляют лишь 3–5% от доходов коммерческих и некоммерческих госпиталей.

Традиционно в США госпитали были крупнейшим звеном в системе оказания медицинской помощи, и к 1991 году затраты на стационарное лечение составляли около 47% всех вложенных в здравоохранение средств. Расходы на врачебные услуги, многие из которых также предоставлялись в госпиталях, составили 20%, на медикаментозное лечение — 10%, обслуживание на дому — около 2%, на содержание в домах престарелых — 10%; на оставшиеся 11% приходились услуги стоматологов и других узких специалистов. Но всего через пять лет удалось достичь 4%-ное снижение больничных расходов, высвободив

десятки миллиардов долларов. Это стало результатом реализации плана «Система предполагаемой оплаты» (Procpective Payment System — PPS) по покрытию больничных счетов, заключавшегося в нормировании сумм, выплачиваемых больницам за лечение пациентов с конкретным диагнозом. В этих целях пациентов классифицируют по так называемым «диагностическим ресурсным группам» (Diagnostic Resource Groups — DRG). Это стимулировало ускорение оборота больничной койки, тогда как по прежде существовавшему порядку платы за услуги больницы были материально заинтересованы в расширении объемов помощи и длительном пребывании пациентов в стационаре.

В этот же период наметилось перераспределение ресурсов в сторону поликлиник, пунктов неотложной помощи и домов престарелых. Поиск новых решений оптимизации оказания медицинской помощи привел к пересмотру ряда ценностей в действовавшей модели здравоохранения в США и ориентации в сторону построения интегрированных по вертикали региональных систем с основным упором на амбулаторное звено, найдя широкую поддержку Ассоциации американских больниц (American Hospital Association). Эта идея, зародившаяся в связи с широким распространением концепции управляемой медицинской помощи, по сути, является стратегическим союзом между больницами, врачами и другими поставщиками медицинских услуг, где в качестве основного звена региональной системы рассматриваются не стационары, а хорошо налаженная и разветвленная сеть первичных практик.

Поскольку в рамках вертикально интегрированной системы медучреждений появляется множество альтернатив стационарному лечению, такие системы гораздо лучше приспособлены к принятию на себя серьезного финансового риска, связанного с заключением контрактов на оказание медицинской помощи за фиксированную подушевую оплату. Считается, что эффективность управления лечебно-диагностическим процессом в рамках интегрированной системы существенно повышается из-за более широких возможностей регулирования финансовых потоков, перенаправления пациентов для прохождения курса лечения на соответствующий уровень, контроля качества и доступности медицинской помощи.

Предполагают, что даже в наиболее урбанизированных штатах медицинское обслуживание всего населения могут осуществлять всего четыре—пять крупных интегрированных региональных систем, и в ближайшие пятьдесят лет они вытеснят с рынка остальные конкурирующие структуры. Со временем практически все госпитали вольются в региональные сети, и лишь у отдельных крупных специализированных больниц могут оказаться шансы для успешного встраивания в межсетевые отношения, формально оставаясь за рамками интегрированных систем. Положительный опыт организационно-финансового слияния больниц в США уже есть, и он продолжает осваиваться в разных штатах.

Служба экстренной медицинской помощи в США всегда оставалась в зоне особого интереса, прежде всего из-за ее большой загруженности — в пределах 35–39 посещений на 100 человек населения ежегодно, из которых почти треть приходится на возраст 25–44 года. Число обращений в больничные отделения неотложной помощи с 89,8 млн. в 1998 году возросло до 127,3 млн. в 2006 году, со среднегодовым приростом в 18–24% [10].

Американская система скорой медицинской помощи в нынешнем виде была создана в 1973 году и имеет существенные территориальные особенности как по организации, так и штатному расписанию. Она составлена из волонтерских (22%), штатных (38%) и комбинированных (40%) подразделений, где часть сотрудников получает зарплату, а часть работает на добровольных началах. Чаще всего служба скорой помощи (Emergency Medical Technicians and Paramedics — EMT&P) представлена пожарным подразде-

лением, в котором пожарные имеют медицинскую квалификацию (в 38% случаев), а также в виде отдельной муниципальной (23%) или частной (13%) структуры, подразделения госпиталя (7%) или полицейского департамента (1,5%). С 1974 года EMT&P была укреплена вертолетной службой, перевозящей ежегодно более 15 000 больных и пострадавших. Весь медицинский транспорт оснащен всем необходимым для оказания догоспитальной и экстренной помощи. В некоторых штатах, наряду с вызовом автомобиля EMT&P, организована система экстренного вызова на дом врачей. В ряде регионов к месту вызова, наряду с EMT&P, прибывает и полиция. Практически повсюду в США врачи-специалисты по неотложной медицине работают в госпиталях и вызовы не обслуживают [19].

Всего в США насчитывается более 6 тысяч диспетчерских центров, принимающих звонки на номер 911 и оснащенных специальной аппаратурой, позволяющей мгновенно персонифицировать вызов. Они оснащены спутниковыми навигационными системами для оперативного слежения за бригадами EMT&P и переадресации их в случае необходимости, специальной техникой для глухонемых и адаптированные языковые линии, позволяющие переводить почти с 70 языков. Все поступившие вызовы записываются в компьютерную базу данных, и за ложный вызов грозит крупный штраф и даже тюремное заключение. Пока бригада едет к месту вызова, диспетчер расспрашивает позвонившего о происшедшем, и эти ответы вместе с готовыми рекомендациями по оказанию необходимой экстренной помощи пересылаются в автомобиль EMT&P еще до прибытия к месту происшествия. Бригада сразу приступает к оказанию помощи, не тратя время на расспросы. Есть еще много других вспомогательных компьютерных устройств, моментально рассчитывающих алгоритмы решений заданных вопросов, что заметно облегчает работу бригад и ограждает их от ошибочных действий.

Квалификация работников EMT&P имеет четыре градации — от уровня оказания первой помощи и транспортировки пациента в лечебное учреждение до проведения сложных процедур, таких, как дефибрилляция, кардиоверсия, электрокардиография, ларингоскопия, декомпрессия клапанного пневмоторакса, искусственная вентиляция легких и т.п. Проведение подобных процедур с применением специальной аппаратуры разрешено парамедикам, имеющим подготовку не менее 1000 часов и нередко степень бакалавра, и регламентируется Национальным регистром скорой помощи (National Registry of Emergency Medical Technicians — NREMT) [16, 19].

Все больные и пострадавшие доставляются в отделение неотложной помощи — emergency room, нечто среднее между отечественным приемным покоем и реанимационным отделением. Доставленные и самостоятельно прибывшие пациенты в зависимости от степени тяжести состояния распределяются на четыре категории, в соответствии с которыми соблюдена очередность оказания им помощи.

Следует отметить важную роль на этом этапе медицинских сестер, имеющих широкие полномочия от сортировки пациентов до самостоятельных лечебно-диагностических назначений. В случае стационирования пациента в emergency room ответственность за него переходит к врачу-специалисту по неотложной медицине, действующему в соответствии с принятыми алгоритмами обследования и лечения. Четкость и темпы их исполнения во многом способствуют выживаемости пациентов. Почти повсеместно в США в этих отделениях действует принцип «один врач — один пациент».

В критических случаях пациент переводится в соответствующее отделение госпиталя. Больные с менее серьезными заболеваниями после оказания им неотложной помощи направляются в амбулаторные отделения госпиталя или к частному врачу. Таким образом, главной целью работы отделений ско-

рой помощи являются купирование острых состояний и диспетчеризация пациентов.

Следует иметь в виду еще одну особенность. В соответствии с законом о неотложной медицинской помощи (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act — EMTLA) медицинские учреждения и врачи не вправе отказать в ней любому нуждающемуся, включая нелегальных эмигрантов. Но поскольку этот закон необеспечен финансированием, оплата за подобные услуги впоследствии включается в стоимость услуг тем, кто в состоянии платить.

Обучение технического персонала необходимым медицинским навыкам в течение 20-часового курса организует Ассоциация служб скорой медицинской помощи (Emergency Medical Services Association — EMSA). Для парамедиков составлено несколько программ, рассчитанных на 280–1200 часов обучения. Для подготовки врачей курс неотложной медицинской помощи включает 32 программы со специализацией в терапии, хирургии, психиатрии, педиатрии и акушерстве и гинекологии.

Финансирование EMT&P осуществляется в основном за счет бюджетов муниципальных органов, платы, взимаемой со страховых компаний и непосредственно с пациентов, а также за счет благотворительных пожертвований. Следует отметить, что экстренный вызов EMT&P порой обходится солидной суммой в 800–1000 долл. и выше, что зависит от уровня оказания медицинской помощи и дальности перевозки. Такая высокая стоимость услуг EMT&P существенно ограничивает ее доступность для многих граждан.

По данным Академии неотложной медицины (Academy of Emergency Medicine), в 2008 году в EMT&P числилось 210 700 сотрудников, 15 000 региональных подразделений и 48 000 специализированных транспортных средств. К 2018 году планируется увеличение их штата на 9%. Но надо отметить, что служба в EMT&P мало престижна из-за сравнительно небольшой в сравнении с другими медицинскими работниками заработной платы, составлявшей в том же 2008 году в среднем 14,1 долл./час и 38 тыс. долл./год у парамедиков при 40-часовой рабочей неделе [10, 15].

Продолжение читайте в следующем номере

UDC 614.2
Khalfin R.A., Tadjiev I.Y. ***Health system in the USA*** *(First Moscow State Medical University after I.M. Sechenov, Moscow, Russia)*

Annotation: It is presented that the health system in the USA is one of the largest branches of economy in which huge resources are concentrated. It is revealed that healthcare in the USA — an example of state-private system with market mechanisms in combination to state support and regulation.

Keywords: *health system, healthcare, healthcare financing, healthcare management.*

О «БЕССТЫДНО НИЗКОМ» УРОВНЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ В ВУЗАХ И ОБНОВЛЕНИИ УЧЕБНЫХ ПЛАНОВ ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ СТРАНЫ

В середине июля в эфире радиостанции «Эхо Москвы» глава Министерства здравоохранения Вероника Скворцова рассказала, что уровень подготовки врачей в ВУЗах упал до «бесстыдно низкого». В качестве основной причины снижения уровня подготовки молодых специалистов руководитель Министерства назвала общее старение преподавательского состава. «Во-первых, состарились те преподаватели, которые в начале 80-х годов были яркими, молодыми, перспективными. Никто не следит значимо за их статусом, повышением их уровня подготовки, поэтому часто они остались на том же уровне, а новые преподаватели, молодые, не пришли в отрасль и в профессорско-преподавательский состав. Мы сейчас начинаем борьбу против этого всего безобразия», — пояснила она.

В связи с этим ведомство планирует в ближайшие три—четыре месяца полностью обновить учебные планы всех медицинских ВУЗов страны. Новые программы обучения будут разработаны на основе тех, что используются в немецком Хайдельберге, французской Сорбонне, британском Кембридже и американском Гарварде. Кроме того, планируется «полная переквалификация» всего преподавательского состава учебных заведений и, возможно, сокращение количества бюджетных мест в них, поскольку число выпускников медвузов «превышает потребности» страны во врачах.

Отдавая должное уважение гражданскому мужеству Вероники Скворцовой, поставившей «диагноз» системе подготовки врачей в национальных медицинских ВУЗах, представляется важным проанализировать основные практики и условия обновления образовательных программ в ведущих ВУЗах мира, в том числе в тех, о которых упомянула министр.

Эндаумент-фонды

Основным механизмом формирования новых инновационных образовательных и исследовательских программ в западных ВУЗах является создание эндаумент-фондов. Такие фонды обеспечивают ВУЗам долгосрочный стабильный источник финансирования значимых образовательных и исследовательских программ.

Схема действия эндаумент-фондов заключается в том, что благотворители жертвуют средства на цели развития университетов (без всяких условий и предпочтений), формируя целевой капитал, который инвестируется на фондовом рынке в недвижимость, размещается на депозитах с тем, чтобы обеспечивался его постоянный прирост. Сам целевой капитал является неприкосновенным.

Именно благодаря этим фондам зарубежные ВУЗы удерживают лидерство во многих направлениях науки, привлекают к преподаванию лучших ученых, оплачивают обучение одаренных студентов, приобретают оборудование и финансируют необходимую инфраструктуру, создают новые современные факультеты и кафедры. Крупнейшими эндаумент-фондами являются фонды следующих университетов: Гарварда (25,6 млрд. долл. США), Йеля (16,3 млрд. долл. США), Стэнфорда (12,6 млрд. долл. США), Пристона (12,6 млрд. долл. США). Причем доля этих фондом в консолидированном бюджете университетов составляет 33 % в Гарварде, 35% в Йеле, 23% в Стэнфорде, 47% в Пристоне.

Долгосрочная среднегодовая доходность инвестиций эндаумент-фондов составляет около 7–12% годовых, размер выплат на основные цели деятельности фонда — около 5% (от суммы его активов), примерно половина доходов реинвестируется. В результате фонды университетов Пристона и Стенфорда обеспечивают до 500 млн. долл. ежегодного финансирования. В целом же средства эндаументов приносят западным ВУЗам до 40–50% годового дохода, то есть являются важнейшим источником финансирования текущих нужд университета.

По мнению вице-премьера Владислава Суркова, создание эндаумент-фондов — это ключевое условие повышения конкурентоспособности университетов России, и именно их отсутствие является одной из причин того, что российские университеты не входят в авторитетные рейтинги мировых ВУЗов. Уже в этом году начнется наполнение эндаумента Сколковского института науки и технологий. По словам В. Суркова, «госкорпорации, компании и акционерные общества с государственным участием отнеслись к этому, как к почетной обязанности» и готовы участвовать в финансировании университета. Эндаумент СколТех создан осенью прошлого года для внебюджетного финансирования института. Согласно планам, в фонд в этом году должно быть собрано не менее 15 миллиардов рублей, из которых половину должны составить средства от бизнеса. До 2020 года планируется собрать сумму, эквивалентную не менее чем 2 миллиардам долларов.

К сказанному стоит добавить, что ни один медицинский ВУЗ России не имеет эндаумент-фонда.

Нагрузки преподавателей

В университетах мира, входящих в ТОП-100 различных международных рейтингов, нагрузка преподавателей не превышает 300 часов в год, например, в Массачусетском Технологическом Университете (Massachusetts Institute of Technology), занимающем третью позицию в мировом рейтинге университетов мира, ведущих медицинские исследования (см. «МЗ», № 7, 2012, с. 48–55), она составляет 240 часов. В медицинских университетах России этот показатель приближается к 990–1200 часам...

Научные исследования в медицинских университетах России

Преподавание и научные исследования в университетах неразрывны, иначе образовательный процесс будет отставать от меняющихся потребностей и запросов общества, от развития научного знания. Выдающейся моделью сочетания активной научной и образовательной деятельности является Лаборатория Колд Спринг Харбор (The Cold Spring Harbor Laboratory, CSHL), частная некоммерческая организация, занимающаяся исследованиями в области онкологии, нейробиологии, генетики растений, геномики и биоинформатики. Штат лаборатории состоит из 400 сотрудников. За время существования лаборатории в ней работали 9 лауреатов Нобелевской премии.

CSHL разрабатывает много образовательных программ для ознакомления студентов с новейшими идеями, открытиями и технологиями в биомедицине, наиболее пытливым студентам предлагается возможность работать в открытой и коллективной среде с одними из самых авторитетных ученых мира. Лаборатория предложила свой первый курс по биологии более века назад, в 1890 году. С этого времени роль CSHL как образовательного центра постоянно росла и расширялась. Сегодня CSHL предлагает самые современные программы по биомедицине для университетов, аспирантов и ученых.

В России практически нет примеров подобной модели генерирования новых университетских программ. Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию, которому поручено создание единой программы повышения квалификации профессорско-преподаватель-

ского состава медицинских и фармацевтических ВУЗов, такого опыта создания новых образовательных программ, к сожалению, не имеет, на его сайте (http://www.fgou-vunmc.ru) не удалось найти никакой информации о новых или разрабатываемых программах и выдающихся ученых, являющихся авторами таких программ.

Обеспеченность оборудованием для образовательных и исследовательских программ

Одним из мейнстримных направлений развития медицины являются клеточные и генные технологии. Основным показателем научного потенциала страны, ведущей исследования в этой области, является количество секвенаторов — производительных полупроводниковых устройств для работы с генетическим материалом. В настоящее время США располагает 823 секвенаторами, Китай — 200, Великобритания — 138. В России используются всего лишь 10 современных секвенаторов...

Информационное обеспечение медицинских ВУЗов

Указ Президента РФ «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки» от 7 мая 2012 года предусматривает увеличение к 2015 году доли публикаций российских исследователей в общем количестве публикаций в мировых научных журналах, индексируемых в базе данных «Сеть науки» («Web of Science»), до 2,44%. В 2011 году в «Web of Science» было проиндексировано 404 026 публикаций по клинической медицине, из них на долю российских публикаций пришлось лишь 0,46% (1738 статьи) — это один из самых низких показателей для отдельных предметных областей национальной науки.

На наш запрос в компанию Thomson Reuters о количестве российских медицинских ВУЗов, имеющих подписку на «Web of Science», был получен следующий ответ: «Всего один — Красноярский государственный медицинский университет».

Куракова Наталия

Здравоохранение-2012

В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ МОЖЕТ БЫТЬ СОКРАЩЕНА ИЛИ ПРИСОЕДИНЕНА К БОЛЕЕ КРУПНЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ

Такое заявление сделал **Казбек Дзугаев**, проректор по воспитательной работе и связям с общественностью Московского государственного медико-стоматологического университета, 14 августа в ходе пресс-конференции, посвященной итогам приемной кампании в ВУЗы. «Новым министром создана группа, которая будет заниматься реорганизацией медицинского образования, и на повестке дня действительно стоит вопрос о сокращении медицинских ВУЗов, об их слиянии и разделении по категориям», — заявил Казбек Дзугаев. При этом он отметил, что делать какие-либо выводы рано, поскольку процесс реорганизации только начался.

Выступая в ходе пресс-конференции, представитель МГМСУ отметил традиционно высокие цифры конкурса в медицинские ВУЗы, а также рост среднего проходного балла. Всего в этом году в подведомственные Минздраву России учреждения высшего медицинского образования на бюджетные места было подано более 234 тыс. заявлений, что на 24,5 тыс. больше, чем в прошлом году.

Источник: http://medvestnik.ru

От редакции:

Продолжаем публикацию Приложений к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531. Первая часть документа опубликована в августовском номере «МЗ» на стр. 60–75.

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

от 9 июня 2012 г. *№ 531*

ПРИКАЗ
О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы

Приложение 2
к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531

ПОРЯДОК ИСЧИСЛЕНИЯ СТАЖА НЕПРЕРЫВНОЙ РАБОТЫ, дающего право на получение стимулирующей выплаты за продолжительность непрерывной работы

В стаж работы засчитывается:

1. Время непрерывной работы как по основной работе, так и работе по совместительству в учреждениях, подразделениях на должностях:

— старший врач станций (отделений) скорой медицинской помощи;

— врачи, средний и младший медицинский персонал и водители, в том числе состоящие в штате автотранспортных предприятий, выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи и выездных реанимационных гематологических бригад;

— врачи, средний и младший медицинский персонал и водители выездных бригад отделений плановой и экстренной консультативной медицинской помощи (станций санитарной авиации);

— врачи выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшие на должности главного врача станции скорой медицинской помощи и его заместителя, заведующих отделениями, подстанциями скорой медицинской помощи, а также работники из числа среднего медицинского персонала выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшие на должности фельдшера (медицинской сестры) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам или старшего фельдшера подстанции скорой медицинской помощи;

— врачи, средний и младший медицинский персонал хосписов и постоянно действующих передвижных медицинских отрядов в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях;

— время обучения в клинической ординатуре по профилю «Лепра»;

— работники противолепрозных (лепрозных) учреждений (подразделений);

— работники противочумных учреждений (подразделений);

— врачи и средний медицинский персонал расположенных в сельской местности: участковых больниц и амбулаторий, в том числе линейных; больниц, входящих в состав окружных медицинских центров и медицинских центров, подведомственных Минздраву России; домов-интернатов всех типов;

— средний медицинский персонал фельдшерско-акушерских пунктов;

— заведующий и старшая медицинская сестра терапевтических и педиатрических отделений поликлиник, а также терапевт участковый и педиатр участковый, медицинская сестра участковая терапевтических и педиатрических территориальных участков;

— фельдшер, работающий на территориальных терапевтических и педиатрических участках в поликлиниках и поликлинических отделениях;

— врачи пунктов (отделений) медицинской помощи на дому;

— врачи общей практики (семейные врачи) и медицинская сестра врача общей практики (семейных врачей);

— врачи, в том числе председатели и главные эксперты медико-социальных экспертных комиссий;

— врачи-фтизиатры, врачи-педиатры и средний медицинский персонал противотуберкулезных учреждений (подразделений), работающие на фтизиатрических участках по обслуживанию взрослого и детского населения;

— работники учреждений по борьбе с особо опасными инфекциями (подразделений);

— врачи-терапевты цеховых врачебных участков, средний медицинский персонал цеховых врачебных участков и домов сестринского ухода.

Время непрерывной работы как по основной работе, так и работе по совместительству в учреждениях, подразделениях и должностях, дающее право на получение надбавки за продолжительность непрерывной работы в размерах до 40, до 60 и до 80% оклада (ставки), а также время обучения в клинической ординатуре по профилю «Лепра» взаимно засчитывается.

2. Всем работникам учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, кроме работников, перечисленных в п. 1 Порядка, в стаж работы, дающий право на стимулирующую выплату в размере до 30%, засчитывается

— время непрерывной работы как по основной работе, так и работе по совместительству, на любых должностях, в том числе на должностях врачей и провизоров-интернов, врачей и провизоров-стажеров, в учреждениях здравоохранения независимо от ведомственной подчиненности, социальной защиты населения и Госсанэпиднадзора;

— время пребывания в интернатуре на базе клинических кафедр высших медицинских образовательных учреждений;

— время пребывания в клинической ординатуре, а также в аспирантуре и докторантуре по клиническим и фармацевтическим дисциплинам в высших учебных образовательных и научно-исследовательских учреждениях;

— время работы в централизованных бухгалтериях при органах и учреждениях здравоохранения, при условии, если за ними непосредственно следовала работа в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения;

— время выполнения в учреждениях здравоохранения лечебно-диагностической работы, заведование отделениями и дополнительные дежурства, осуществляемые работниками государственных медицинских высших образовательных учреждений, в том числе учреждений дополнительного медицинского образования, и научных организаций клинического профиля;

— время работы на должностях руководителей и врачей службы милосердия, медицинских сестер милосердия, в том числе старших и младших, обществ Красного Креста и его организаций;

— время непрерывной работы как по основной работе, так и работе по совместительству на врачебных и фельдшерских здравпунктах, являющихся структурными подразделениями предприятий (учреждений и организаций) независимо от форм собственности;

— время службы (работы) в военно-медицинских учреждениях (подразделениях) и на медицинских (фармацевтических) должностях в Вооруженных Силах СССР, СНГ и Российской Федерации, а также в учреждениях здравоохранения системы КГБ, ФСБ России, МВД России, МЧС России, ФАПСИ, ФСЖВ России, СВР России, ФПС России и ФСНП России, ГТК России, Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Минюста России;

— время нахождения на действительной военной службе (в органах внутренних дел) лиц офицерского состава (рядового и начальствующего состава органов внутренних дел), прапорщиков, мичманов и военнослужащих сверхсрочной службы, уволенных с действительной военной службы (из органов внутренних дел) по возрасту, болезни, сокращению штатов или ограниченному состоянию здоровья, если перерыв между днем увольнения с действительной военной службы (из органов внутренних дел) и днем поступления на работу в учреждение здравоохранения и социальной защиты населения не превысил 1 года.

Ветеранам боевых действий на территории других государств, ветеранам, исполняющим обязанности военной службы в условиях чрезвычайного положения и вооруженных конфликтов, и гражданам, общая продолжительность военной службы которых в льготном исчислении составляет 25 лет и более, независимо от продолжительности перерыва;

— время работы в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения в период учебы студентам медицинских высших и средних образовательных учреждений независимо от продолжительности перерывов в работе, связанных с учебой, если за ней следовала работа в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения;

— время непрерывной работы в приемниках-распределителях МВД России для лиц, задержанных за бродяжничество и попрошайничество.

3. Работникам, указанным в пунктах 1 и 2 Порядка, при условии, если нижеперечисленным периодам непосредственно предшествовала и за ними непосредственно следовала работа, дающая право на надбавки, учитывается также:

— время работы на выборных должностях в органах законодательной и исполнительной власти и профсоюзных органах;

— время, когда работник фактически не работал, но за ним сохранялось место работы (должность), а также время вынужденного прогула при неправильном увольнении или переводе на другую работу и последующем восстановлении на работе;

— время работы в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения стран СНГ, а также республик, входивших в состав СССР до 01.01.1992;

— время по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.

4. Работникам, предусмотренным в пунктах 1 и 2 Порядка, без каких-либо условий и ограничений в стаж для исчисления стимулирующей выплаты учитывается:

— время службы в Вооруженных Силах СССР, органах внутренних дел и государственной безопасности СССР и пребывание в партизанских отрядах в период Великой Отечественной войны, а также выполнения интернационального долга, в том числе нахождения военнослужащих в плену, при наличии справки военкомата.

5. Стаж работы сохраняется:

при поступлении на работу в учреждения здравоохранения и социальной защиты населения, при отсутствии во время перерыва другой работы:

5.1. Не позднее одного месяца:

— со дня увольнения из учреждений здравоохранения и социальной защиты населения;

— после увольнения с научной или педагогической работы, которая непосредственно следовала за работой в учреждениях здравоохранения, социальной защиты населения;

— после прекращения временной инвалидности или болезни, вызвавших увольнение из учреждений (подразделений) и с должностей, указанных в пунктах 1 и 2 Порядка, а также в случае увольнения с работы, на которую работник был переведен по этим основаниям;

— со дня увольнения из органов управления здравоохранения, социальной защиты населения, органов Госсанэпиднадзора, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских страховых организаций обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования Российской Федерации и его исполнительных органов, Обществ Красного Креста, комитетов профсоюзов работников здравоохранения и с должностей доверенных врачей;

— после увольнения с работы на должностях медицинского персонала дошкольных и общеобразовательных учреждений, колхозно-совхозных профилакториев, которая непосредственно следовала за работой в учреждениях здравоохранения, социальной защиты населения;

— со дня увольнения из предприятий и организаций (структурных подразделений) независимо от форм собственности, осуществляющих в установленном порядке функции учреждений здравоохранения, при условии, если указанным периодам работы непосредственно предшествовала работа в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения;

— со дня увольнения из приемника-распределителя МВД России для лиц, задержанных за бродяжничество и попрошайничество.

5.2. Не позднее двух месяцев:

— со дня увольнения из учреждений здравоохранения, социальной защиты населения и должностей, указанных в пунктах 1 и 2 Порядка, после окончания обусловленного трудовым договором срока работы в районах Крайнего Севера и местностях, приравненных к районам Крайнего Севера;

— после возвращения с работы в учреждениях Российской Федерации за границей или в международных организациях, если работе за границей непосредственно предшествовала работа в учреждениях и на должностях, предусмотренных в пунктах 1 и 2 Порядка.

Время переезда к месту жительства и нахождения в отпуске, не использованном за время работы за границей, в указанный двухмесячный срок не включается.

Этот же порядок применяется в отношении членов семей, находившихся за границей вместе с работником.

5.3. Не позднее трех месяцев:

— после окончания высшего или среднего профессионального образовательного учреждения, аспирантуры, докторантуры, клинической ординатуры и интернатуры;

— со дня увольнения в связи с ликвидацией учреждения (подразделения) либо сокращением численности или штата работников учреждения (подразделения);

— со дня увольнения с работы (службы) в военно-медицинских учреждениях (подразделениях) и с медицинских (фармацевтических) должностей в Вооруженных Силах СССР, СНГ и Российской Федерации, а также в учреждениях, здравоохранения системы КГБ, ФСБ России, МВД России, МЧС России, ФАПСИ, ФСЖВ России, СВР России, ФПС России и ФСНП России, ГТК России, Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, не считая времени переезда.

5.4. Не позднее шести месяцев со дня увольнения в связи с ликвидацией учреждений (подразделений) либо сокращением

численности или штата работников учреждений (подразделений), расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях.

5.5. Не позднее одного года со дня увольнения с военной службы, не считая времени переезда, если службе непосредственно предшествовала работа в учреждениях (подразделениях), должностях, перечисленных в пунктах 1 и 2 Порядка.

5.6. Стаж работы сохраняется независимо от продолжительности перерыва в работе и наличия во время перерыва другой работы, при условии, если перерыву непосредственно предшествовала работа в учреждениях (подразделениях) и должностях, перечисленных в пунктах 1 и 2 Порядка:

— эвакуируемым или выезжающим в добровольном порядке из зон радиоактивного загрязнения;

— зарегистрированным на бирже труда как безработным; получающим стипендию в период профессиональной подготовки (переподготовки) по направлению органов по труду и занятости; принимающим участие в оплачиваемых общественных работах с учетом времени, необходимого для переезда по направлению службы занятости в другую местность и для трудоустройства;

— покинувшим постоянное место жительства и работу в связи с осложнением межнациональных отношений;

— гражданам, которые приобрели право на трудовую пенсию в период работы в учреждениях здравоохранения или социальной защиты населения;

— женам (мужьям) военнослужащих (лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел), увольняющимся с работы по собственному желанию из учреждений, подразделений, должностей, перечисленных в пунктах 1 и 2 Порядка, в связи с переводом мужа (жены) военнослужащего (лиц рядового, начальствующего состава органов внутренних дел) в другую местность или переездом мужа (жены) в связи с увольнением с военной службы и из органов внутренних дел;

— занятым на сезонных работах в учреждениях здравоохранения.

5.7. Стаж работы сохраняется также в случаях:

— расторжения трудового договора в связи с уходом за ребенком в возрасте до 14 лет (в том числе на попечении работника) или ребенком-инвалидом в возрасте до 16 лет при поступлении на работу до достижения ребенком указанного возраста;

— работы в учреждениях, предприятиях и организациях системы здравоохранения (кафедрах вузов, научно-исследовательских учреждениях и др.), не входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, в период обучения в медицинских высших и средних образовательных учреждениях и обучения на подготовительных отделениях в медицинских образовательных учреждениях;

— отбывания исправительно-трудовых работ по месту работы в учреждениях здравоохранения. Надбавки за время отбывания наказания не выплачиваются, и время отбывания наказания в непрерывный стаж не засчитывается.

6. Перерывы в работе, предусмотренные подпунктами 5.1–5.5 Порядка, в стаж непрерывной работы, дающий право на надбавки за продолжительность работы, не включаются.

7. В стаж работы не засчитывается и прерывает его: время работы в учреждениях, организациях и предприятиях, не предусмотренных номенклатурой учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, за исключением учреждений, организаций и предприятий, упомянутых в настоящем Порядке.

Приложение 3
к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531

ПЕРЕЧЕНЬ ВИДОВ ВЫПЛАТ КОМПЕНСАЦИОННОГО И СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ИХ УСТАНОВЛЕНИЯ

1. К выплатам компенсационного характера работникам учреждений относятся:

— выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда;

— выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных;

— выплаты за работу в учреждениях, расположенных в сельской местности;

— выплаты за работу со сведениями, составляющими государственную тайну.

2. Выплаты компенсационного характера устанавливаются в процентах к должностным окладам (окладам), ставкам работников.

3. Выплаты компенсационного характера устанавливаются к должностным окладам (окладам), ставкам работников, не образуют новый должностной оклад (оклад), ставку и не учитываются при начислении иных компенсационных и стимулирующих выплат, устанавливаемых к должностному окладу (окладу), ставке.

4. Порядок, условия и размеры выплат компенсационного характера устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами учреждений по согласованию с выборным профсоюзным органом (представительным органом работников) в пределах бюджетных ассигнований и других источников формирования фонда оплаты труда и должны быть конкретизированы в трудовых договорах работников.

5. Выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда:

5.1. Работникам учреждений здравоохранения и науки, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, выплата производится в размерах и по Перечню, утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы (приложение к Перечню видов выплат компенсационного характера).

Конкретный перечень должностей работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными для здоровья условиями труда, предусмотренных указанным Перечнем, утверждается руководителем учреждения по согласованию с выборным профсоюзным органом с учетом результатов аттестации рабочих мест.

Работникам других учреждений (подразделений), не предусмотренных Перечнем, привлекаемым для проведения консультаций, экспертизы, оказания медицинской помощи и другой работы в учреждениях (подразделениях), указанных в Перечне, начисление компенсационных выплат производится за фактически отработанное время в особых условиях.

6. Компенсационная выплата за работу в опасных условиях труда устанавливается медицинскому и педагогическому персоналу психиатрических больниц (отделений) специализированного типа, персоналу специализированных бригад станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи, предназначенных для оказания помощи и перевозки психических больных, судебно-психиатрических отделений для лиц, содержащихся под стражей, и составляет до 30% от должностного оклада за работу в опасных условиях.

7. Водителям автотранспортных средств может устанавливаться компенсационная выплата за вождение автомобиля в городе Москве до 10% от оклада, ставки.

8. Прочим категориям работников, занятых на тяжелых, работах или работах с вредными условиями труда, размер компенсационной выплаты определяется в зависимости от результатов аттестации рабочих мест и устанавливается в размере не менее 4% должностного оклада (оклада), ставки работника.

9. На момент введения системы оплаты труда, отличной от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы, выплата работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, устанавливается всем получавшим ее ранее. При этом работодатель принимает меры по проведению аттестации рабочих мест с целью разработки и реализации программы действий по обеспечению безопасных условий и охраны труда. Если по итогам аттестации рабочее место признается безопасным, то осуществление указанной выплаты не производится.

10. Выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных:

10.1. Выплата за работу в ночное время.

Работникам учреждений Департамента здравоохранения города Москвы доплата за работу в ночное время производится в размере не менее 20% часовой ставки, должностного оклада (оклада, рассчитанного за час работы) за каждый час работы в ночное время.

10.2. Выплата за сверхурочную работу, за работу в выходные и праздничные дни, за работу при совмещении профессий (должностей), расширении зон обслуживания, увеличении объема работы или исполнении обязанностей временно отсутствующего работника устанавливается в соответствии с нормами трудового законодательства.

11. Специалистам, работающим на селе, рекомендуется устанавливать доплату в размере до 25% от должностного оклада (оклада), ставки.

12. Размер компенсационных выплат за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, устанавливается в зависимости от степени секретности сведений, к которым работники имеют документально подтверждаемый доступ на законных основаниях. Рекомендуемый размер выплат — 10–20% должностного оклада.

13. Размеры и условия осуществления выплат компенсационного характера конкретизируются в локальных нормативных актах учреждений и трудовых договорах работников.

ВЫПЛАТЫ СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА

14. С целью стимулирования к качественному результату труда и поощрения работников за выполненную работу в учреждениях могут устанавливаться следующие виды стимулирующих выплат:

- стимулирующие выплаты за почетное звание;
- стимулирующие выплаты за ученую степень;
- стимулирующие выплаты за продолжительность непрерывной работы;
- стимулирующие выплаты молодым специалистам;
- стимулирующие выплаты за интенсивность и высокие результаты труда;
- премии.

15. Порядок, условия и размеры выплат стимулирующего характера устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами учреждений по согласованию с выборным профсоюзным органом (представительным органом работников) в пределах бюджетных ассигнований, средств обязательного медицинского страхования, средств от приносящей доход деятельности, выделенных на оплату труда, и должны быть конкретизированы в трудовых договорах работников. Выплаты могут производиться при условии достаточной финансовой обеспеченности.

16. Стимулирующая выплата за почетное звание

Стимулирующая выплата за почетное звание может устанавливаться для медицинско-

Таблица 1

Наименование стимулирующей выплаты	*Размеры стимулирующей выплаты (в процентах к должностному окладу, ставке)*
За ученую степень по профилю учреждения или деятельности работника:	
за ученую степень доктора наук	До 20 процентов
за ученую степень кандидат наук	До 10 процентов

го, педагогического персонала, а также иных работников, имеющих почетные звания СССР, РФ, а также награжденных отраслевыми нагрудными знаками отличия при условии их соответствия профилю учреждения и/или деятельности самого работника.

Рекомендуемый размер стимулирующей выплаты за почетное звание составляет до 30% от должностного оклада (оклада), ставки работника.

Назначение стимулирующей выплаты производится со дня представления работником соответствующих документов.

При наличии нескольких оснований стимулирующая выплата за почетное звание устанавливается по одному из них по выбору работника.

17. Стимулирующая выплата за ученую степень

Стимулирующая выплата за ученую степень может устанавливаться в процентах от должностного оклада, ставки работников *(табл. 1)*.

Назначение стимулирующей выплаты производится со дня представления работником соответствующих документов.

18. Стимулирующие выплаты за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения могут устанавливаться со дня достижения стажа, дающего право на увеличение размера выплаты, если документы, подтверждающие непрерывный стаж, находятся в учреждении, или со дня представления необходимого документа, подтверждающего непрерывный стаж, в следующих максимальных размерах:

18.1. В размере до 30% должностного оклада по истечении первых трех лет и в размере до 25% от должностного оклада за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 80% должностного оклада:

- старшим врачам станций (отделений) скорой медицинской помощи;
- врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи и выездных реанимационных гематологических бригад;
- за врачами выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшими на должности главного врача станции скорой медицинской помощи и его заместителя, заведующих отделениями, подстанциями скорой медицинской помощи, а также за работниками из числа среднего медицинского персонала выездных бригад станций (отделений) скорой медицинской помощи, перешедшими на должности фельдшера (медицинской сестры) по приему вызовов и передаче их выездным бригадам или старшего фельдшера подстанции скорой медицинской помощи, сохраняются надбавки в размерах, соответствующих стажу непрерывной работы в выездных бригадах;
- врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу хосписов.

18.2. В размере до 30% должностного оклада, оклада по истечении первых трех лет и до 15% — за каждые последующие два года непрерывной работы, но не выше 60% должностного оклада:

- среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов;
- заведующим и старшим медицинским сестрам терапевтических и педиатрических

отделений поликлиник, а также терапевтам участковым, педиатрам участковым, участковым медицинским сестрам терапевтических и педиатрических территориальных участков;

• фельдшерам, работающим на территориальных терапевтических и педиатрических участках в поликлиниках и поликлинических отделениях;

• врачам пунктов (отделений) медицинской помощи на дому;

• врачам общей практики (семейным врачам) и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей);

• врачам, в том числе председателям и главным экспертам медико-социальных экспертных комиссий;

• врачам-фтизиатрам, врачам-педиатрам и среднему медицинскому персоналу противотуберкулезных учреждений (подразделений), работающим на фтизиатрических участках по обслуживанию взрослого и детского населения.

18.3. В размере до 30% должностного оклада по истечении первых трех лет и до 10% за последующие два года непрерывной работы, но не выше 40% должностного оклада:

• врачам-терапевтам цеховых врачебных участков, среднему медицинскому персоналу цеховых врачебных участков.

18.4. В размере до 20% должностного оклада (оклада) по истечении первых трех лет и до 10% за последующие два года непрерывной работы, но не выше 30% должностного оклада (оклада):

• всем работникам учреждений здравоохранения, кроме работников, получающих надбавку по основаниям, предусмотренным в подпунктах 6.5.1–6.5.3 Рекомендаций.

18.5. Работникам, занимающим по совместительству штатные должности в учреждениях здравоохранения, стимулирующие выплаты за продолжительность непрерывной работы выплачиваются в порядке и на условиях, предусмотренных для этих должностей.

18.6. Порядок исчисления стажа непрерывной работы, дающего право на получение стимулирующей выплаты за продолжительность непрерывной работы, утверждается Департаментом здравоохранения города Москвы.

19. Стимулирующие выплаты за продолжительность работы могут устанавливаться работникам образовательных, научных и прочих учреждений в размере до 20% от должностного оклада (оклада), ставки.

Порядок исчисления стажа и конкретные размеры выплат устанавливаются учреждением.

20. Стимулирующие выплаты молодым специалистам.

Стимулирующие выплаты молодым специалистам рекомендуется устанавливать работникам, относящимся к ПКГ должностей педагогических работников, ПКГ «Врачи и провизоры», «Средний медицинский и фармацевтический персонал» в возрасте до 35 лет в течение трех первых лет работы, если они отвечают одновременно следующим требованиям:

• получили впервые высшее или среднее профессиональное образование, соответствующее должности, независимо от формы получения образования;

• состоят в трудовых отношениях с учреждением;

• имеют по основному месту работы не менее установленной действующим законодательством нормы часов работы (нормы часов преподавательской работы для педагогических работников);

• приступили к работе по специальности не позднее 3 месяцев после получения диплома государственного образца о высшем или среднем профессиональном образовании*.

** Лица, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, должны приступить к работе непосредственно после окончания отпуска. Лица, находящиеся на службе в рядах Вооруженных сил РФ, должны приступить к работе не позднее трех месяцев после демобилизации.*

Стимулирующие выплаты молодым специалистам могут устанавливаться в размере

до 40% от должностного оклада, ставки работника, а имеющим диплом с отличием — до 50% от должностного оклада, ставки работника.

21. Стимулирующие выплаты за интенсивность и результаты труда:

21.1. Оценка за интенсивность и результаты труда работника государственного учреждения рекомендуется осуществлять на основе анализа трудовой деятельности работников в соответствии с системой показателей, рекомендованных Департаментом здравоохранения города Москвы, которые определяются непосредственно для категорий работников.

21.2. Рекомендуемый набор показателей для установления стимулирующих выплат за интенсивность и результаты труда для медицинских работников:

В лечебно-профилактических учреждениях:

- за перевыполнение отраслевых норм нагрузки;
- за участие в федеральных, городских отраслевых программах и так далее;
- за качественное выполнение отраслевых стандартов и соблюдение протоколов ведения больных;
- за применение в практической работе новых медицинских технологий;
- за оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- за соблюдение врачебной этики и норма деонтологии;
- другие показатели.

В научных учреждениях и научных учреждениях клинического профиля выплаты за интенсивность и результат труда рекомендуется устанавливать по следующим показателям:

- за выполнении лечебно-диагностической работы;
- за участие в целевых программах и фундаментальных исследованиях, не имеющих специального финансирования;
- за создание внеплановой научной продукции по профилю деятельности учреждения (структурного подразделения) (публикации в рецензируемых журналах, оформленных учреждением патентов, изобретений и так далее);
- за научное руководство, ведение педагогической работы, рецензирование, экспертизу научных материалов, оппонирование и так далее;
- другие показатели.

Размер выплат устанавливается в локальных нормативных актах учреждения.

21.3. Для других категорий работников государственных учреждений условия и порядок установления выплат за интенсивность труда устанавливаются на уровне локальных нормативных актов учреждения.

21.4. Показатели интенсивности труда и порядок их оценки по категориям работников устанавливаются на уровне локальных нормативных актов учреждения.

22. Премии

Премиальные выплаты могут производиться при наличии экономии фонда оплаты труда и в соответствии с положениями локальных нормативных актов учреждения:

- единовременно за выполнение особо важных и ответственных поручений;
- другие виды премиальных выплат.

При премировании за выполнение важных и срочных работ учитываются:

- качественное и оперативное выполнение особо важных заданий руководства;
- подготовка и проведение важных организационных мероприятий, связанных с основной деятельностью учреждения, а также мероприятий, направленных на повышение авторитета и имиджа учреждения среди населения.

Размер премии может устанавливаться как в абсолютном значении, так и в процентном отношении к должностному окладу.

23. Размер стимулирующих выплат (в том числе премии) для работника может устанавливаться в процентном отношении к должностному окладу (окладу). Максимальным размером указанные выплаты не ограничены.

Приложение
к Перечню видов выплат компенсационного характера

Рекомендуемый перечень учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на компенсационные выплаты в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда

I. Рекомендуемый перечень лечебно-профилактических учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на компенсационные выплаты в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда *(Таблица 1).*

Таблица 1

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
	1. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 15% от должностного оклада, ставки
1.1	Туберкулезные (противотуберкулезные) учреждения ж структурные подразделения, за исключением указанных в п. 2.12, для больных туберкулезом и для детей с туберкулезной интоксикацией, малыми и затихающими формами туберкулеза
1.2	Лечебно-производственные (трудовые) мастерские при туберкулезных (противотуберкулезных) учреждениях
1.3	Инфекционные больницы, отделения, палаты для инфекционных больных и больных, зараженных гельминтами; Гельминтологические дневные стационары; Кабинеты инфекционных заболеваний
1.4	Санатории, отделения (палаты) других учреждений для детей с поражением центральной нервной системы с нарушением функции опорно-двигательного аппарата
1.5	Учреждения, отделения, палаты, кабинеты для онкологических больных
1.6	Учреждения, отделения, палаты, кабинеты для кожно-венерологических больных
1.7	Хирургические отделения (палаты) всех профилей стационаров, в том числе гравитационной хирургии крови
1.8	Операционные блоки стационаров
1.9	Отделения (группы, палаты): — анестезиологии-реанимации; — реанимации и интенсивной терапии (за исключением лаборатории (группы), обеспечивающей экспресс-диагностику); — гемодиализа, для лечения больных с применением методов гемодиализа, гемосорбции, плазмофереза и ультрафильтрации; — для новорожденных детей в родильных домах; — педиатрические для новорожденных детей; — гериатрические для больных с сопутствующими психоневрологическими заболеваниями; — родовые
1.10	Отделения (палаты), кабинеты для больных с гемобластозами и депрессиями кроветворения
1.11	Отделения (палаты), кабинеты, в которых основным методом лечения является длительное применение больших доз химиотерапевтических препаратов
1.12	Рентгеновские, радиологические всех профилей и рентгенорадиологические отделы, отделения, лаборатории, группы и кабинеты. Отделения рентгеноударноволнового дистанционного дробления камней (ОРУДДК). Центры, отделения, кабинеты, рентгенохирургических методов диагностики и лечения

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
1.13	Лаборатории, отделы, отделения по работе: — с живыми возбудителями инфекционных заболеваний (или больными животными); — с вирусами, вызывающими заболевания;—с агрессивными средами и химическими реагентами; — по исследованию потенциально инфицированных материалов (биологических жидкостей и тканей); — на микроскопах и полярископах с применением токсических иммерсионных жидкостей и иммерсионных объективов
1.14	Барокамеры и кессоны
1.15	Отделения (кабинеты): ультразвуковой диагностики и эндоскопические
1.16	Психотерапевтические кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений)
1.17	Подземные: — отделения (палаты) учреждений здравоохранения; — здравпункты, медпункты, в том числе в сооружениях метрополитена
1.18	Должности в учреждениях здравоохранения: — врач-психиатр многопрофильной больницы на 1000 и более коек; — врач-эпидемиолог и помощник врача-эпидемиолога лечебно-профилактического учреждения; — персонал, предусмотренный в штате корпусов фракционирования белков и плазмы крови и в отделениях заготовки крови и ее компонентов станций переливания крови исключительно для работы по заготовке и хранению в замороженном состоянии компонентов крови и костного мозга; — медицинский персонал, работающий на лазерных установках; специалисты, обслуживающие лазерные установки; — персонал физиотерапевтических отделений (кабинетов), бальнео- и грязелечебниц (отделений, кабинетов), предусмотренный для: работы на генераторах УВЧ любой мощности (при отпуске в месяц в среднем не менее 10 процедур в смену); — обслуживание больных в помещениях сероводородных, сернистых и углесероводородных ванн и грязей, отпуска радоновых ванн, озокеритовых процедур; — работы в грязелечебницах; для подогрева и подвозки грязей, приготовления искусственной сероводородной воды; постоянного обслуживания помещений сероводородных, сернистых и углесероводородных и радоновых ванн; — обслуживания и текущего ремонта зданий, сооружений и оборудования, приборов физиотерапевтических лечебниц (отделений), оборудования подвалов, нагревательных приборов ванных зданий, насосных станций, смесителей и резервуаров, трубопроводов и оголовок буровых скважин сероводородных, сернистых и углесероводородных и радоновых ванн; — врач-стоматолог детский, врач-ортодонт и зубной врач детской стоматологической поликлиники (отделения, кабинета); — медицинский персонал лабораторий (отделов, отделений), предусмотренный для постоянной работы по постановке реакции иммобилизации бледных трепонем; — фармацевтический персонал аптек, кроме занятых исключительно отпуском лекарств без рецептов и других товаров аптечного ассортимента; — фармацевтический персонал контрольно-аналитических лабораторий, непосредственно выполняющий работу по анализу лекарственных средств; — медицинский дезинфектор; — фасовщицы и санитарки-мойщицы аптечных учреждений; — медицинский персонал приемных отделений стационаров лечебно-профилактических учреждений; — персонал централизованных стерилизационных
1.19	Персонал хосписов
	2. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 25% от должностного оклада, ставки
2.1	Психиатрические (психоневрологические) и наркологические учреждения. Работники (кроме медицинского персонала) психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
2.2	Отделения, палаты, кабинеты для лечения психически больных и лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией; — наркологические отделения, палаты, кабинеты; — специализированные приемные отделения лечебно-профилактических учреждений, предназначенные для оказания медицинской помощи лицам, получившим травму в результате острого алкогольного отравления или острого алкогольного психоза
2.3	Специализированные бригады станций (отделений) скорой медицинской помощи, предназначенные для оказания медицинской помощи и перевозки психически больных
2.4	Лечебно-производственные (трудовые) мастерские при психиатрических (психоневрологических) учреждениях, перечисленных в п. 2.1
2.5	Стационары кожно-венерологических диспансеров, подлежащие охране силами подразделений милиции
2.6	Учреждения (отделения, палаты) для больных с поражением спинного мозга, сопровождающимся параличом (парезом) нижних (или верхних и нижних) конечностей и расстройством функций тазовых органов
2.7	Лечебно-профилактические учреждения, в том числе санатории и дома ребенка, и их структурные подразделения, предназначенные для детей с поражением центральной нервной системы (с органическим поражением ЦНС) с нарушением психики
2.8	Патологоанатомические бюро (отделения, подразделения, институты). Отделения заготовки (консервации) трупных тканей, органов и крови
2.9	Бюро судебно-медицинской экспертизы
2.10	Барооперационные
2.11	Отделения (палаты) для: — ожоговых больных; — больных с острыми отравлениями; — неврологических больных с нарушением мозгового кровообращения; — недоношенных детей; — лечения больных с хирургическими гнойными заболеваниями и осложнениями всех профилей
2.12	Противотуберкулезные диспансеры, санатории и отделения (больниц, диспансеров и клиник) для лечения легочных больных
2.13	Персонал госпиталей и отделений для ветеранов войн и лиц приравненных к ним по льготам, занятый непосредственно обслуживанием больных
2.14	Врачи и средний медицинский персонал участковой службы противотуберкулезных и кожно-венерологических учреждений (подразделений)
3. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 30% должностного оклада, ставки	
3.1	Медицинский персонал психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением
3.2	Судебно-психиатрические экспертные отделения (комиссии)
3.3	Врачи и средний медицинский персонал участковой службы психоневрологических учреждений (подразделений)
4. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 40% должностного оклада, ставки	
4.1	Амбулаторные судебно-психиатрические экспертные комиссии; судебно-психиатрические экспертные отделения для лиц, не содержащихся под стражей; отделения для принудительного лечения психически больных в психиатрических больницах
5. Учреждения, подразделения и должности, работа в которых связана с непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы а другой работы, больных СПИД и ВИЧ-инфицированных, дающая право на компенсационные выплаты. Рекомендуемый размер не менее 60% должностного оклада, ставки	
5.1	Центры по профилактике к борьбе со СПИД

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
5.2	Учреждения и специализированные отделения, предназначенные для лечения больных СПИД и ВИЧ-инфицированных
5.3	Лаборатории и группы учреждений, на которые возложено органами здравоохранения обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование поступающих крове- и биологических жидкостей от больных СПИД и ВИЧ-инфицированных
5.4	Учреждения, за исключением перечисленных в пп. 5.1–5.3, осуществляющие проведение консультаций, осмотров, оказание медицинской помощи и другой работы, обусловленной непосредственным контактом с больными СПИД и ВИЧ-инфицированными

1. Работникам, занятым на работах с разными условиями вредности или опасности, предусмотренными в пунктах 1 и 2 Перечня *(Таблица 1)*, а также в подпунктах пункта 1 или подпунктах пункта 2, размер компенсационной выплаты устанавливается в размере до 40% от должностного оклада (оклада), ставки.

В случаях, когда учреждения здравоохранения (подразделения, должности) перечислены в нескольких пунктах или подпунктах раздела Перечня, размеры компенсационных выплат, установленных по каждому из оснований, не суммируются.

2. Перечень должностей работников учреждения, которым с учетом конкретных условий работы в данном учреждении, подразделении и должности (лечение, обеспечение диагностики, экспертизы, непосредственное обслуживание или контакт с больными и др.) могут устанавливаться компенсационные выплаты по основаниям, предусмотренным в Перечне (в том числе и за каждый час работы в условиях, предусмотренных Перечнем), формируется по согласованию с выборным профсоюзным органом.

3. Медицинским и другим работникам учреждений здравоохранения, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, деятельность которых связана с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, рекомендуется установить дополнительную компенсационную выплату в размере не менее 25% должностного оклада, оклада по перечню, утверждаемому федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами.

II. Рекомендуемый перечень научных учреждений клинического профиля, подразделений, должностей, работа в которых дает право работникам на компенсационные выплаты в связи с опасными (особо опасными), тяжелыми (особо тяжелыми) условиями труда *(Таблица 2)*

Таблица 2

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
	1. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 15% от должностного оклада, ставки
1.1	Туберкулезные (противотуберкулезные) учреждения и структурные подразделения, для больных туберкулезом, инфекционные стационары, отделения (кабинеты)
1.2	Отделения (группы, палаты, кабинеты) для лечения больных с применением методов гемодиализа, гемосорбции, плазмофереза, ультрафильтрации
1.3	Учреждения, отделения, палаты, кабинеты для кожно-венерологических больных
1.4	Стационары, отделения, палаты для гельминтологических больных

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
1.5	Учреждения, отделения, палаты, кабинеты, группы для детей с поражением центральной нервной системы с нарушением функций опорно-двигательного аппарата
1.6	Группы дошкольных (школьных) учреждений (подразделении) для больных с туберкулезной интоксикацией, малыми и затихающими формами туберкулеза, хронической дизентерией, поражением центральной нервной системы с нарушением опорно-двигательного аппарата, дефектами слуха и речи
1.7	Отделения (группы) анестезиологии-реанимации, отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии
1.8.	Работа с живыми возбудителями (или зараженными животными) инфекционных, туберкулезных, грибковых и паразитарных заболеваний
1.9	Работа с трупным материалом
1.10	Работа с дезинфекционными, дезинсекционными и дератизационными средствами
1.11	Работа с аллергенами
1.12	Кессоны и барокамеры
1.13	Виварии (клиники животных) при работе с животными, зараженными инфекционными, туберкулезными, грибковыми и паразитарными заболеваниями
1.14	Токсикологические подразделения
1.15	Рентгеновские, радиологические всех профилей и рентгенорадиологические отделы, отделения, лаборатории, группы и кабинеты Отделения рентгеноударноволнового дистанционного дробления камней (ОРУДДК) Центры, отделения, кабинеты по контрастным и внутрисердечным методам рентгенологического исследования
1.16	Музеи живых культур патогенных для человека микроорганизмов
1.17	Отделения (палаты), кабинеты для больных с гемобластозами и депрессиями кроветворения
1.18	Работы, связанные с фасовкой высокотоксичных и дезинфекционных веществ
1.19	Хирургические отделения (палаты) всех профилей стационаров, в том числе гравитационной хирургии крови
1.20	Уборка помещений научно-исследовательских подразделений, где производятся работы с живыми возбудителями (больными людьми или зараженными животными) инфекционных, грибковых и паразитарных заболеваний
1.21	Учреждения, отделения, палаты и кабинеты для онкологических больных
1.22	Отделения, группы, палаты: — родовые и для новорожденных детей в родильных домах, клиниках научно-исследовательских учреждений; — педиатрические для новорожденных детей
1.23	Отделения, кабинеты ультразвуковой диагностики, эндоскопические
1.24	Работа на лазерных установках и их обслуживание
1.25	Отделения, палаты, кабинеты, в которых основным методом лечения является длительное применение больших доз химиотерапевтических препаратов
1.26	Лаборатории, отделы, отделения при работе: — с живыми возбудителями инфекционных заболеваний (или больными животными), — с вирусами, вызывающими заболевания, а также при работе в эпидемических очагах инфекционных заболеваний; — с агрессивными средами и химическими реагентами; — по исследованию потенциально инфицированных материалов (биологических жидкостей и тканей); — на микроскопах и полярископах с применением токсических иммерсионных жидкостей и иммерсионных объективов

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
1.27	Персонал физиотерапевтических отделений, кабинетов, бальнео- и грязелечебниц (отделений), кабинетов, предусмотренных для: — обслуживания больных в помещениях сероводородных, сернистых и углеводородных ванн и грязей; — отпуска радоновых ванн, озокеритовых процедур; работа в грязелечебницах; для подогрева и подвозки грязей, приготовления искусственной сероводородной воды; постоянного обслуживания помещений сероводородных, сернистых, углеводородных и радоновых ванн; — оборудования и текущего ремонта зданий и сооружений; — приборов физиотерапевтических лечебниц (отделений); оборудования подвалов; — нагревательных приборов ванных зданий; — насосных станций, смесителей и резервуаров, трубопроводов и оголовок буровых скважин сероводородных, сернистых, углеводородных и радоновых ванн; — работы на генераторах УВЧ любой мощности (при отпуске в месяц в среднем не менее 10 процедур в смену)
1.28	Персонал, предусмотренный для работы по заготовке и хранению в замороженном состоянии компонентов крови и костного мозга отделений заготовки крови и ее компонентов
1.29	Работа на электронных микроскопах
1.30	Работа с промышленными ядами, токсическими веществами 1 и 2 классов опасности, а также веществами, обладающими установленными канцерогенными, мутагенными иди аллергенными свойствами
1.31	Сывороточно-вакцинные производства (в том числе экспериментальные), за исключением занятых производством противокоревой сыворотки
	2. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 25% от должностного оклада, ставки
2.1	Лаборатории, отделы и отделения научно-исследовательских учреждений при работе с возбудителями особо опасных инфекций (зараженными животными или материалами), а также при работе в эпидемических очагах этих инфекций
2.2	Психиатрические (психоневрологические), наркологические учреждения, отделения, палаты, кабинеты, предназначенные для лечения психически больных и лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и наркоманией
2.3	Дошкольные и школьные учреждения (группы) для умственно отсталых детей и детей с поражением центральной нервной системы с нарушением психики
2.4	Учреждения (отделения, палаты) для больных с поражением спинного мозга, сопровождающимся параличом (парезом) нижних (или верхних и нижних) конечностей и нарушением функций тазовых органов
2.5	Отделения (палаты) для: — ожоговых больных; — больных с острыми отравлениями; — неврологических больных с нарушением мозгового кровообращения и наследственными заболеваниями; — недоношенных детей; — лечения больных с хирургическими гнойными заболеваниями и осложнением всех профилей
2.6	Подразделения туберкулезных (противотуберкулезных) учреждений, предназначенные для лечения и диагностики легочных больных
2.7	Барооперационные
2.8	Лаборатории гипнологии и психопрофилактики клиник научно-исследовательских учреждений (подразделений)
2.9	Вольеры и питомники для обезьян
2.10	Патологоанатомические отделения, подразделения; отделения заготовки (консервации) трупных тканей, органов и крови
	3. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 30% от должностного оклада, ставки
3.1	Противолепрозные (лепрозные) научно-исследовательские учреждения и подразделения

№ п/п	Наименование учреждений, подразделений и должностей
	4. Рекомендуемый размер компенсационной выплаты не менее 60% от должностного оклада, ставки
4.1	Научно-исследовательские учреждения и их структурные подразделения: должности научного персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих, непосредственно привлеченных к работе по научной тематике по проблеме СПИД и контактирующие с больными СПИД и ВИЧ-инфицированными и потенциально зараженным ВИЧ материалом (в том числе и животными)
4.2	Научно-производственные объединения и предприятия (производства) и их структурные подразделения по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов: должности руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих, работающих с вирусом СПИД и материалом, инфицированным ВИЧ

III. Рекомендуемый перечень учреждений и их структурных подразделений, работа в которых дает право на установление компенсационной выплаты в размере не менее 20% от должностного оклада (оклада), ставки за осуществление диагностики и лечения ВИЧ-инфицированных, а также за работу, связанную с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека *(Таблица 3)*.

Таблица 3

Наименование должности	Характер выполняемой работы
1. Центры по профилактике и борьбе со СПИД	
Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Диагностика, лечение и непосредственное обслуживание больных СПИД и ВИЧ-инфицированных
2. Учреждения и специализированные отделения учреждений здравоохранения, предназначенные для лечения больных СПИД и ВИЧ-инфицированных	
Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Лечение и непосредственное обслуживание больных СПИД и ВИЧ-инфицированных
3. Учреждения здравоохранения и их структурные подразделения, за исключением перечисленных в пунктах 1 и 2	
Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Непосредственный контакт с больными СПИД и ВИЧ-инфицированными при проведении эпидрасследований, консультаций, осмотров, оказании медицинской помощи, судебно-медицинской экспертизы и проведении другой работы
4. Лаборатории (отделы, отделения, группы) учреждений здравоохранения, на которые органами здравоохранения возложено обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование поступающих крови и биологических жидкостей от больных СПИД н ВИЧ-инфицированных	
Должности медицинского персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Проведение всех лабораторных исследований крови и материалов, поступающих от больных СПИД и ВИЧ-инфицированных
5. Научно-исследовательские учреждения и их структурные подразделения	
Должности научного персонала, руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Привлечение к работе по научной тематике по проблеме СПИД и контакт с больными ВИЧ-инфицированными и потенциально зараженным ВИЧ материалом (в том числе и животными)
6. Научно-производственные объединения и предприятия (производства) и их структурные подразделения по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов	
Должности руководителей, специалистов, служащих и профессий рабочих	Работающие с вирусом СПИД и материалом, инфицированным ВИЧ

Приложение 4
к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531

ПОРЯДОК РАСЧЕТА СРЕДНЕЙ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ
для целей исчисления параметров оплаты труда руководителей государственных учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы

1. Должностной оклад Руководителя государственного учреждения, подведомственного Департаменту здравоохранения города Москвы, участвующего в реализации мероприятий по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы устанавливается в кратном отношении к средней заработной плате работников, относящихся к основному персоналу возглавляемого им учреждения, и составляет до трех размеров указанной средней заработной платы.

2. Коэффициент кратности относительно средней заработной платы устанавливается Департаментом здравоохранения города Москвы с учетом выполняемых учреждением задач, численности персонала и обслуживаемого контингента, других факторов, влияющих на сложность труда Руководителя.

3. При расчете средней заработной платы работников, относящихся к основному персоналу, учитываются выплаты по должностным окладам, ставкам и выплаты стимулирующего характера работников (основного персонала) за календарный год, предшествующий году установления должностного оклада руководителю, произведенные за счет средств бюджетов всех уровней, а также за счет средств обязательного медицинского страхования. Выплаты компенсационного характера при расчете средней заработной платы для определения должностного оклада руководителя не учитываются.

4. Средняя заработная плата работников основного персонала учреждения определяется путем деления заработка, исчисленного на основе должностных окладов, ставок и выплат стимулирующего характера работников основного персонала учреждения за отработанное время в предшествующем календарном году, на сумму среднемесячной численности работников основного персонала учреждения за все месяцы календарного года, предшествующего году установления должностного оклада руководителя учреждения.

5. При определении среднемесячной численности работников основного персонала учреждения учитывается среднемесячная численность работников основного персонала учреждения, работающих на условиях полного рабочего времени, среднемесячная численность работников основного персонала учреждения, работающих на условиях неполного рабочего времени, и среднемесячная численность работников основного персонала учреждения, являющихся внешними совместителями.

6. Среднемесячная численность работников основного персонала учреждения, работающих на условиях полного рабочего времени, исчисляется путем суммирования численности работников основного персонала учреждения, работающих на условиях полного рабочего времени, за каждый календарный день месяца, то есть с 1 по 30 или 31 число (для февраля — по 28 или 29 число), включая выходные и нерабочие праздничные дни, и деления полученной суммы на число календарных дней месяца.

Численность работников основного персонала учреждения, работающих на условиях полного рабочего времени, за выходные или нерабочие праздничные дни принимает-

ся равной численности работников основного персонала учреждения, работающих на условиях полного рабочего времени, за рабочий день, предшествовавший выходным или нерабочим праздничным дням.

В численности работников основного персонала учреждения, работающих на условиях полного рабочего времени, за каждый календарный день месяца учитываются работники основного персонала учреждения, фактически отработавшие день на основании табеля учета рабочего времени работников.

Среднемесячная численность педагогических работников, для которых установлена норма часов преподавательской работы за ставку заработной платы, вне зависимости от фактического объема педагогической нагрузки исчисляется по правилам, предусмотренным для основного персонала, работающего на условиях полного рабочего дня.

Работник, работающий в учреждении на одной и более чем одной ставке (оформленный в учреждении как внутренний совместитель либо имеющий внутреннее совмещение профессий, должностей), учитывается в списочной численности работников основного персонала учреждения как один человек (целая единица).

7. Работники основного персонала учреждения, работавшие на условиях неполного рабочего времени в соответствии с трудовым договором или переведенные на работу на условиях неполного рабочего времени, при определении среднемесячной численности работников основного персонала учреждения учитываются пропорционально отработанному времени. Расчет средней численности категории работников, работавших на условиях неполного рабочего времени, производится в следующем порядке:

7.1. Исчисляется общее количество человеко-дней, отработанных этими работниками, путем деления общего числа отработанных человеко-часов в отчетном месяце на продолжительность рабочего дня, исходя из продолжительности рабочей недели, например:

33 часа — на 6,6 часа (при пятидневной рабочей неделе) или на 5,5 часа (при шестидневной рабочей неделе);

30 часов — на 6 часов (при пятидневной рабочей неделе) или на 5 часов (при шестидневной рабочей неделе);

24 часа — на 4,8 часа (при пятидневной рабочей неделе) или на 4 часа (при шестидневной рабочей неделе);

18 часов — на 3,6 часа (при пятидневной рабочей неделе) или на 3 часа (при шестидневной рабочей неделе).

7.2. Затем определяется средняя численность не полностью занятых работников за отчетный месяц в пересчете на полную занятость путем деления отработанных человеко-дней на число рабочих дней в месяце по календарю в отчетном месяце.

7.3. Среднемесячная численность работников основного персонала учреждения, являющихся внешними совместителями, исчисляется в соответствии с порядком определения среднемесячной численности работников основного персонала учреждения, работавших на условиях неполного рабочего времени.

8. В аналогичном порядке производится расчет среднего заработка в целом по учреждению за отчетный период (месяц, квартал и т.д.) для целей определения размеров оплаты труда руководителя учреждения.

9. При создании новых учреждений и в других случаях, когда невозможно произвести расчет средней заработной платы работников основного персонала учреждения за календарный год, предшествующий году установления заработка руководителя, его размер определяется Департаментом здравоохранения города Москвы.

10. Должностные оклады заместителей руководителей и главных бухгалтеров государственных учреждений устанавливаются на 10–30% ниже должностных окладов руководителей этих учреждений.

Приложение к Порядку

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ и результативности работы руководителя государственного учреждения

Материальное стимулирование руководителя учреждения за счет бюджетных ассигнований, средств ОМС и приносящей доход деятельности осуществляется Департаментом здравоохранения города Москвы на основании оценки эффективности и результативности деятельности руководителя в следующем порядке:

1. За отчетный период производится расчет средней заработной платы основного персонала и с помощью установленного в трудовом договоре размера кратности определяется общая плановая сумма оплаты труда руководителя за отчетный период (ОТ).

2. Определяется плановая переменная часть (ПЧ) оплаты труда руководителя как разность между общей суммой оплаты труда руководителя (ОТ) и постоянной частью заработной платы, к которой относятся должностной оклад, а также установленные компенсационные выплаты, выплаты за продолжительность непрерывной работы, за почетное звание, научную степень.

3. Производится оценка достижения плановых значений показателей эффективности и результативности работы руководителя учреждения. В ходе оценки показателей эффективности и результативности исчисляется коэффициент премирования (КП).

3.1. Оценка эффективности деятельности руководителя государственного учреждения осуществляется на основании сравнительного анализа соответствия фактических значений показателей эффективности и результативности $(ЭФ_i)$ установленным плановым значениям $(ЭП_i)$ с учетом установленной весовой доли показателя (X_i).

3.2. Расчет коэффициента премирования производится по формуле:

$$КП = \Sigma\, ЭФ_i / ЭП_i * X_i ,$$

где $ЭФ_i$ — фактическое значение i-го показателя эффективности и результативности деятельности руководителя за отчетный период;

$ЭП_i$ — плановое значение i-го показателя эффективности и результативности деятельности руководителя за отчетный период;

X_i — весовая доля i-го показателя эффективности и результативности деятельности руководителя.

Общая сумма весовых долей используемых показателей эффективности и результативности руководителя составляет 1.

3.3. Расчет суммы премии руководителя $(П)$ осуществляется до формуле:

$$П = ПЧ * К_П * К_Ф ,$$

где: $ПЧ$ — плановый размер переменной части оплаты труда руководителя за отчетный период;

$К_П$ — коэффициент премирования, устанавливаемый в соответствии с пунктом 3.2 настоящей методики;

$К_Ф$ — коэффициент фактически отработанного времени за отчетный период, рассчитываемый по формуле:

$$К_Ф = ФОБ / Н_{РВ} ,$$

где: $ФОБ$ — фактически отработанное время (в часах или днях) за отчетный период;

$Н_{РВ}$ — норма рабочего времени (в часах или днях) за отчетный период.

Приложение 5
к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ

эффективности и качества предоставляемых государственных услуг медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, перешедшими на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы

1. Повышение качества оказываемых услуг (положительная динамика достижений по показателям доступности государственных услуг, уровень удовлетворенности потребителя качеством государственных услуг — не менее 1,0).

2. Применение в работе современных форм и методов работы, использование достижений науки и передового опыта.

3. Участие в инновационной деятельности (наличие научных, методических разработок, рекомендаций, статей в отчетном квартале по отношению к показателям предыдущего отчетного периода, оптимальное значение устанавливается для каждого учреждения индивидуально в соответствии с планом развития).

4. Отсутствие обоснованных жалоб на деятельность администрации и трудового коллектива государственного учреждения.

5. Прирост средней заработной платы медицинского, педагогического и прочего персонала государственного учреждения, участвующего в реализации мероприятий по переходу на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы (далее — учреждение), в отчетном периоде по отношению к средней заработной плате работников учреждения, сложившейся в 2011 году (оптимальное значение устанавливается для каждого учреждения индивидуально).

6. Доля стимулирующей части фонда оплаты труда, распределяемой по показателям результативности работы, от общего фонда оплаты труда учреждения (более 30%).

7. Иные показатели качества и высоких результатов труда, свойственные профилю учреждения, его структурных подразделений, особенностям деятельности категорий работников.

ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ БУДЕТ СОЗДАНА КОМИССИЯ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ

При Правительстве будет создана Комиссия по охране здоровья, которая будет определять приоритетные для ведомств в сфере охраны здоровья направления, анализировать работу федеральных органов исполнительной власти. Проект постановления Правительства подготовлен Минздравом. В задачи Комиссии войдет и информирование о выявленных недостатках, и контроль над их устранением, участие в проведении экспертизы проектов нормативных правовых актов, разработка целевых показателей реализации мероприятий по охране здоровья граждан на федеральном и региональном уровнях, а также взаимодействие с научными и общественными организациями в решении вопросов охраны здоровья граждан.

В состав Комиссии должны войти вице-премьер Ольга Голодец, глава Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной палаты РФ Николай Дайхес, председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников, Президент НП «Национальная медицинская палата» Леонид Рошаль и другие.

Источник: сайт Национальной медицинской палаты

Приложение 6
к Приказу Департамента здравоохранения города Москвы от 09.06.2012 № 531

Форма мониторинга реализации мероприятий

по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда (далее — НСОТ), отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы

Форма 1

№ п/п	Административный округ города Москвы	Наименование ЛПУ	Переход на НСОТ		Документы учреждения, устанавливающие НСОТ (дата утверждения)*	Плановый ФОТ (без начислений, на текущий год)****						
			Принято решение о переходе на НСОТ (планируемая дата перехода)	НСОТ (с какой даты ЛПУ работает)		Плановый ФОТ	ФОТ по должностным окладам ($ФОТ_{ДО}$)				ФОТ по компенсационным выплатам	ФОТ стимулирующая часть
							Всего, в том числе	$ФОТ_{ДО}$ основного персонала	ФОТдо административно-управленческого персонала	$ФОТ_{ДО}$ прочего персонала		
I	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1												
2												
...												
Итого по округу												

Информация о штатной численности ЛПУ, действующей до введения НСОТ						Информация о штатной численности ЛПУ, с введением НСОТ						Примечание
Штатная численность				Занятые должности	Физические лица	Штатная численность				Занятые должности	Физические лица	
Всего, в т.ч.	Основной персонал (утв. приказом Департамента)	АУП***	Прочий персонал (не медицинский)			Всего, в т.ч.	Основной персонал (утв. приказом Департамента	АУП***	Прочий персонал (не медицинский)			
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

* устанавливается коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с требованиями Трудового кодекса Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и города Москвы, содержащими нормы трудового права;

** в графе 7 указывается фонд оплаты труда государственного учреждения на текущий год, утвержденный сметой расходов (для казенный учреждений) и планом финансово-хозяйственной деятельности (для бюджетных учреждений) с учетом бюджетных средств и средств ОМС, в графах 8–11 указывается детализация фонда оплаты труда учреждения, сформированного в соответствии с методическими рекомендациями, утвержденными настоящим приказом;

*** в графах 16–22 указывается штатная численность административно-управленческого персонала, к которому относятся: руководитель учреждения, заместители руководителя учреждения, заведующие филиалами, главная медицинская сестра, главный бухгалтер, заместители главного бухгалтера, руководители структурных подразделений общего (не медицинского) профиля.

Форма мониторинга реализации мероприятий

по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы

Наименование государственного учреждения

Форма 2

№ п/п	Мероприятие	Планируемый срок исполнения	Фактический срок исполнения мероприятия	Номер и дата документа учреждения
1	Подготовка проекта штатного расписания			
2	Подготовка приказа о введении НСОТ			
3	Утверждение штатного расписания учреждения			
4	Заключение нового коллективного договора с профсоюзной организацией (советом трудового коллектива) в связи с переходом на НСОТ			
5	Согласование с профсоюзной организацией введения НСОТ			

Форма мониторинга реализации мероприятий

по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы

Наименование государственного учреждения

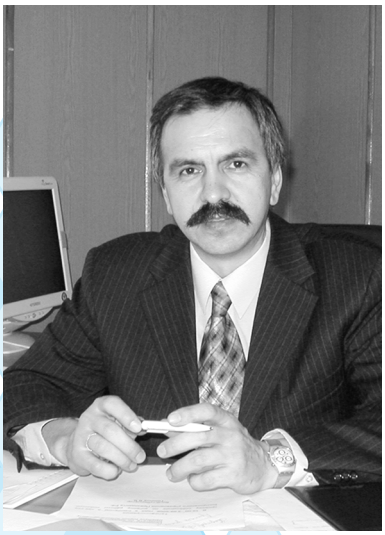
Форма 3

№ п/п	Информация о работниках	Уведомления		
		о предстоящих изменениях, трудового договора и сохранении трудовых отношений	о предстоящих изменениях условий трудового договора и последующем увольнении в связи с отказом работника на работу в новых условиях в соответствии со ст. 77 ТК РФ	о предстоящем увольнении в связи с сокращением штатов
1	Общее количество сотрудников, получивших уведомления			
2	Количество сотрудников, получивших уведомления в основном учреждении			
3	Количество сотрудников, получивших уведомления в филиалах учреждения			
4	Количество сотрудников, не получивших уведомления			
5	Количество отказов в получении уведомления с составлением акта об отказе (дополнительно высылаются основания отказа)			

От редакции:

В рамках действующего законодательства граждане при обращении за медицинской помощью в системе обязательного медицинского страхования обязаны предъявлять полис. Но как быть, если у пациента полиса при себе не оказалось? Как вести себя учреждению при оказании экстренной медицинской помощи и как при оказании плановой? На что может рассчитывать сам пациент, не имеющий при себе полиса? Данный материал нашей традиционной рубрики посвящен анализу подобных ситуаций.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова



ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ОТСУТСТВИЕ ПОЛИСА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА ПЛАТУ?

ПРАВОВОЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИЙ

КОНСУЛЬТИРУЕТ
д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Часто возникают вопросы по поводу того, каковы должны быть действия медицинской организации в случае, когда пациент не предъявил полис обязательного медицинского страхования. Имеет ли право медицинская организация требовать с него оплату за медицинскую помощь?

Прежде всего необходимо отметить следующее. В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 323-ФЗ) при рассмотрении вопросов оказания платных медицинских услуг нигде не говорится о том, что отсутствие полиса обязательного медицинского страхования относится к случаям, когда медицинская помощь оказывается за плату. Поэтому само по себе отсутствие полиса еще не является основанием для того, чтобы требовать оплату за медицинскую помощь.

Более того, требовать оплату за медицинскую помощь вообще недопустимо. Не потому, что виды медицинской помощи, включенные в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не могут оказываться за плату (в определенных случаях могут), а потому, что получение медицинской помощи за плату всегда право, а не обязанность гражданина. Платные услуги можно оказывать гражданам только при их желании (согласии), каких бы видов платных услуг это не касалось.

А вот требовать предъявить полис обязательного медицинского страхования медицинская организация вправе (за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи). Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (пункт 1 части 2 статьи 16) устанавливает, что застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Однако и при оказании экстренной медицинской помощи медицинская организация вправе попросить пациента (именно попросить, а не потребовать) предъявить полис обязательного медицинского страхования (если это возможно по состоянию его здоровья) или попросить родственников пациента (законных представителей) принести полис.

Итак, каков алгоритм действий медицинской организации, если гражданин не имеет при себе полиса?

Это зависит от того, каково состояние здоровья гражданина; от того, в какой помощи он нуждается. Часть 2 статьи 11 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

Поэтому экстренная медицинская помощь должна быть оказана независимо от наличия или отсутствия полиса. Тем не менее, все это не означает, что оказанная медицинская помощь никем не должна быть оплачена, ведь медицинская организация понесла затраты на ее оказание.

В соответствии с «Правилами обязательного медицинского страхования», утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н (далее — Правила), при оказании медицинской помощи лицу, не предъявившему полис в случаях, предусмотренных Федеральным законом, медицинская организация направляет ходатайство в территориальный фонд обязательного медицинского страхования для идентификации лица в регистре застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию. После идентификации застрахованного лица сведения об оказанной медицинской помощи включаются в счет на оплату медицинской помощи (п. 126 Правил).

Если же территориальный фонд обязательного медицинского страхования не подтвердил информацию о том, что данное лицо является застрахованным, следует руководствоваться положениями Постановления Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» (далее — Программа госгарантий). Программа госгарантий устанавливает, что объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в нормативы объема амбулаторной и стационарной медицин-

ской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае наделения в соответствии с законом субъекта Российской Федерации органов местного самоуправления государственным полномочием субъекта Российской Федерации по решению вопросов организации оказания медицинской помощи). Эти положения дублируются в территориальной программе госгарантий.

По поводу конкретного порядка возмещения затрат на оказание медицинской помощи в экстренной случаях следует обращаться в соответствующий орган управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

Таким образом, уже сейчас имеется правовая база для решения вопроса о возмещении затрат на оказание экстренной медицинской помощи гражданам, не имеющим полиса в силу того, что они не застрахованы. Субъект Российской Федерации или муниципальное образование должны предусмотреть в своем бюджете средства на эти цели и установить порядок возмещения расходов на оказание экстренной помощи незастрахованным гражданам. Даже если соответствующие бюджеты уже были приняты к сроку выхода рассматриваемого постановления Правительства Российской Федерации и не предусматривают средства на эти цели, остается возможность решить данный вопрос путем внесения поправок в соответствующие бюджеты.

А со следующего года Программа госгарантий должна уже более четко определить не только источник средств, но и порядок и размеры возмещения медицинским организациям (в том числе медицинским организациям частной системы здравоохранения) расходов, связанных с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме. Часть 10 статьи 83 Федерального закона № 323-ФЗ устанавливает, что расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, в том числе медицинской организацией частной системы здравоохранения, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Все это должно найти отражение и в принимаемых субъектами Российской Федерации территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Более подробно вопросы оказания медицинской помощи не застрахованным гражданам были рассмотрены в журнале «Менеджер здравоохранения», № 5 за этот год.

Если же речь идет о ситуации, когда полис отсутствует у лица, обратившегося за плановой медицинской помощью, то медицинская организация вправе отложить оказание медицинской помощи до момента, когда полис будет предъявлен (если пациент забыл его дома и т.д.), восстановлен (если гражданин вынужден получать дубликат из-за потери полиса и т.д.) либо до получения вышеуказанного подтверждения от территориального фонда.

Дело в том, что в соответствии с п. 3 части 4 статьи 32 Федерального закона № 323-ФЗ плановая медицинская помощь — это медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью. Поэтому в ряде случаев плановая помощь застрахованному лицу может быть отложена.

Например, может быть отложена плановая госпитализация в ранее оговоренные сроки в связи с невыполнением застрахованным гражданином возлагаемых на него обязанностей (к которым относится в том числе предъявление полиса).

Поэтому лицам, обладающим правом на бесплатную медицинскую помощь в рамках

Программы госгарантий (в части ОМС), но не имеющим при себе полиса и не желающим возвращаться за ним (получать дубликат и т.д.) либо дожидаться подтверждения из территориального фонда ОМС, может быть предложено получение плановой медицинской помощи за плату.

Таким образом, в подобных ситуациях оказание медицинской помощи за плату лицам, не имеющим при себе полис ОМС, возможно.

Но платная услуга в данном случае может быть оказана лишь при желании (согласии) пациента, а не как «наказание» за отсутствие при себе полиса ОМС, не как лишение его права на бесплатную медицинскую помощь.

Если же выясняется, что лицо, не предъявившее полис, не имеет право на бесплатную медицинскую помощь в соответствии с Программой госгарантий, то медицинская организация имеет полное право предложить таким лицам получение плановой медицинской помощи на платной основе. В частности, пункт 3 части 5 статьи 84 Федерального закона № 323 устанавливает, что медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать платные медицинские услуги гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Как видим, оказание медицинской помощи при отсутствии у пациента полиса обязательного медицинского страхования — это не проблема, решаемая единообразно. Она распадается на целый ряд различных ситуаций. Каждый случай нужно рассматривать индивидуально и действовать в соответствии с нормами законодательства, под которые подпадают данные ситуации.

Технологический менеджмент

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ДРАЙВЕРЫ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ

В 2011 году компания Biohit вошла в состав Sartorius Group — ведущего международного поставщика оборудования и комплексных решений в области биопроцессов, лабораторного сегмента и промышленного взвешивания. Sartorius Biohit предлагает широкий модельный ряд различных электронных и механических дозаторов. В 2012 году компания вывела на рынок не имеющий аналогов электронный дозатор Picus — самый передовой, эргономичный и легкий в мире. Продуктовая линейка Picus включает 6 одноканальных моделей, четыре 8-канальных и четыре 12-канальных модели, обеспечивающих высокую точность и воспроизводимость результатов.

Компания Sartorius произвела переворот в области лабораторной водоподготовки: максимальная стабилизация качества получаемой воды, длительный срок службы расходных компонентов, не имеющая аналогов текстовая поддержка работы и обслуживания на русском языке — все это системы arium®. Новацией 2012 года стала уникальная система хранения воды arium® bagtank, не нуждающаяся в дезинфекции. Инновационная система arium® comfort I для одновременного получения воды 1-го и 3-го типа, воплощающая в себе все последние достижения концерна, необходима абсолютно любой лаборатории.

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

Как должна называться должность руководителя поликлиники, являющейся структурным подразделением ЦРБ: заведующий поликлиникой или главный врач поликлиники?

В соответствии с п. 3 «Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приложение к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению») (далее — Положение) руководство поликлиникой осуществляет главный врач, на должность которого назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 7 июля 2009 г. № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения», а также Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

При этом в соответствии с пунктом 2 Положения под поликлиникой подразумевается не только самостоятельная медицинская организация, но и структурное подразделение медицинской организации.

Добавим, что в соответствии с «Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих» (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»), утвержденным вышеуказанным Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н, среди руководителей структурных подразделений не предусмотрена должность заведующего поликлиникой. Там имеются должности заведующего структурным подразделением, под которым понимаются отдел, отделение, лаборатория, кабинет, отряд.

Следовательно, только если речь идет о поликлиническом отделении медицинской организации (а не о поликлинике как структурном подразделении), в наименовании должности используется слово «заведующий».

Можно ли в штатном расписании официально использовать термины «акушер», «медбрат» и т.д. для лиц мужского пола (особенно когда эта должность в отделении или кабинете установлена в единственном числе)?

Да, такое вполне допустимо. В медицинских организациях наименование должностей: «акушерка», «медицинская сестра», «санитарка», «фасовщица», замещаемые лицами мужского пола, именуются соответственно «акушер», «медицинский брат (медбрат)», «санитар», «фасовщик».

Это предусмотрено «Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих» (раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»), утвержденным вышеуказанным Приказом Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н.

Могут ли нам установить объем оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования выше, чем наша заявка?

Часть 10 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон об ОМС) устанавливает, что объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются между медицинскими организациями решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования исходя количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Письмом Федерального фонда от 30 декабря 2011 г. № 9161/30-1/и были направлены Методические указания по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования (далее — Методические указания). В Приложении № 7 к Методическим указаниям приведен «Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования медицинских организаций» (Приложение № 7 к Методическим указаниям). Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (строка 9), указываются в разрезе профилей отделений и врачебных специальностей. Однако графы для указания заявляемых объемов медицинской помощи в уведомлении не предусмотрены.

Поэтому при вхождении медицинской организации в систему ОМС объемы помощи не заявляются.

Порядок определения объемов помощи в системе ОМС установлен «Правилами обязательного медицинского страхования», утвержденными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н (далее — Правила). Пунктом 8 «Положения о деятельности комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» (Приложение № 1 к Правилам) установлено следующее. Комиссия на заседаниях по представленным секретарем Комиссии предложениям, поступившим от органа государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, территориального фонда, распределяет объемы медицинской помощи между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями, имеющими право на осуществление медицинской деятельности на территории Российской Федерации, на основе установленных территориальной программой объемов предоставления медицинской помощи по видам медицинской помощи, условиям предоставления медицинской помощи, в разрезе профилей отделений (коек), врачебных специальностей, с учетом показателей потребления медицинской помощи по данным персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, численности и половозрастной структуры застрахованных лиц.

Исходя из приведенного положения видно, что медицинская организация вправе выступать с предложениями об объемах предоставляемой медицинской помощи в системе ОМС. Логично, что для коммерческой медицинской организации не будут устанавливаться объемы медицинской помощи, превышающей ее заявку. Что же касается государственного (муниципального) учреждения, то вышеуказанные органы государственной власти могут дать свои предложения, отличающиеся от предложений конкретных учреждений. Комиссия вправе решать: будут ли учтены предложения учреждения или органа государственной власти. Поэтому вполне возможной является ситуация, при которой для учреждения будет установлены объемы медицинской помощи в системе ОМС выше, чем заявлено самим учреждением.

При этом, конечно, должны быть учтены реальные возможности учреждения по выполнению устанавливаемого объема медицинской помощи (мощность, кадровый состав и т.д.).

Кроме того, необходимо принимать во внимание политику государства в бюджетной сфере, в сфере здравоохранения и в системе обязательного медицинского страхования, в частности. Она заключается в повышении самостоятельности государственных (муниципальных) учреждений (при одновременном повышении и ответственности), что явственно проявилось в принятии Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Это означает, что по возможности должны быть учтены предложения учреждений. Например, трудно назвать оправданной ситуацию, когда какому-либо учреждению навязывают дополнительные объемы медицинской помощи при том, что соседнему учреждению устанавливается объем медицинской помощи меньше того, на который оно претендует. Новые условия деятельности учреждений здравоохранения предполагают преобладание законодательного регулирования (нужно привыкать «жить по закону»), возрастание роли гражданско-правовых отношений (на чем базируется система обязательного медицинского страхования) и сокращение административных методов руководства (административный диктат должен уйти в прошлое).

Может ли ЛПУ не выполнять установленные объемы медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования? Предусмотрены ли за это какие-либо санкции?

Прямая ответственность медицинской организации за невыполнение установленных указанной выше Комиссией объемов медицинской помощи действующим законодательством не предусмотрена.

Нет соответствующего пункта ответственности и в «Типовом договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», утвержденном Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24.12.2010 № 1184н. Не предусмотрены за невыполнение установленных объемов медицинской помощи и штрафные санкции.

Другое дело, что медицинская организация не вправе отказать гражданину в медицинской помощи, нарушить условия и сроки оказания медицинской помощи и т.д. Поэтому предусматриваются штрафные санкции за неоказание застрахованным лицам медицинской помощи в соответствии с территориальной программой; за несоблюдение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке, и т.д.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

БЕСПЛАТНАЯ МЕДПОМОЩЬ: КАК ГРАЖДАНЕ, ПРОЖИВАЮЩИЕ В ЗАТО, НА ТЕРРИТОРИЯХ С ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ФАКТОРАМИ ВЫБИРАЮТ МЕДОРГАНИЗАЦИЮ?

Постановление Правительства РФ от 26 июля 2012 г. № 770 «Об особенностях выбора медицинской организации гражданами, проживающими в закрытых административно-территориальных образованиях, на территориях с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работниками организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда» (не вступило в силу)

Закреплено следующее. Граждане, проживающие в ЗАТО, на территориях с опасными для здоровья физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, для получения ими бесплатной медпомощи выбирают медорганизацию из числа подведомственных ФМБА России. Это делается по месту их жительства и (или) работы. Речь идет и о работниках юрлиц, включенных в перечень компаний отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда.

Если организации, подведомственные ФМБА России, не могут оказать бесплатную медпомощь указанным лицам, они выбирают медорганизацию в соответствии с российским законодательством об охране здоровья граждан.

КТО УПОЛНОМОЧЕН ОТПРАВЛЯТЬ РОССИЯН НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗА ГРАНИЦУ?

Приказ Минздрава РФ от 18 июля 2012 г. № 34 «О Комиссии Министерства здравоохранении Российской Федерации по направлению граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета»

Образована Комиссия Минздрава России по направлению россиян на лечение за границу за счет бюджетных средств. Определены ее функции.

Так, она рассматривает документы для направления пациентов на лечение, принимает соответствующие решения, определяет иностранную организацию, в которой будет проходить курс лечения. Комиссия также решает вопрос о необходимости сопровождения лица к месту лечения. Если лицу отказано в направлении за границу, Комиссия дает рекомендации по дальнейшему лечению в России.

В состав Комиссии входят представители Минздрава России, Росздравнадзора, ФМБА России, РАМН и подведомственных им учреждений.

Комиссию возглавляет заместитель Министра здравоохранения России. Помимо него в нее входят ответственный секретарь, секретарь и иные члены. Определены их полномочия.

Заседания считаются правомочными, если на них присутствуют не менее 50% членов. Решения принимаются открытым голосованием большинством голосов. Утвержден состав Комиссии.

У соглашения о предоставлении субсидии на мероприятия, направленные на развитие неонатальной хирургии, будет новая форма?

Приказ Минздрава РФ от 23 июля 2012 г. № 38 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 марта 2012 г. № 221 «О форме соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета федеральному государственному бюджетному учреждению, находящемуся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на финансовое обеспечение мероприятий, осуществляемых в федеральных государственных бюджетных учреждениях и направленных на развитие неонатальной хирургии»

Отменен приказ Минздравсоцразвития России 2012 г., посвященный форме соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета ФГБУ, подведомственному Министерству, на финансовое обеспечение мероприятий, направленных на развитие неонатальной хирургии.

Следует отметить, что Минздравсоцразвития России преобразовано в Минздрав и Минтруд России.

Работа центров и отделений общей врачебной практики организуется по новым правилам

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 мая 2012 г. № 577н «О признании утратившими силу приложений № 3–5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 ноября 2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации»

Приказом Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н были установлены новые правила организации деятельности центра (отделения) общей врачебной практики (семейной медицины). Приведены рекомендуемые штатные нормативы и стандарт его оснащения.

В связи с этим прежнее положение об организации деятельности указанного центра (отделения) и примерный табель его оснащения утрачивают силу.

Определена структура Минздрава России

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 июня 2012 г. № 2 «Об утверждении структуры Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Минздравсоцразвития России было преобразовано в Минздрав России и Минтруд России. Утверждена структура Минздрава России.

В нее входят руководство Министерства, помощники (советники) федерального министра, 15 департаментов и 2 отдела (по защите гостайны, по мобилизационной подготовке и мобилизации).

В Министерстве образуются следующие департаменты: Медицинской профилактики, скорой, первичной медико-санитарной помощи и санаторно-курортного дела; Медицинской помощи и стандартизации в здравоохранении; Медицинской помощи детям и службы родовспоможения; Охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека; Анализа, прогноза, развития здравоохранения и медицинской науки; Образования и кадровых ресурсов; Лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий; Госрегулирования обращения лекарственных средств; Международного сотрудничества и связей с общественностью; Учетной политики и контроля; Имущественного комплекса; Информационных технологий и связи; Управления делами; Правовой и Финансово-экономический.

СОЦУСЛУГИ: ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ ВЫДАЮТСЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 мая 2012 г. № 14-6/10/2-5307 «О разъяснениях к изменениям, внесенным в Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ»

Определенные категории граждан (в частности, инвалиды и участники ВОВ) имеют право на бесплатное санаторно-курортное лечение. Путевки выдаются при наличии медицинских показаний в целях профилактики основных заболеваний.

Разъяснено, что следует понимать под основным заболеванием. Это заболевание, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его медико-социальной защиты. Таким образом, санаторно-курортное лечение направлено на предупреждение обострения основного заболевания и позволяет предупредить ухудшение состояния больного.

СКОЛЬКО БЮДЖЕТНЫХ МЕСТ ВЫДЕЛЕНО В ИНТЕРНАТУРЕ И ОРДИНАТУРЕ В 2012 Г.?

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 29 июня 2012 г. № 16-3/10/2-356 «Об установлении контрольных цифр приема граждан для обучения за счет средств федерального бюджета по образовательным программам послевузовского профессионального образования»

Приведены контрольные цифры приема граждан для обучения за счет бюджетных средств по программам послевузовского профобразования в вузах, подведомственных Минздраву.

Расходы ВУЗов финансируются за счет средств, выделяемых на обеспечение выполнения госзадания.

Необходимо обратить внимание на порядок зачисления граждан в интернатуру и ординатуру.

На целевые места зачисляются лица, имеющие направления органов управления здравоохранением субъектов Федерации.

Лица, получавшие высшее профобразование в рамках целевого приема, зачисляются только на места, выделенные для региональных органов управления здравоохранением, направлявших данных граждан на обучение.

Целевые места, выделенные госорганам и не востребованные ими в установленные сроки, могут быть использованы образовательными учреждениями для зачисления граждан на обучение за счет средств федерального бюджета по общему конкурсу. При этом необходимо получить письменное согласие соответствующего органа.

До 15 сентября 2012 г. необходимо отчитаться о выполнении контрольных цифр приема.

КАК МЕДОРГАНИЗАЦИЯМ И УЧЕБНЫМ ЗАВЕДЕНИЯМ ПЕРЕДАЮТСЯ НЕВОСТРЕБОВАННЫЕ ТЕЛА УМЕРШИХ?

Постановление Правительства РФ от 21 июля 2012 г. № 750 «Об утверждении Правил передачи невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях, а также использования невостребованного тела, органов и тканей умершего человека в указанных целях»

Невостребованное тело, ткани и органы умершего человека могут быть переданы медицинским организациям и соответствующим учебным заведениям. Это не касается умерших граждан, чья личность не установлена. Тело, ткани и органы умершего передаются по запросу принимающей организации при наличии разрешения органа (лица), назначившего судебно-медицинскую экспертизу (исследование) тела.

Указанные материалы направляются медучреждению/учебному заведению на основании акта о передаче. Принимающая сторона фиксирует данные о поступлении тела, органов, тканей человека в специальном журнале учета. Он должен быть пронумерован, прошит и скреплен гербовой печатью организации. Утверждены формы вышеназванных документов.

Тело, ткани и органы человека транспортируются за счет принимающей стороны.

Поступившие материалы используются не дольше 10 лет. После этого тело хоронится, а ткани и органы уничтожаются.

При использовании тела, тканей и органов человека должны соблюдаться правила медицинской этики, гигиены, санитарии и эпидемиологии.

Использовать указанные материалы можно только в медицинских, научных и учебных целях.

ПОСОБИЕ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ: ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ НАЧИСЛЕНИЯ ОТВЕЧАЕТ АДМИНИСТРАЦИЯ СТРАХОВАТЕЛЯ В ЛИЦЕ РУКОВОДИТЕЛЯ И ГЛАВБУХА

Письмо Фонда социального страхования РФ от 24 мая 2012 г. № 15-03-14/12-4664 «О порядке исчисления пособия по беременности и родам для сотрудника, являющегося внешним совместителем»

Пособие по беременности и родам, ежемесячное пособие по уходу за ребенком по страховым случаям, наступившим с 1 января 2011 г. по 31 декабря 2012 г. (включительно), по заявлению застрахованного лица могут быть назначены, исчислены и выплачены в порядке, действовавшем как до, так и после 1 января 2011 г.

Так, застрахованное лицо может выбрать порядок исчисления пособия по беременности и родам. При этом выбранный порядок должен быть единым независимо от количества страхователей, назначающих и выплачивающих пособие.

Ответственность за правильность начисления и расходования средств государственного социального страхования несет администрация страхователя в лице руководителя и главбуха.

Страхователь вправе при принятии от сотрудника-внешнего совместителя заявления о назначении и выплате пособия по беременности и родам выяснить, какой порядок исчисления пособия выбран этим лицом по другому месту работы.

ОМС: ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ СВЕДЕНИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ ЛИЦЕ ОТСУТСТВУЮТ В РЕГИОНАЛЬНОМ И ЦЕНТРАЛЬНОМ СЕГМЕНТАХ ЕДИНОГО РЕГИСТРА?

Письмо Федерального фонда ОМС от 18 июля 2012 г. № 5196/30-1/и «Об оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, сведения о которых отсутствуют в центральном и региональных сегментах единого регистра застрахованных лиц»

Согласно Закону об ОМС застрахованное лицо имеет право на бесплатное оказание медпомощи при наступлении страхового случая на всей территории России в объеме, установленном базовой программой ОМС.

Документом, удостоверяющим такое право, является полис ОМС.

Полисы, выданные лицам, застрахованным до дня вступления в силу закона, действуют до замены их на полисы единого образца в соответствии с данным актом.

Если сведения о лице отсутствуют в региональном и центральном сегментах единого регистра, территорией его страхования является регион в соответствии с данными полиса ОМС.

В этом случае гражданин должен быть восстановлен на учете в региональном сегменте с актуализированными сведениями о нем.

ЧТО ДОЛЖНО БЫТЬ ПРОПИСАНО В ПОЛОЖЕНИИ О ДЕПАРТАМЕНТЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 июля 2012 г. № 28 «Об утверждении Типового положения о департаменте Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Утверждено Типовое положение о департаменте Министерства здравоохранения России.

Оно состоит из 4 разделов: общие положения, задачи, функции и руководство департамента.

В последнем для выполнения возложенных на него задач создаются структурные подразделения — отделы.

Департамент обеспечивает реализацию функций Министерства по выработке и проведению госполитики, нормативно-правовому регулированию, координации и контролю деятельности подведомственных федеральных службы и агентства и пр.

Директор департамента и его заместители назначаются на должность и освобождаются от нее Министром здравоохранения РФ. Установлен круг их полномочий.

Должностные обязанности работников департамента содержатся в служебном распорядке, административном и должностном регламентах, служебном контракте.

РЕШЕНИЯ ПО ВАЖНЕЙШИМ ВОПРОСАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОСЗДРАВНАДЗОРА ПРИНИМАЮТСЯ НА ЕГО КОЛЛЕГИИ

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 1 августа 2012 г. № 510-Пр/12 «Об утверждении Положения о коллегии Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения»

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития была переименована в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения. Пересмотрели и ее полномочия. В связи с этим утверждено новое положение о коллегии Службы.

Этот совещательный орган формирует и возглавляет руководитель Росздравнадзора. На коллегии вырабатываются согласованные решения по важнейшим вопросам деятельности Службы. Среди них — основные направления госконтроля и надзора в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств для медприменения и медизделий; стратегическое планирование и подведение итогов деятельности Росздравнадзора; эффективность использования бюджетных средств; кадровая политика Службы. Коллегия вправе рассматривать любой вопрос, относящийся к компетенции Росздравнадзора и требующий коллегиального обсуждения.

Прописано, как формируется коллегия и организуется ее работа. В ее состав могут входить представители других органов власти, руководители подведомственных и подконтрольных организаций. Возможны совместные заседания с коллегиями иных федеральных ведомств, а также выездные заседания в регионах.

Решения коллегии обязательны для всех работников Росздравнадзора.

ВЫДАЧА РАЗРЕШЕНИЙ НА ВВОЗ/ВЫВОЗ СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ: АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕГЛАМЕНТ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТМЕНЕН

Приказ Минздрава РФ от 23 июля 2012 г. № 39 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 марта 2012 г. № 255н «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по предоставлению госу-

дарственной услуги по выдаче разрешений на ввоз в Российскую Федерацию и вывоз из Российской Федерации сильнодействующих веществ, не являющихся прекурсорами наркотических средств и психотропных веществ»

Отменен приказ Минздравсоцразвития России об утверждении административного регламента Росздравнадзора по выдаче разрешений на ввоз в страну и вывоз из нее сильнодействующих веществ, не являющихся прекурсорами наркотических средств и психотропных веществ.

Отметим, что причиной отмены может быть отказ Минюста России зарегистрировать акт ввиду его несоответствия законодательству.

Напомним, что разрешение необходимо для оформления Минпромторгом России лицензии на ввоз (вывоз) указанных веществ. Правительством РФ был упрощен порядок его получения. В частности, письмо-запрос и иные документы можно представить в Службу не только на бумажном носителе, но и в электронном виде через Единый портал госуслуг. Если вещества зарегистрированы как лекарственные средства, сообщаются сведения о наличии лицензии на производство лекарств или осуществление фармацевтической деятельности. При необходимости Служба самостоятельно запрашивает Минпромторг России о том, имеется ли у заявителя лицензия на производство лекарств.

ВЫДАЧА РАЗРЕШЕНИЙ НА ВВОЗ/ВЫВОЗ БИОМАТЕРИАЛОВ, ПОЛУЧЕННЫХ В ХОДЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВ: ОТМЕНЕН РЕГЛАМЕНТ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Минздрава РФ от 24 июля 2012 г. № 41 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 515н «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по выдаче разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации и вывоз за пределы территории Российской Федерации биологических материалов, полученных при проведении клинического исследования лекарственного препарата для медицинского применения»

Отменен новый административный регламент Минздравсоцразвития России по выдаче разрешений на ввоз в страну и вывоз из нее биоматериалов, полученных в ходе клинического исследования лекарственного препарата для медприменения.

Отметим, что причиной отмены может быть отказ Минюста России зарегистрировать акт ввиду его несоответствия законодательству.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАНИМАЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ: ОПРЕДЕЛЯЕМ ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ ДОХОДОВ, ДАЮЩЕЕ ПРАВО НА НУЛЕВУЮ СТАВКУ НАЛОГА НА ПРИБЫЛЬ

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 30 мая 2012 г. № 03-03-06/4/55 «О применении налоговой ставки 0 процентов организациями, осуществляющими образовательную и (или) медицинскую деятельность»

НК РФ установлен ряд условий, при соблюдении которых организации, занимающиеся медицинской деятельностью, вправе применять нулевую ставку налога на прибыль.

В частности, доходы организации за налоговый период от медицинской деятельности, от выполнения НИОКР, учитываемые при налогообложении прибыли, должны составлять не менее 90% ее налогооблагаемых доходов.

Кроме того, осуществляемая медицинская деятельность должна быть в соответствующем перечне, утвержденном Правительством РФ. По мнению Минфина, при определении процентного соотношения доходов, дающего право на налоговую льготу, должны учитываться доходы от медицинской деятельности, входящей в перечень (а также от выполнения НИОКР), в общем объеме доходов, включая суммы, полученные от арендаторов в качестве возмещения стоимости потребленных коммунальных услуг, услуг связи.

КОЛЛЕГИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ: ПОЛНОМОЧИЯ, СОСТАВ, ПОРЯДОК РАБОТЫ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 июня 2012 г. № 15 «Об утверждении Положения о коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Образована коллегия Минздрава России.

Это постоянный совещательный орган при Министре здравоохранения нашей страны.

Определены основные задачи коллегии. Она рассматривает любые вопросы, относящиеся к компетенции Министерства, требующие коллегиального обсуждения. В первую очередь, такие, как основные направления госполитики в сфере здравоохранения, медстрахования, обращения лекарств и медизделий; совершенствование соответствующей правовой базы; эффективность использования бюджетных средств и др. Возглавляет коллегию Министр здравоохранения России. Помимо него в состав также входят его заместители, директора департаментов Министерства, руководители ФМБА России, Росздравнадзора, ФОМС, президент РАМН.

Кроме того, в коллегию могут входить и другие члены. В частности, — депутаты Госдумы.

Закреплены права и обязанности членов коллегии. Коллегия работает на основе полугодовых планов, а также перспективных планов и программ деятельности Минздрава России.

Заседания проводятся не реже 1 раза в квартал. Они правомочны, если присутствует не менее половины состава коллегии. Установлено, как утверждаются проекты плана заседаний коллегии, а также повестка заседания. Принятые решения оформляются протоколом (утверждена его форма).

ПО КАКИМ КРИТЕРИЯМ МЕДОТХОДЫ РАЗДЕЛЯЮТСЯ НА КЛАССЫ ПО СТЕПЕНИ ИХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ, ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ, РАДИАЦИОННОЙ ОПАСНОСТИ?

Постановление Правительства РФ от 4 июля 2012 г. № 681 «Об утверждении критериев разделения медицинских отходов на классы по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания» (не вступило в силу)

Медотходы разделяются по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания в соответствии с определенными критериями на следующие классы. Класс А — эпидемиологически безопасные отходы, приближенные по составу к твердым бытовым; Б — эпидемиологически опасные; В — чрезвычайно эпидемиологически опасные; Г — токсикологические опасные, приближенные по составу к промышленным; Д — радиоактивные. Утверждены критерии указанного разделения.

Так, критерием опасности медотходов класса А служит отсутствие в их составе возбудителей инфекционных заболеваний, Б — инфицирование (возможность этого) отходов микроорганизмами 3–4 групп патогенности, а также контакт с биологическими жидкостями.

Для класса Г — это наличие в составе отходов токсичных веществ, Д — содержание радионуклидов с превышением установленных уровней.

Чтобы получить субсидию на создание обучающих симуляционных центров, Минздравсоцразвития России нужно заключить соглашение

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 519 «О форме соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета федеральному государственному бюджетному учреждению, находящемуся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на финансовое обеспечение создания обучающих симуляционных центров»

Учреждениям Минздравсоцразвития России выделяются субсидии на создание обучающих симуляционных центров. Средства предоставляются по соглашению между Министерством и учреждением. Утверждена его форма. В нем прописываются размер, условия и порядок субсидирования, права и обязанности сторон. Так, в учреждении должна быть клиника, оказывающая медпомощь акушерско-гинекологического профиля. Необходимо, чтобы она располагалась в помещениях, относящихся к федеральной собственности. Еще одно условие — организация в учреждении практической подготовки медработников по специальностям «акушерство и гинекология», «педиатрия», «неонатология», «анестезиология-реаниматология».

Ведомство вправе проверить соблюдение учреждением принятых обязательств.

Субсидии перечисляются в течение 15 рабочих дней с даты заключения соглашения. Они переводятся на счета, открытые территориальному органу Федерального казначейства для учета операций со средствами, поступающими учреждению.

Какие журналы учета ведут лечебно-профилактические и санаторно-курортные учреждения ФМБА России?

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 5 мая 2012 г. № 111 «Об утверждении форм документов учета, применяемых при организации санаторно-курортного лечения и реабилитации в учреждениях, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству» (не вступил в силу)

Утверждены формы журналов, которые ведут лечебно-профилактические учреждения, подведомственные ФМБА России. Среди них — журналы учета лиц, направленных на санаторно-курортное лечение (реабилитацию), санаторно-курортных карт. Также это журнал учета выданных санаторно-курортных путевок, справок для получения последних, работы санаторно-отборочной комиссии ЛПУ Агентства. Так, в первом из перечисленных журналов отражаются Ф.И.О. гражданина, дата его рождения, место работы (учебы), диагноз, лечащий врач, наименование санаторно-курортного учреждения, срок пребывания.

Кроме того, приведены формы журналов, которые ведут санаторно-курортные учреждения и клиники научно-исследовательских институтов (центра) курортологии ФМБА России. В них, в частности, учитываются лица, поступившие из ЛПУ Агентства, по направлениям Управления организации медицинской помощи ФМБА России, количество санаторно-курортных путевок по источникам финансирования. Приказ вводится в действие с 1 июля 2012 г.

Реанимация новорожденных с низкой массой тела: утверждена форма соглашения о предоставлении субсидий

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 518 «О форме соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета

федеральному государственному бюджетному учреждению, находящемуся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на финансовое обеспечение реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела»

В целях финансирования комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой (в том числе экстремально) массой тела учреждениям Минздравсоцразвития предоставляются субсидии.

Средства выделяются на основании соглашения, заключенного между Министерством и ФГБУ. Утверждена его форма.

В частности, в документе необходимо предусмотреть размер субсидии и срок действия соглашения. Кроме того, определены права и обязанности сторон, а также условия и порядок предоставления средств.

ОТЧЕТ О КОНТРОЛЬНО-РЕВИЗИОННОЙ РАБОТЕ ТФОМС СОСТАВЛЯЕТСЯ ПО НОВОЙ ФОРМЕ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12 мая 2012 г. № 105 «Об утверждении формы № КР-ТФОМС «Отчет о контрольно-ревизионной работе территориального фонда обязательного медицинского страхования»

Утверждена новая форма отчета о контрольно-ревизионной работе ТФОМС (№ КР-ТФОМС).

Появился новый раздел. В нем отражаются результаты проверок (ревизий) использования средств, полученных страховыми медорганизациями и медорганизациями на финансирование региональных программ модернизации здравоохранения.

Отчет представляется 3 раза в год. За 6 и 9 месяцев — на 25 день после указанных периодов. За год — 15 февраля после отчетного года.

Даны разъяснения по его заполнению. Он подписывается директором территориального фонда, руководителем контрольно-ревизионного подразделения ТФОМС и ответственным лицом. К отчету прилагается пояснительная записка.

Прежняя форма признана утратившей силу.

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДПОМОЩЬ: УТОЧНЕН ПЕРЕЧЕНЬ ЕЕ ВИДОВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 апреля 2012 г. № 317н «О внесении изменений в приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. № 1690н «Об утверждении перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 мая 2012 г. Регистрационный № 24 074.

Скорректирован перечень видов высокотехнологичной медпомощи.

Напомним, что она является частью специализированной медпомощи.

Высокотехнологичная медпомощь включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких способов с научно доказанной эффективностью.

Речь в том числе идет о клеточных технологиях, роботизированной технике, информтехнологиях и методах генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Как и прежде, в перечне поименовано 137 видов помощи. По каждому из них определены его код, а также код по МКБ-10, модель пациента, вид и метод лечения.

КЛАССИФИКАТОР «СЛОЖНЫЕ И КОМПЛЕКСНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ» УТРАЧИВАЕТ СИЛУ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26 апреля 2012 г. № 411 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 июля 2001 г. № 268 «О введении в действие Отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги»

Признан утратившим силу Приказ Министерства здравоохранения России о введении в действие Отраслевого классификатора «Сложные и комплексные медицинские услуги».

Следует отметить, что в конце 2011 г. Минздравсоцразвития России утвердило номенклатуру (перечень) медицинских услуг. Ее разработка предусмотрена законом, который пришел на смену Основам законодательства об охране здоровья граждан.

КАК СОГЛАСОВЫВАЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ НА ДОЛЖНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПЕРЕДАННЫЕ ПОЛНОМОЧИЯ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 391н «Об утверждении Порядка согласования назначения на должность (освобождения от должности) руководителей, структуры органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих переданные полномочия Российской Федерации в сфере охраны здоровья» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 мая 2012 г. Регистрационный № 24 143.

Закреплено, как согласовывается назначение на должность (освобождение от нее) руководителей, структуры органов исполнительной власти субъектов Федерации, осуществляющих переданные полномочия в сфере охраны здоровья.

Определен перечень органов, которые рассматривают документы для такого согласования.

Решение о согласовании принимает Министр здравоохранения и социального развития России.

Высшее должностное лицо региона (руководитель высшего исполнительного органа госвласти субъекта Федерации) для согласования структуры органа власти направляет в Министерство положение о таком органе. Также подается штатное расписание, проект акта, утверждающего структуру.

Для согласования назначения на должность руководителя органа власти представляются анкета, копии документов об образовании, трудовой книжки. Речь идет и о представлении на назначение на соответствующую должность.

Если необходимо согласовать освобождение от должности руководителя органа власти, направляется докладная записка с аргументацией решения.

Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и организации здравоохранения по итогам рассмотрения документов готовит представление для доклада Министру здравоохранения и социального развития России. Срок — в течение 1 месяца с даты их поступления.

К представлению прилагается проект письма о согласовании или об отказе в этом.

Если в согласовании отказывается или следует доработать документы, высшему должностному лицу региона (руководителю высшего исполнительного органа госвласти субъекта Федерации) направляется письмо с указанием причин отказа.

КАКИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ МОГУТ ЭВАКУИРОВАТЬ БОЛЬНЫХ И ПОСТРАДАВШИХ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 500н «Об утверждении Перечня федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую эвакуацию» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 мая 2012 г. Регистрационный № 24 141.

Установлен перечень ФГУ, которые вправе осуществлять медицинскую эвакуацию.

В список включено 140 учреждений, подведомственных Минздравсоцразвития России, ФМБА России и РАМН. Напомним, что в обычных условиях медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой помощи. Однако при необходимости пациента для спасения его жизни и сохранения здоровья могут транспортировать в специализированный стационар.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ ФФОМС НА МЕРОПРИЯТИЯ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ ГОСУЧРЕЖДЕНИЙ: ФОРМЫ ОТЧЕТОВ И ПОРЯДОК ИХ ПОДАЧИ

Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 апреля 2012 г. № 64 «Об утверждении порядка и форм представления отчетов об использовании средств на цели по реализации мероприятий по модернизации государственных учреждений» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 16 мая 2012 г. Регистрационный № 24 180.

Утверждены порядок и 2 формы подачи отчетов об использовании средств ФФОМС на цели по реализации мероприятий по модернизации госучреждений. Первая форма представляет собой отчет Минздравсоцразвития России (ФМБА России, РАМН), вторая — отчет учреждения. Отчеты составляются ежеквартально. Данные указываются нарастающим итогом в рублях с точностью до 2 знака после запятой по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным периодом. Учреждения подают отчеты в Министерство, Агентство, Академию, а они — в Фонд. Сроки — соответственно до 5 и до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом. Приказ об утверждении порядка и форм представления аналогичных отчетов в 2011–2012 гг. признан утратившим силу.

КАК ОФОРМЛЯЮТСЯ РЕЗУЛЬТАТЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 апреля 2012 г. № 373н «Об утверждении формы акта медико-социальной экспертизы гражданина и Порядка его составления»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 мая 2012 г. Регистрационный № 24 274.

Чтобы установить инвалидность и степень утраты профтрудоспособности, проводится медико-социальная экспертиза. Также она необходима, чтобы определить причины смерти инвалида (в случае предоставления его семье мер соцподдержки).

По результатам экспертизы составляется акт. Утверждены его форма и порядок заполнения.

Так, в акте указываются виды и степень стойких расстройств функций организма (нарушения психических, речевых, сенсорных и других функций). Для этого анализируются данные обследования, изучаются представленные медицинские документы.

Кроме того, выносится заключение об имеющихся у гражданина видах и степени ограничения основных категорий жизнедеятельности (самообслуживание, передвижение, общение, ориентация, обучение, трудовая деятельность, контроль за своим поведением).

Если установлена инвалидность, то указывается ее группа (первая, вторая или третья), категория («ребенок-инвалид»). Фиксируется причина инвалидности (общее или профзаболевание, трудовое увечье, военная травма и пр.). Делается особая отметка об инвалидности по зрению или вследствие поствакцинального осложнения. Степень утраты профтрудоспособности гражданина, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве или (и) профзаболевания, указывается в процентах.

Определяется дата очередного освидетельствования (она не должна совпадать с нерабочим днем). Исключение — бессрочная инвалидность (утрата профтрудоспособности).

Акт оформляется специалистами, проводящими медико-социальную экспертизу. Титульная часть и раздел I «Общие данные об освидетельствуемом гражданине» могут заполняться старшей медсестрой или медрегистратором.

Он подписывается руководителем бюро медико-социальной экспертизы, а также лицами, ее проводившими. Ставится печать учреждения.

РЕАЛИЗАЦИЯ ТОВАРОВ КАЗЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ: НУЖНО ЛИ ПЛАТИТЬ НДС?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 5 апреля 2012 г. № 03-07-11/100 «О применении НДС в отношении операций по реализации товаров и оказанию услуг, осуществляемых государственным образовательным казенным учреждением высшего профессионального образования»

Казенные учреждения могут реализовывать товары.

Разъяснено, что такие операции облагаются НДС в общеустановленном порядке.

КАК ОКАЗЫВАЕТСЯ МЕДПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ «КОСМЕТОЛОГИЯ»?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 апреля 2012 г. № 381н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «косметология» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 мая 2012 г. Регистрационный № 24 196.

Установлено, как оказывается медпомощь по профилю «косметология» населению России.

Она включает комплекс лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, призванных сохранить или восстановить структурную целостность и функциональную активность покровных тканей человеческого организма. Речь идет о коже и ее придатках, подкожной жировой клетчатке и поверхностных мышцах. Такая помощь оказывается врачом-косметологом. По его назначению средний медперсонал может предоставлять медицинские услуги и осуществлять манипуляции. При первичном обращении врач-косметолог оценивает жалобы, выявляет конкретные дефекты и нарушения, требующие косметологической коррекции. Сообщает о процедурах, которые пациент может выполнить самостоятельно. Дает рекомендации по уходу за покровными тканями организма. Составляет план обследования и лечения.

В ходе повторных обращений оценивается динамика состояния покровных тканей в процессе проводимых медицинских манипуляций и косметологической коррекции. Выполняются процедуры и манипуляции для коррекции выявленных нарушений, дефектов и др.

Если выявляется доброкачественное новообразование кожи и (или) ее придатков, его удаляют с последующим проведением патоморфологического исследования.

Определен порядок работы косметологического кабинета. Приведен стандарт оснащения его медицинским оборудованием.

КАК ФЕДЕРАЛЬНОМУ ГОСУДАРСТВЕННОМУ УНИТАРНОМУ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ПРЕДПРИЯТИЮ ПОЛУЧИТЬ СУБСИДИЮ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 11 марта 2012 г. № 214н «Об утверждении Правил предоставления в 2012 году из федерального бюджета субсидий федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 29 мая 2012 г. Регистрационный № 24 370.

Установлено, как в 2012 г. субсидируются федеральные государственные унитарные протезно-ортопедические предприятия.

Средства выделяются из федерального бюджета предприятиям, оказывающим в соответствии с законодательством услуги по протезированию инвалидам, а также остальным лицам, которые по медпоказаниям нуждаются в протезно-ортопедических изделиях.

За счет субсидий возмещаются затраты, связанных с реализацией изделий и услуг по ценам ниже себестоимости, а также оплата дней пребывания инвалидов в стационарах.

Предприятие заключает с Минздравсоцразвития России соглашение. Ведомство вправе проверять соблюдение получателем субсидии принятых обязательств. Если выявлены нарушения, средства возвращаются. Прописываются порядок и сроки отчетности.

Средства распределяются Министерством на основании заявок, представляемых получателями по установленным формам (приведены в приложении).

Субсидии перечисляются на расчетные счета, открытые получателями в кредитных организациях. Информация об объемах и сроках перечисления субсидий учитывается Министерством при формировании прогноза кассовых выплат из федерального бюджета.

Разработаны формы отчетности.

СУБСИДИИ РЕГИОНАМ-ОТЛИЧНИКАМ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КРИТЕРИИ УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРА ПО ИТОГАМ 2011 Г.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 апреля 2012 г. № 389н «Об утверждении критериев увеличения размера субсидий, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, в целях стимулирования субъектов Российской Федерации, обеспечивших лучшие показатели реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по итогам 2011 года» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 мая 2012 г. Регистрационный № 24 328.

Субъекты Российской Федерации, обеспечившие лучшие показатели реализации региональных программ модернизации здравоохранения, могут рассчитывать на стимулирующие субсидии из бюджета ФФОМС. Утверждены 5 критериев увеличения размера таких ассигнований по итогам 2011 г.

Первый — доля средств на финансирование программ, израсходованных в регионе в 2011 г., в процентах от размера предоставленных ассигнований ФФОМС должна быть не менее 70%.

Второй — темп снижения значения показателя младенческой смертности в 2011 г. в процентах к 2010 г. должен быть не ниже, чем по стране.

Третий — исполнение плана по открытию офисов врачей общей практики, фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий в 2011 г. в процентах от запланированного количества должен быть не ниже, чем по стране.

Четвертый — темп снижения значения показателя смертности населения в 2011 г. в процентах к 2010 г. должен быть не ниже, чем по стране.

Пятый — темп снижения значения показателя смертности от болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в 2011 г. в процентах к 2010 г. должен быть не ниже, чем по стране.

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА: ОБНОВЛЕННЫЙ СПИСОК ПОЛУЧАТЕЛЕЙ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. № 484 «О внесении изменений в приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 октября 2011 г. № 1163а «Об утверждении комплектации специализированного медицинского оборудования, предназначенного для реабилитации новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела, и перечня учреждений здравоохранения — конечных получателей специализированного медицинского оборудования, предназначенного для реабилитации новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела»

В новой редакции изложен Перечень учреждений здравоохранения — конечных получателей специализированного медоборудования для реабилитации новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела. По каждому получателю приведены наименование регионального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, название оборудования и его количество.

ВРЕМЕННО ОГРАНИЧЕН ВВОЗ В РОССИЮ ПРОДУКЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ ТУРЕЦКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Письмо Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору от 28 мая 2012 г. № ФС-ЕН-7/6877 «О введении временных ограничений на поставку продукции некоторых предприятий в РФ и режима усиленного лабораторного контроля по показателям безопасности»

С 10 июня 2012 г. вводятся временные ограничения на поставку в Россию продукции турецких предприятий № TR 35 20 30 40 184 и № TR 35 20 30 40 509.

Решение принято в связи с повторным выявлением превышения количества мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов (КМАФАнМ) в партии сибаса, поступившей из Турции. В отношении продукции 7 иностранных предприятий, вводится режим усиленного лабораторного контроля по показателям безопасности. Среди них — N 3047 (Бразилия), N 10.03930/GE (Испания), N DE NI 11906 EG (Германия).

УПОРЯДОЧИВАЕТСЯ НОРМАТИВНАЯ БАЗА ФФОМС

Приказ Федерального фонда ОМС от 26 апреля 2012 г. № 88 «О признании утратившими силу приказов Федерального фонда обязательного медицинского страхования»

В связи с потерей актуальности признаны утратившими силу отдельные приказы ФФОМС.

Они, в частности, касались ведомственной статотчетности и наблюдения, балансовой комиссии Фонда, заключения договоров с образовательными учреждениями о подготовке и переподготовке специалистов системы ОМС.

ЕЩЕ 110 ПРЕПАРАТОВ ПРОШЛИ ПРОВЕРКУ КАЧЕСТВА

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 25 мая 2012 г. № 04И-425/12 «Решение по результатам экспертизы качества при осуществлении выборочного контроля лекарственных средств»

Приведены сведения о лекарствах, по результатам экспертизы качества которых Росздравнадзором принято решение о его соответствии установленным требованиям.

Данные указаны о 110 препаратах. Среди них — «Валерианы экстракт» 20 мг № 50 серии 1511011; «Аллохол» № 24 серии 2990811; «Гидроперит» 1,5 г № 8 серии 170411.

КАЧЕСТВО 47 ПРЕПАРАТОВ СООТВЕТСТВУЕТ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 25 мая 2012 г. № 04И-426/12 «Решение по результатам экспертизы качества при осуществлении выборочного контроля лекарственных средств»

Приведены сведения о лекарствах, по результатам экспертизы качества которых Росздравнадзором принято решение о его соответствии установленным требованиям.

Данные указаны о 47 препаратах. Среди них — «Натрия хлорид» 0,9% 200 мл серии 2291111; «Аскорбиновая кислота» 50 мг/мл 2 мл серии 1310511; «Нитроксолин» 50 мг № 50 серии 271011.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО «МЕДИЦИНСКИЙ АНТИСЕПТИЧЕСКИЙ РАСТВОР» СЕРИИ 10118 ИЗЫМУТ ИЗ ОБРАЩЕНИЯ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 21 мая 2012 г. № 04И-408/12 «О необходимости изъятия лекарственного средства»

Выявлено лекарственное средство «Медицинский антисептический раствор» 95% 5 л серии 10118, подлежащее изъятию его из обращения. По информации производителя изготовление данной серии лекарственного средства не осуществлялось.

Субъектам обращения лекарственных средств и медицинским организациям предлагается проверить наличие указанной серии лекарства. О результатах проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

ПРЕПАРАТ «ЭФФЕРАЛГАН С ВИТАМИНОМ С» СЕРИИ М4681 НЕ СООТВЕТСТВУЕТ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ И ОТОЗВАН ИЗ ОБРАЩЕНИЯ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 21 мая 2012 г. № 04И-406/12 «Об отзыве из обращения лекарственного препарата»

ООО «Бристол-Майерс Сквибб» отзывает из обращения препарат «Эффералган с витамином С» № 10 серии М4681, в связи с его несоответствием требованиям НД по показателю «Описание».

Росздравнадзор предлагает производителю предоставить сведения об изъятии из обращения и уничтожении указанной серии лекарства.

Субъектам обращения лекарственных средств необходимо проверить наличие указанного препарата и представить информацию о его изъятии в территориальный орган Росздравнадзора.

ПРОИЗВОДИТЕЛЬ ОТОЗВАЛ ПРЕПАРАТ «ДОНОРМИЛ» СЕРИИ M8546 ИЗ ОБРАЩЕНИЯ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 21 мая 2012 г. № 04И-405/12 «Об отзыве из обращения лекарственного препарата»

ООО «Бристол-Майерс Сквибб» решено отозывать из обращения препарата «Донормил» 15 мг № 30 серии M8546, в связи с его несоответствием требованиям НД по показателю «Маркировка».

Росздравнадзор предлагает производителю предоставить сведения об изъятии из обращения и уничтожении указанной серии лекарства.

Субъектам обращения лекарственных средств необходимо проверить наличие указанного препарата и представить информацию о его изъятии в территориальный орган Росздравнадзора.

ПРЕПАРАТ «КАЛЬЦИЯ ГЛЮКОНАТ» СЕРИИ 270610 ОТОЗВАН ИЗ ОБРАЩЕНИЯ ИЗ-ЗА НЕСООТВЕТСТВИЯ УСТАНОВЛЕННЫМ ТРЕБОВАНИЯМ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 21 мая 2012 г. № 04И-407/12 «Об отзыве из обращения лекарственного препарата»

Производитель отзывает из обращения препарат «Кальция глюконат» 10 мл № 10 серии 270610, в связи с его несоответствием требованиям НД по показателю «Описание».

Росздравнадзор предлагает ОАО «Новосибхимфарм» предоставить сведения об изъятии из обращения и уничтожении указанной серии лекарства.

Субъектам обращения лекарственных средств необходимо проверить наличие указанного препарата и представить информацию о его изъятии в территориальный орган Росздравнадзора.

11 МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ АККРЕДИТОВАНЫ НА ПРАВО ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРЕПАРАТОВ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18 мая 2012 г. № 592 «Об аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения»

На право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения аккредитованы 11 медицинских организаций.

Среди них — ФГУ «1586 окружной военный клинический госпиталь Московского военного округа», Краевое ГБУЗ «Городская клиническая больница № 11, г. Барнаул», ГБУЗ «Брянская областная инфекционная больница».

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**

Конференции с международным участием

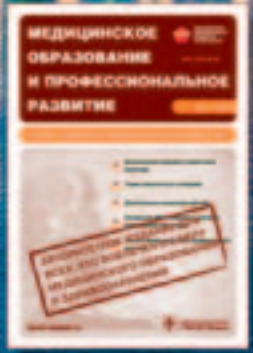
ОТ ОБРАЗОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

Москва, ВЦ «ИнфоПространство», 1-й Зачатьевский пер., 4

При поддержке

amee

Информационная поддержка



ФОРМУЛА ВРАЧА
НОВОСТИ • МНЕНИЯ • ОБУЧЕНИЕ
www.formulavracha.ru

www.rosmedobr.ru

Конференция
ИННОВАЦИОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ и I Съезд Российского Общества Симуляционного Обучения в Медицине
27-28 сентября 2012 г.

ОРГАНИЗАТОРЫ

- Национальная медицинская палата (НМП)
- Ассоциация медицинских обществ по качеству (АСМОК)
- Российское общество симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД)

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Внедрение электронных технологий в образование
- Безопасность пациентов – применение симуляционных технологий в обучении врачей
- Создание и финансирование инновационных проектов
- Профессиональное развитие преподавателей
- Оценка знаний в медицинском образовании и требования к образовательным мероприятиям
- Профессиональная подготовка управленческих кадров в здравоохранении
- eLearning в здравоохранении
- Электронные библиотечные системы — разработка и внедрение
- Симуляционные и электронные технологии в НМО
- Концепция симуляционного обучения в России
- Организация, управление и эффективная деятельность симуляционных центров
- Симуляционный тренинг по отдельным медицинским специальностям

МЕЖДУНАРОДНОЕ УЧАСТИЕ

- World Federation for Medical Education – WFME
- Association for Medical Education in Europe – AMEE
- International Association of Medical Science Educators – IAMSE
- National Board of Medical Examiners – NBME
- European Union of Medical Specialists – UEMS
- Joint Commission International – JCI
- Medical Library Association – MLA
- SESAM – Society in Europe for Simulation Applied to Medicine

Конференция
НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
29 октября 2012 г.

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов России

ОРГАНИЗАТОРЫ

- Министерство здравоохранения РФ
- Национальная Медицинская Палата (НМП)
- Совет ректоров медицинских и фармацевтических вузов
- Ассоциация медицинских обществ по качеству (АСМОК)
- При поддержке UEMS и WHO

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Международный опыт НМО
- Обсуждение методологии и порядка проведения НМО в РФ, эффективность НМО
- Демонстрация лучших примеров работы российских профессиональных медицинских обществ по НМО
- Демонстрация примеров дистанционного обучения врачей первичного звена
- Региональный опыт проведения НМО в РФ (пилотные регионы)
- Участие медицинских производителей в НМО
- Управление хроническими заболеваниями – обучение врачей первичного звена
- Обучение врачей рациональному назначению лекарственных средств
- Этические принципы взаимодействия медицинской промышленности с врачами
- Аккредитация медицинских организаций
- Стандарты и показатели качества медицинской помощи
- Симуляционные и электронные технологии в НМО

Конференцию «Медицинское образование – 2011» посетили 1400 участников из России, Украины, Армении, Молдовы, Казахстана, США, Великобритании, Финляндии, Нидерландов.

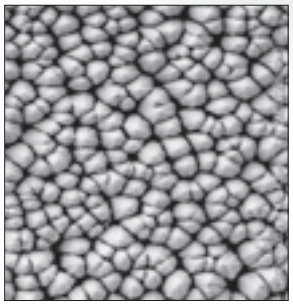
Новые технологии оцифровщиков CR

Дигитайзер DX-G

- Уникальный кассетный буфер на 5 кассет
- Изображение за 13 секунд
- Доказанное снижение лучевой нагрузки при использовании в педиатрии и неонатологии (снижение лучевой нагрузки до 50%)
- Оцифровка любых рентгеновских аппаратов
- Поддержка двух типов фосфорных пластин – традиционный порошковый фосфор и детекторы на игольчатых кристаллах

- Версия для маммографии и общей радиографии – дигитайзер DX-M *(снижение лучевой нагрузки в маммографии до 30%)*

Новые детекторы на игольчатых кристаллах бромида цезия – качество DR!



AGFA HealthCare

ООО «АГФА»
115477 Москва, ул. Кантемировская, 58
Тел.: +7 (495) 234-2101 / 04/ 10
Факс: +7 (495) 234-2112 (автомат)
E: denis.alexandrov@agfa.com
www.agfa.com/healthcare