ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 1.2015

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2015 г.

(периодичность — 4 выпуска в год)

В почтовом отделении:

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

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

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

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

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

Адрес редакции:

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

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

Подписка на электронную версию журнала:

Вы можете подписаться на электронную версию журнала в формате PDF (точная копия бумажной версии журнала).
Стоимость годовой подписки на 2015 г. — 1400 рублей.
Стоимость годовой подписки на 2014 г. — 1000 рублей.
Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить по электронной почте или скачать с сайта.

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

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

Уважаемые читатели!

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

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ О проблемах функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования
- ☑ Логистические исследования в управлении здравоохранением
- ☑ Динамика заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в Российской Федерации за 2010–2013 годы
- ☑ Новые технологии повышения качества и доступности амбулаторной медицинской помощи
- ☑ Организация работы по обращениям граждан в медицинскую организацию
- ☑ Условия и учет факторов влияния на уровень обеспеченности населения медицинскими работниками

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№1
2015

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

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

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

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

В номере:

НОМИНАЦИИ

Подведены итоги голосования и определены победители в номинациях Издательского дома «Менеджер здравоохранения» 6–8

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации
Ф.Н. Кадыров 9–17

МЕНЕДЖМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Деятельность медицинского пункта вокзала по оказанию скорой медицинской помощи
Д.О. Рощин 18–22

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Особенности финансирования общей врачебной практики. Опыт Самарской области
Г.Н. Гридасов, И.А. Гехт, В.И. Купаев 23–27

Перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства для совершенствования реабилитационной помощи пациентам с врожденными пороками сердца
Е.Б. Милиевская 28–34

СОЦИОЛОГИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Особенности применения методик социологии медицины в условиях детского инфекционного стационара
К.О. Каплунов 35–39

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

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

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

ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Этапы внедрения системы обращения с медицинскими отходами, оптимальной для крупных мегаполисов
Е.А. Зудинова, Т.В. Тимофеева 40–46

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

«Доверяй, но проверяй!» — старый принцип для реализации нового способа оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп болезней
А.А. Старченко 47–50

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Интеллектуальные обучающие системы как элемент системы повышения качества медицинской помощи
И.А. Купеева, Р.А. Раводин, А.А. Ефремов 51–56

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Изменения в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов
О.В. Обухова, А.С. Брутова, А.А. Совпель 57–67

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 68–70

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ
71–80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Дата выхода в свет 01 февраля 2015 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№1
2015

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

NOMINEES

There are defined winners among nominees of Publishing House «Manager of Health Care» in the nominations «The most creative publication or cycle of publications of 2014 year» and «The most creative management solution in the field of regional health care management» 6–8

FOCUS OF THE PROBLEM

Reforms in the sphere of healthcare: problems with implementation
F.N. Kadirov 9–17

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Activity of the first medical aid center at the railway station
D.O. Roshin 18–22

FINANCIAL MANAGEMENT

Characteristics of financing the joint practice: Case study of Samara region
G.N. Gridasov, I.A. Geht, V.I. Kupaev 23–27

Prospects of applying public-private partnerships mechanisms to improve rehabilitation care for patients with congenital heart disease
E.B. Milievskaja 28–34

SOCIOLOGY OF HEALTH CARE

Special features of applying methods of medicine's sociology in the environment of children's infection in-patient facility
K.O. Kaplunov 35–39

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

TECHNOLOGY MANAGEMENT

Stages of implementation of medical waste management system, optimal for large megacities
E.A. Zudinova, T.V. Timofeeva 40–46

SPECIAL OPINION

«Trust but verify!» — old school principal for implementing new method of payment for medical aid on the basis of clinical-statistical groups of diseases
A.A. Starchenko 47–50

HUMAN RESOURCES MANAGEMENT

Intelligent tutoring systems as an element of the system designed to improve medical care quality
I.A. Kupeeva, R.A. Ravodin, A.A. Efremov 51–56

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

Changes in the Program of State guarantees for free medical aid provision to the population in 2015 and plans for 2016 and 2017 years
O.V. Obuhova, A.S. Brutova, A.A. Sovpel 57–67

QUESTIONS AND ANSWERS
Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 68–70

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 71–80

ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНЫ ПОБЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИЯХ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителями в номинации **«Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2014 года»** признаны

Игорь Абрамович Гехт,

д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, начальник аналитического управления Территориального фонда ОМС Самарской области, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия

Галина Борисовна Артемьева,

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО Рязанского государственного медицинского университета им. ак. И.П. Павлова, г. Рязань, Россия

за цикл публикаций:

- О некоторых методологических подходах к организации медицинской помощи в муниципальных медицинских организациях в системе обязательного медицинского страхования (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 1, С. 19–23)
- К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 4, С. 6–12)

- Контроль качества диагностических исследований в медицинских организациях частной формы собственности
  (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 5, С. 13–17)
- Когда фондодержание необходимо
  (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 10, С. 47–52)

Сергей Анатольевич Бойцов,

д.м.н., профессор,
директор
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»
Конкурс «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2014 года»
Менеджер здравоохранения
ДИПЛОМ
Награждается
Сергей Анатольевич БОЙЦОВ
За цикл публикаций:
• Сравнение показателей смертности в субъектах РФ: роль возрастной структуры населения
• Половозрастные показатели смертности и годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 году
• Проблемы оценки и интерпретации показателей заболеваемости, смертности и инвалидности в результате болезней системы кровообращения
Главный редактор журнала Академик РАМН В.И.Стародубов
Москва, 2014 год

Ирина Владимировна Самородская,

д.м.н., профессор,
ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, г. Москва, Россия

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»
Конкурс «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2014 года»
Менеджер здравоохранения
ДИПЛОМ
Награждается
Ирина Владимировна САМОРОДСКАЯ
За цикл публикаций:
• Сравнение показателей смертности в субъектах РФ: роль возрастной структуры населения
• Половозрастные показатели смертности и годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 году
• Проблемы оценки и интерпретации показателей заболеваемости, смертности и инвалидности в результате болезней системы кровообращения
Главный редактор журнала Академик РАМН В.И.Стародубов
Москва, 2014 год

за цикл публикаций:

- Сравнение показателей смертности в субъектах РФ: роль возрастной структуры населения
  (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 4, С. 13–19)
- Половозрастные показатели смертности и годы жизни, потерянные в результате преждевременной смертности в РФ в 2012 г.
  (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 5, С. 26–35)
- Проблемы оценки и интерпретации показателей заболеваемости, смертности и инвалидности в результате болезней системы кровообращения
  (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 6, С. 15–23)

Победителями в номинации **«Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления здравоохранением»** признаны

Татьяна Юрьевна Знаменская,

аналитик в области здравоохранения Microsoft Центральная Европа, г. Мюнхен, Германия

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»
Конкурс «Оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением 2014 года»
Менеджер здравоохранения
ДИПЛОМ
Награждается
Татьяна Юрьевна ЗНАМЕНСКАЯ
За публикации:
• Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть I. Здоровье как выделенное состояние организма и отклонения от него
• Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть II. Технологии, позволяющие контролировать и поддерживать здоровье
Главный редактор журнала Академик РАМН В.И.Стародубов
Москва, 2014 год

Сергей Григорьевич Панкратов,

профессор факультета информатики Мюнхенского технического университета, Мюнхен, Германия

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»
Конкурс «Оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением 2014 года»
Менеджер здравоохранения
ДИПЛОМ
Награждается
Сергей Григорьевич ПАНКРАТОВ
За публикации:
• Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть I. Здоровье как выделенное состояние организма и отклонения от него
• Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть II. Технологии, позволяющие контролировать и поддерживать здоровье
Главный редактор журнала Академик РАМН В.И.Стародубов
Москва, 2014 год

за публикации:

- Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть I. Здоровье как выделенное состояние организма и отклонения от него (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 2, С. 30–48)
- Мобильные технологии в здравоохранении (mHealth): концепция и перспективы. Часть II. Технологии, позволяющие контролировать и поддерживать здоровье (*«Менеджер здравоохранения»*, 2014, № 30, С. 34–52)

Редколлегия журнала поздравляет победителей номинаций, благодарит за содержательные публикации и направляет в их адрес дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовую подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» за 2015 год

Ф.Н. Кадыров,
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

РЕФОРМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ РЕАЛИЗАЦИИ

УДК 614.2
Кадыров Ф.Н. ***Реформы в сфере здравоохранения: проблемы реализации*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Протесты медицинских работников, прокатившиеся в прошлом году по стране на фоне роста заработной платы, свидетельствуют о том, что недовольство, в отличие от прежних времен, связано не с плохим финансированием, низкой оплатой труда, а скорее с разочарованием в реформах, с тем, что многие ожидания не оправдались. Учитывая, что общая стратегия реформ критикуется относительно редко, очевидно, что недовольство вызвано ходом реализации реформ в конкретных случаях.

Ключевые слова: *система здравоохранения, государственные (муниципальные) учреждения здравоохранения, реформы, оплата труда, эффективный контракт, реорганизация.*

Прошедший год ознаменовался многочисленными протестами против проводимых в стране реформ в сфере здравоохранения. Это повод для серьезного осмысления хода реформ. Действительно, что это? Неумелое проведение реформ в ряде регионов? Просчеты в общей стратегии дальнейшего развития отрасли? Или протесты «вечно недовольных», которым невозможно угодить и которые будут критиковать любые действия властей?

Теория конфликтов утверждает, что основные причины конфликтов кроются в столкновении интересов сторон и в отсутствии взаимопонимания (в том числе из-за дефицита информации).

Мы много лет слышали сетования на то, что реформы только имитируются, что ничего не меняется и т.д. Но и начавшиеся, наконец, реформы мало, кто не критиковал. Когда повышали заработную плату в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», программ модернизации, когда учреждениям массово поставляли оборудование, критиковали лениво. Однако не бывает реформ, которые не затрагивают ничьих интересов. Как только появились конкретные решения, конкретные действия болезненного свойства, критиковать реформы стали с энтузиазмом.

Как правило, на практике основных поводов для конфликтов в здравоохранении сейчас два: проблемы с оплатой труда и реорганизация государственных (муниципальных) учреждений (и связанное с этим сокращение медицинских и иных работников). Но оба они связаны с реализацией эффективного контракта. Рассмотрим их более подробно.

Заработная плата

Фонд «Здоровье» оценил реальные зарплаты медицинских работников в РФ». Именно так называется материал, появившийся на сайте Фонда «Здоровье» 18 ноября 2014 года [6].

Исследование, проведенное на основе опросов, показало, что подавляющее большинство врачей и среднего медицинского персонала получает заработную плату менее 20 тысяч в месяц.

Как видим, цифры явно не высокие. И они сильно расходятся с официальной статистикой. Почему? Кто искажает реальную картину?

По поводу этого материала хотелось бы отметить следующее.

Можно только приветствовать независимую оценку уровня заработной платы по регионам. Вместе с тем следует признать, что при всей значимости результатов опроса они никак не характеризуют степень реали-

© Ф.Н. Кадыров, 2015 г.

зации «майских» указов Президента. Хотя, судя по публикации, именно оценка реализации указов была основой задачей проводимого опроса.

Во-первых, указы касаются не абсолютного уровня заработной платы, а соотношения зарплаты медицинских работников со средней заработной платой в соответствующем регионе. Поэтому абсолютный уровень заработной платы еще ни о чем не говорит. Для оценки реализации указов Президента следовало бы сопоставить данные опроса со средней заработной платой по регионам (эти данные публикуются и подобные расчеты не предоставляют сложности).

Во-вторых, достичь уровня, установленного указами Президента, нужно только к 2018 году. Ожидаемые средние по стране темпы роста заработной платы установлены в Приложении № 4 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» (далее — Программа), утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р (далее — Распоряжение № 2190-р). Это приложение называется: «Динамика примерных (индикативных) значений соотношения средней заработной платы работников учреждений, повышение оплаты труда которых предусмотрено Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы», и средней заработной платы в субъектах Российской Федерации в 2012–2018 годах (агрегированные значения)».

В соответствии с этим документом заработная плата врачей должна была повыситься в среднем по стране в 2013 году при сопоставлении с 2012 годом на 4,4% (по сравнению с размером оплаты в соответствующем субъекте Российской Федерации) — со 125,3 до 129,7% от средней по региону. А в 2014 году по сравнению с 2013 годом зарплата должна повыситься по сравнению со средним по региону уровнем всего на 1,0 процентный пункт (с 129,7 до 130,7%). То есть основной этап повышения заработной платы еще не наступил, и сравнительно низкие заработные платы во многих регионах сами по себе еще не говорят о невыполнении требований указов Президента.

Отметим, что эти рекомендации по стране в целом. Регионы в рамках своих «дорожных картах» и других документах могут устанавливать иные темпы роста заработной платы по годам. Кто-то может ускоренно повышать зарплату, кто-то медленнее. Естественно, что данные опроса по разным регионам уже по одной только этой причине могут оказаться несопоставимыми.

В-третьих, нужно принимать во внимание, что на сайте приведены данные опросов, а не отчетные данные. Не ставя под сомнение результаты опросов, тем не менее, хотелось бы отметить, что нужно учитывать очень важный фактор: медицинские работники зачастую склонны рассматривать в качестве своей заработной платы либо работу на ставку (хотя на практике обычно работают более чем на 1,0 ставки), либо оплату по основному источнику, когда выплаты в рамках «родовых сертификатов», доходы за счет оказанных платных услуг и т.д. не рассматриваются ими как заработная плата, обеспечиваемая государством.

Тем не менее, фонд «Здоровье» поднял очень важные проблемы. В публикации отмечается чрезвычайно высокий процент совместительства, когда медики вынуждены работать более чем на 1 ставку. В материале говорится: «При этом мы должны осознавать, что если мы говорим о более-менее приемлемых зарплатах в ряде регионов, там же, как правило, фигурируют данные о высоком проценте совместительства, когда врачи и медперсонал вынуждены работать на нескольких ставках, чтобы обеспечить себе достойное существование».

При этом очень важно понимать, как считается заработная плата. В вышеуказанном Распоряжении Правительства № 2190-р (Приложение № 5 к Программе) приведена «Методика расчета фактического уровня средней заработной платы отдельных категорий работников, определенных Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» и от 1 июня 2012 г. № 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы», по отношению к средней заработной плате в соответствующем субъекте Российской Федерации».

Согласно этой Методике, в сумму начисленной заработной платы работников списочного состава по основной работе включается оплата труда по внутреннему совместительству, а также вознаграждения по договорам гражданско-правового характера, заключенным работниками списочного состава со своим учреждением. Я очень сомневаюсь, что кто-то из врачей, имевших такие гражданско-правовые договоры и т.д., учел их сумму при опросах в качестве суммы своей зарплаты. А вот официальная статистика учитывает. Это одна из причин расхождения данных опросов и официальных данных.

Данная методика конкретизирована в Приказе Росстата от 30.10.2012 № 574«Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения численности и оплаты труда отдельных категорий работников социальной сферы и науки, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению средней заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». Одна из форм отчетов в рамках данного приказа (ЗП-здрав) как раз и посвящена методике сбора информации по реализации указов Президента.

Итак, высокий уровень совместительства — одна из причин споров и конфликтов. Многие работники полагают, что указы гарантируют им повышение заработной платы в расчете на ставку, тогда как в нормативных документах речь идет о расчете заработной платы на физическое лицо — с учетом всех возможных выплат. Все ли медицинские работники знают об этом? Не предъявят ли они новые претензии в 2018 году?

Далее. Фонд «Здравоохранение» справедливо ставит вопрос о высокой дифференциации заработной платы медицинских работников по регионам. К сожалению, такая проблема существует: чем выше экономическое развитие региона, тем выше будет, как правило, и заработная плата, и наоборот. Поэтому в соседних регионах заработная плата медицинских работников может серьезно различаться, формируя основу для миграции квалифицированных кадров в финансово более благополучные регионы.

На это обращает внимание и Минздрав России. В своем Письме Минздрава России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752«О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников» говорится: «В большинстве субъектов Российской Федерации сложилась не оптимальная структура заработной платы медицинских работников, приводящая к значительной как межрегиональной, так и внутрирегиональной дифференциации заработной платы медицинских работников одних и тех же медицинских специальностей и типов учреждений».

По мере реализации указов Президента эта дифференциация будет увеличиваться. И реакция на это — тоже. Так, не секрет, что протесты врачей в Москве не были бы столь сильными, если бы не понимание ими того, что сокращаемые медики теряют работу, зарплата по которой в перспективе была бы очень высокой.

Есть и другие угрозы. Врачи рассчитывают, что все они получат оплату на уровне, пре-

дусмотренном указами Президента. Но это не так. Ни сами указы Президента, ни иные нормативные документы не обещают этого. Напротив, они декларируют не только наличие возможных различий в оплате, но и необходимость дифференциации в оплате труда. Но причина дифференциации здесь уже иная, чем рассмотренная выше.

В Распоряжении Правительства РФ от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» говорится: «Достижение показателей, определенных Указами Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761, осуществляется в отношении соответствующей категории работников в целом. При этом *сохраняется обусловленная различиями в сложности труда дифференциация в оплате труда работников*, занимающих различные должности, относящиеся к одной категории».

То есть если мы возьмем такую категорию, как врачи, то врачи-хирурги, как правило, будут и далее получать более высокую зарплату, чем врачи других специальностей. Поэтому зарплата врача-хирурга может к 2018 году оказаться на уровне, например, 250–300% от средней по региону, а у врачей некоторых других специальностей — всего 150–175% от средней по региону. Но если субъект Российской Федерации в среднем вышел на уровень заработной платы врачей 200% от среднерегиональной, то требования Указов Президента считаются выполненными, хотя зарплата различных врачей может серьезно колебаться. Неслучайно в форме «ЗП-здрав» не ведется учет зарплаты по отдельным специальностям (выделяются лишь руководители учреждений и их заместители).

Но и это еще не все. В вышеуказанном распоряжении говорится также: «*Заработная плата конкретного работника* зависит от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы и *может быть как выше, так и ниже целевого значения, установленного Указами Президента* Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761 для соответствующей категории работников».

То есть кто-то из врачей (кто хорошо работает) получит более высокую зарплату, а кто-то — гораздо ниже, если работал плохо. И в 2 раза выше, чем в среднем по субъекту Российской Федерации, никто плохо работающему врачу платить не обязан. Более того, не имеет права!

Поэтому недопустимы высказывания (кстати, уже прозвучавшие из уст некоторых губернаторов) следующего содержания: «К такому-то году заработная плата каждого врача будет не ниже такого-то уровня». Не будет и не должна быть. Во-первых, как уже отмечалось, речь идет о заработной плате по соответствующей категории в целом, а не по каждому врачу, медсестре или санитарке. Во-вторых, эту зарплату еще нужно заработать. В Указе Президента четко говорится: «В целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики принять до 1 декабря 2012 г. Программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики, ***обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг***».

Таким образом, вовсе не все работники получат заработную плату на уровне, предусмотренном указами Президента. Стоит ли после этого удивляться, что, не получив обещанную губернатором «каждому» зарплату, работники выходят на митинги?

Итак, основной идеей указов Президента и эффективного контракта является не повышение заработной платы всем работникам безотносительно к результатам труда, а как раз привязка оплаты к результатам труда. Неслучайно в Распоряжении № 2190-р записано: «Системы оплаты труда работников учреждений должны обеспечивать:

• ***дифференциацию оплаты труда*** работников, выполняющих работы различной сложности;

• *установление оплаты труда в зависимости от качества* оказываемых государственных (муниципальных) услуг (выполняемых работ) ***и эффективности деятельности работников по заданным критериям и показателям***».

То есть государство не дает никаких гарантий, никаких обещаний всем работникам. Оно дает им возможность заработать. При этом должна быть обеспечена дифференциация в оплате труда в целях обеспечения ее высоких стимулирующих качеств. И никакой выводиловки, никакой уравниловки!

Кроме того, хочется развеять бытующий миф о недопустимости снижения заработной платы работникам. Нет ни одного федерального документа, запрещающего снижение заработной платы ниже предыдущего уровня (неважно — месяца или года). Зарплата должна зависеть от результатов труда и при их снижении — снижаться.

Превратное понимание указов как необходимости безусловного повышения заработной платы ведет к тому, что работники начинают саботировать: требовать обещанный уровень оплаты, отказываясь от совместительства, дежурств и т.д.

Проблемы кадрового обеспечения

К сожалению, нередко введение эффективного контракта либо отождествляют с повышением заработной платы, либо в повышении заработной платы видят основной элемент эффективного контракта. Между тем суть эффективного контракта заключается в повышении доступности и качества медицинской помощи за счет создания более действенных стимулов к труду (достигаемых за счет дифференциации в оплате труда), а также за счет улучшения кадрового обеспечения отрасли.

Но на практике именно в сфере кадрового обеспечения введение эффективного контракта нередко создает проблемы. Так, во многих регионах, учреждениях здравоохранения проблему повышения оплаты труда сотрудников при недостатке средств часто пытаются решать путем сокращения численности работников. Это, действительно, очень эффективный вариант, но прямо противоречащий логике эффективного контракта и закономерно порождающий недовольство медицинских работников.

Еще раз напомним фразу Указа Президента № 597, сделав акцент на другой ее части: «***в целях сохранения кадрового потенциала***, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики принять до 1 декабря 2012 г. Программу поэтапного совершенствования системы оплаты труда работников бюджетного сектора экономики, обусловив повышение оплаты труда достижением конкретных показателей качества и количества оказываемых услуг».

Как видим, целью указа является сохранение кадрового потенциала, а повышение заработной платы — только средство, причем зарплата должна быть заработана и должна зависеть от результатов труда.

Но логика проста: за что строже спрашивают, на то и нацеливаются учреждения. Сейчас строже спрашивают за зарплату, а не за кадровое обеспечение. Итог: риск получить обратное тому, чего хотели достичь!

Действительно, что первично: рост зарплаты или решение кадровых проблем? Конечно же, решение кадровых проблем! Поэтому нельзя допускать перегибы добиваться повышения заработной платы любой ценой — нужно учитывать конечную цель.

Другой вариант того же рода — сокращение внешних совместителей, уровень оплаты которых не учитывается по форме «ЗП-здрав». Высвобожденные средства направляются на повышение заработной платы основных работников, что обеспечивает улучшение статистических показателей сред-

ней заработной платы. В целом, как правило, — это негативный процесс, ведь внешних совместителей принимали или из-за их более высокой квалификации (сотрудники медицинских ВУЗов: профессора, доценты и т.д.), или из-за недостатка своих кадров. При отказе от услуг внешних совместителей либо не весь выполняемый ранее внешними совместителями объем работ передается внутренним совместителям, либо формально передается, но фактически не выполняется (в силу чрезмерной нагрузки на работников и т.д.), либо выполняется с более низким качеством (в силу той же самой чрезмерной нагрузки, а также в случаях, когда при внутреннем совместительстве квалификация своих работников ниже, чем уволенных внешних совместителей).

Другая сторона этой проблемы — появляющиеся случаи отказа в приеме на работу молодых специалистов. Объективно они нужны учреждениям здравоохранения, но над ними довлеет требование повышения заработной платы. А молодой специалист (выпускник) не имеет стажа, не имеет квалификационной категории. Поэтому молодые специалисты тянут вниз показатели средней заработной платы по учреждению, либо в очередной раз нужно заниматься «выводиловкой». К тому же молодые специалисты создают угрозу снижения заработной платы главного врача в случаях, когда она привязана к среднему уровню основного персонала, а также тогда, когда из-за низкой оплаты труда молодого специалиста не удается выйти на предусмотренный региональной «дорожной картой» уровень оплаты труда, позволяющий получать самому руководителю учреждения выплаты стимулирующего характера.

Поэтому очень часто возникают «ножницы» между рекомендуемыми штатными расписаниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи либо реально необходимыми для оказания соответствующего объема медицинской помощи и фактической численностью работников. А это — угроза снижения доступности и качества медицинской помощи.

Реорганизация учреждений

Коснемся другого аспекта проблемы конфликтов, связанных с эффективным контрактом, — реорганизации.

В Указе Президента № 597 Правительству Российской Федерации поручено обеспечить: «*повышение заработной платы работников бюджетного сектора экономики с возможным привлечением на эти цели* ***не менее трети средств, получаемых за счет реорганизации неэффективных организаций***».

Здесь хорошо прослеживается политика государства по оптимизации сети государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, что можно только приветствовать. Однако для нашей страны всегда были характерны перегибы. Имеются они и сейчас. Уже порой слышатся заявления региональных властей о том, что треть всех средств, необходимых для повышения заработной платы, следует обеспечить за счет реорганизации самих учреждений, сокращения численности работников. Но это явное передергивание фразы Указа Президента № 597. В указе речь идет о том, что не менее трети от возможной экономии, полученной за счет реорганизации неэффективных учреждений, должно пойти на повышение заработной платы. Причем реорганизации именно неэффективных учреждений.

Поэтому во избежание подобных перегибов, конфликтов нужна серьезная работа по обоснованию целесообразности реорганизации. Прежде всего потребуется выработка четких критериев понятия «неэффективное учреждение». Причем с обязательным учетом экономических показателей. Как это ни парадоксально, в настоящее время таких критериев в здравоохранении на федеральном уровне нет (в большинстве случаев нет и на региональном уровне). Точнее имеются

только критерии, служащие основой для стимулирования руководителей учреждений, но не для принятия управленческих решений о смене руководителя, о реорганизации учреждений и т.д.

Одно из исключений — Санкт-Петербург, где было принято Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 3 июля 2008 г. № 822 «О порядке осуществления контроля за деятельностью государственных унитарных предприятий Санкт-Петербурга и государственных учреждений Санкт-Петербурга», в подготовке которого автор принимал непосредственное участие. Результаты анализа информации о деятельности учреждений, полученной в результате рассмотрения отчетов учреждений, учитываются исполнительными органами при принятии ими в установленном порядке и в соответствии со своей компетенцией следующих управленческих решений:

— при подготовке предложений о реорганизации учреждения;

— о применении мер ответственности к руководителю учреждения;

— при подготовке предложений о ликвидации учреждения;

— иных управленческих решений.

Среди таких критериев оценки эффективности деятельности учреждений могут, в частности, быть показатели, характеризующие затраты в расчете на единицу услуги; кредиторская задолженность (в соотношении со среднемесячным доходом учреждения; удельный вес просроченной кредиторской задолженности и т.д.) и другие. Но сами по себе критерии еще ничего не значат.

Является ли выявление неэффективных учреждений основанием для их реорганизации? Это далеко не очевидно — следующим этапом должен стать анализ причин неэффективной деятельности учреждений. Если это внутренние причины (некомпетентное управление, необоснованные выплаты, отсутствие у работников стимулов к лучшему труду и т.д.), то нужна не реорганизация, а совершенствование управления учреждением, «укрепление кадрового состава», включающие обучение руководства учреждения, а в ряде случаев и его смену и т.д.

Если это внешние причины, то опять-таки нужно в них разобраться. Как правило, основной причиной «неэффективной» деятельности учреждений здравоохранения в настоящее время является несовершенство тарифов в системе ОМС. В последние годы произошли два важных изменения, увеличивших шансы многих учреждений стать «неэффективными»:

1) переход на одноканальное финансирование;

2) перевод всего здравоохранения, по сути, на два способа оплаты медицинской помощи (по КСГ — в стационарном звене и по подушевому — в амбулаторно-поликлиническом).

Любая из подобных реформ приводит к тому, что часть учреждений выигрывает, а другая проигрывает. Вот вам и без вины виноватые, вот вам и готовые «неэффективные» учреждения!

Поэтому необходимы управленческие решения на уровне субъектов Российской Федерации, направленные на устранение причин, вызывающих неэффективность деятельности учреждений. В одних случаях это может быть корректировка тарифов или подушевых нормативов, недостаточно учитывающих объективные различия в затратах учреждений, в других — выделение средств на модернизацию теплосетей и т.д.

И только если эти меры не помогают (или принципиально не могут помочь) решить проблему, может рассматриваться вариант реорганизации. То есть это крайняя мера. Крайняя потому, что хлопотная и неоднозначная с точки зрения ожидаемого результата.

Реорганизация государственного (муниципального) учреждения может быть осуществлена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения и преобразования.

Безусловно, в ряде случаев реорганизация в форме слияния или присоединения

учреждения (наиболее популярные на практике варианты) может сократить некоторые административные расходы. Однако, к сожалению, не все эти меры обеспечивают реальный положительный эффект.

Нужно в каждом конкретном случае просчитать не только эту экономию (порой «копеечную», когда главный врач присоединяемого учреждения превращается в руководителя филиала и т.д. с лишь небольшим снижением размеров оплаты труда), но и неизбежные дополнительные расходы на перерегистрацию, смену программного обеспечения, вывесок, печатей, штампов и т.д. и т.п. И главное — повысится ли лишь от этого качество управления, эффективность деятельности присоединенного учреждения, повысится ли качество оказываемой медицинской помощи? Насколько это будет реальным источником средств для повышения заработной платы? Не приведет ли процесс простого механического объединения двух или нескольких учреждений здравоохранения скорее к обратным результатам (к неуправляемости и т.д.)? На все подобные вопросы ответы должны быть получены до начала процесса реорганизации.

К сожалению, реорганизация учреждений обычно происходит без четкого экономического обоснования и поэтому нередко дает очень небольшую экономию, притом возникают серьезные дополнительные затраты.

Конечно, причинами реорганизации могут быть не только экономические, но и другие причины, например, организационные. Но следует четко понимать, что эффективность — понятие экономическое. И если причинами реорганизации являются не экономические причины, то не нужно их оправдывать понятием «неэффективность деятельности». Однако тогда возникают другие вопросы: есть ли иное, не экономическое обоснование сокращения или реорганизации? Есть ли рассчитанные новые потоки движения пациентов с учетом транспортных путей и т.д.? Стало ли дорогостоящее оборудование (КТ, МРТ и т.д.) работать круглосуточно или просто пациентов переключили на «новый адрес» с теми же очередями и т.д.?

Уже отмечалось, что одной из причин конфликтов является дефицит информации. К сожалению, как мы знаем, в вопросах реорганизации информации явно не хватает. Зачастую именно потому, что нет никакого обоснования, есть лишь политическое решение, есть лишь желание отрапортовать наверх. Мы все это уже не раз проходили.

Недовольство сокращением проявляют в основном медики тех регионов, где высокая укомплектованность кадрами (приходится увольнять работников, а не только сокращать вакантные ставки) и/или высокий уровень зарплаты. То есть в тех регионах, где по логике и здравоохранение должно быть на хорошем уровне. Логичен вопрос: зачем ломать то хорошее, что имеется? Но протесты в Москве не только от беды, а от высоких потенциальных потерь (зарплата должна достичь очень высокого уровня). Но это и позитивный момент: часть врачей, приезжающих на работу из других регионов, вернется в свои регионы. И это благо для населения, хотя, очевидно, потеря для конкретных врачей. Вот очередной конфликт интересов, вот неоднозначная ситуация, когда серьезные аргументы есть у каждой из сторон. И власти регионов должны четко (и заблаговременно) высказывать свою.

Заключение

Итак, является ли проявление недовольства среди части медицинской общественности поводом для сворачивания реформ? Конечно, нет! Тем более, что общее направление реформ в целом правильное.

Во многих странах необходимые реформы в здравоохранении проводились ценой отставок правительств. Но, конечно же, нужны не отставки, нужна твердость и внятность в проведении реформ.

В заключение сошлемся на известную фразу: «Ни одно благое дело не остается без наказания». Вот и «майские» указы Президента при всех своих позитивных положе-

ниях часто подвергаются критике. Эти указы затрагивают крайне болезненные темы, касающиеся финансирования, оплаты труда и т.д. Любое решение может вызвать неудовольствие. И эти указы — не исключение. Да, проблемы, угрозы, связанные с реализацией указов, нужно анализировать, обсуждать. Но для этого нужно правильно понимать суть указов, что, к сожалению, как было показано выше, имеет место не всегда.

Все это повод не для критики указов, а для поиска мер по предотвращению возможных угроз: изыскание регионами дополнительных источников средств, помощь отстающим регионам из федерального бюджета и т.д. Чем раньше подобные угрозы будут выявлены, тем больше шансов на их предотвращение.

Нынешняя финансовая ситуация заставляет задуматься о том, насколько удастся обеспечить проведения реформ, повышение заработной платы в условиях прогнозируемого падения ВВП. И действительно, реформы обречены, если под ними понимать повышение зарплаты по принципу «всем сестрам по серьгам». Но при правильном понимании эффективного контракта, при правильном его внедрении он становится действенным средством повышения эффективности здравоохранения, в том числе и экономии средств.

Но угрозой реформ являются не только финансовые проблемы, но и правильность их понимания теми, от кого зависит успешность их реализации.

Непонимание сути реформ многими чиновниками, извращение сути, погоня за сиюминутной отчетностью, попытки проводить реформы скрытно и т.д. — это и есть главные причины проблем реализации реформ, недовольства медицинской общественности и населения. Вот с чем нужно бороться. Вот способ борьбы с протестами.

Литература

1. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы».

3. *Кадыров Ф.Н.* Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении в рамках введения эффективного контракта//Под ред. академика РАМН В.И. Стародубова. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2014.

4. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Проблемы трансформации существующих систем оплаты труда в целях внедрения эффективного контракта в здравоохранение//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 2. — С. 6–15.

5. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н.* Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 3. — С. 6–15.

6. www.fondzdorovie.ru/monitoring/detail_monit.php?ID=570.

UDC 614.2

Kadirov F.N. Reforms in the sphere of healthcare: problems with implementation (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia)

Abstract. The protests of medical aid workers, which spread across the country last year amid a growth in their wages level, demonstrate that the dissatisfaction unlike in previous times is not linked to the poor financing, low salaries, but rather to disappointment with the reforms, which failed to deliver the results expected by many. Given that overall reform strategy is relatively rarely criticized it is evident that dissatisfaction is caused by the way these reforms are implemented in various concrete cases.

Keywords: *Health care system, state (municipal) institutions of healthcare, reforms, wages, effective contract, reorganization.*

Д.О. Рощин,
научный сотрудник отделения анализа статистики здоровья ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия, dr@mcran.org

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ВОКЗАЛА ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2
Рощин Д.О. ***Деятельность медицинского пункта вокзала по оказанию скорой медицинской помощи***
(ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия)

Аннотация. Проведен анализ деятельности медицинских пунктов железнодорожных вокзалов, их правового положения. Установлено, что возложенный функционал не в полной мере соответствует порядку оказания первичной медико-санитарной помощи по терапии. Предложена концепция развития правового положения и деятельности медпункта вокзала в качестве провайдера скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях и вне медицинской организации. Ожидаемые эффекты — это снижение юридических рисков, повышение качества оказания медицинских услуг.

Ключевые слова: *скорая медицинская помощь, железнодорожная медицина, медицинский пункт вокзала.*

Железнодорожная медицина насчитывает более 170 лет истории. Так, в 1844 г. приказом генерал-адъютанта Клейнмихеля «для преподания необходимых врачебных пособий заболевающим» устроены временные лазареты между Москвой и Санкт-Петербургом. Увеличение их количества потребовало унификации деятельности, которая была завершена к 1916 г. [1]. До настоящих дней осуществляется совершенствование правового и нормативного обеспечения деятельности учреждений здравоохранения железнодорожных путей сообщений. В данной статье автор ставит задачей проанализировать правовое положение медицинских пунктов вокзалов и их деятельность, предложить пути преодоления выявленных проблем.

Президентом Открытого акционерного общества «Российские железные дороги» (далее — ОАО «РЖД») утверждено положение, в соответствии с которым на железнодорожных вокзалах должны функционировать медицинские пункты, являющиеся структурными подразделениями негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» [3]. В Москве, к примеру, медицинские пункты Ленинградского, Ярославского и Казанского вокзалов приписаны к Узловым поликлиникам на станциях Ховрино и Лосиноостровская, Дорожной клинической больнице им. Н.А. Семашко (соответственно). Данные учреждения работают в программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи, предоставляя медицинские услуги населению по полису обязательного медицинского страхования, однако медицинская помощь на вокзалах оказывается по договору и за счет средств ОАО «РЖД» [3].

© Д.О. Рощин, 2015 г.

Медицинский пункт должен располагаться на первом этаже здания вокзала, иметь выходы на привокзальную площадь, в зал ожидания и на перрон; по расположению и ширине дверей не препятствовать транспортировке пациентов на носилках. Дополнительная непосредственная связь должна быть налажена между медпунктом, залом ожидания с детьми и с комнатой матери и ребенка [6].

Анализ сведений сводного реестра Росздравнадзора [5] 12 медицинских пунктов железнодорожных вокзалов выявил, что выбранный лицензионный формат — это доврачебная и первичная медико-санитарная помощь по профилю «терапия».

Утвержденным на уровне ведомства положением [3] выделены две основные задачи медицинского пункта: оказание первой медицинской помощи гражданам, находящимся в медицинском пункте, здании вокзала и в пределах станционных путей (платформ), в пассажирских и грузовых поездах дальнего сведения и пригородного сообщения; участие в ликвидации медицинских последствий чрезвычайных ситуаций (вследствие аварии, катастрофы, стихийных действий и пр.). Другими функциями работников медпункта являются родовспоможение и эстафетное медицинское сопровождение больных, констатация факта смерти.

Контингент пассажиров железнодорожного транспорта представлен всеми группами населения и включает большое число детей и лиц пожилого возраста, которым в пути следования и на станциях наиболее часто требуется оказание медицинской помощи, в ряде случаев — экстренной [2].

Оснащение медицинского пункта среди прочего включает в себя жгуты кровоостанавливающие, зонды желудочные, венозные катетеры взрослые и детские, комплект иммобилизационных шин, деревянный щит. Стандарт оснащения в части аппаратов и приборов предусматривает в том числе следующие позиции: глюкометр, ингалятор кислородный, ларингоскоп в наборе, электроотсос хирургический, трахеотомический набор, электрокардиограф, дефибриллятор [4]; в части инструментария — зажимы кровоостанавливающие различных видов (зубчатый прямой, зубчатый изогнутый, одно- и двухзубовой прямой, одно- и двухзубовой изогнутый — всего 12 шт.), интубационные трубки, корцанг, ножницы, пинцеты, скальпели, языкодержатели.

Минимум лекарственных препаратов включает адреналин, амиодарон, анаприлин, антидоты, инсулин, капотен, коделак, энап, эуфиллин 2,4 и 24%, противоожоговый аэрозоль «Пантенол» или аналоги.

Для оказания медицинской помощи вне медицинской организации предусмотрено наличие следующих укладок: аварийно-спасательная, скорой медицинской помощи, акушерской помощи, травматологическая, эпидемиологическая, для забора материала от больного с подозрением на инфекционное заболевание, для проведения экстренной личной профилактики.

Персоналом медицинского пункта предусмотрено ведение журнала регистрации амбулаторных больных (форма 074/у), журнала учета инфекционных заболеваний (форма 060/у) [4].

В соответствии с лицензионными требованиями оказываемая медпунктами первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется по участковому принципу, с распределением населения по участкам. Мероприятия включают в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, медицинскую реабилитацию, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиенического просвещения. Неотложная форма предусматривает оказание помощи на территории медицинской организации либо на дому при внезапных острых заболеваниях и состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи [7].

Обязательные лицензионные требования по оснащению медицинских пунктов (в их текущем правовом статусе) включают следующее оборудование, отсутствующее в ведомственных стандартах оснащения [7]: экспресс-анализатор уровня холестерина в крови, спирометр, комплект оборудования для санпросветработы, экспресс-анализатор кардиомаркеров, весы напольные, ростомер и сантиметровая лента.

Анализ соответствия ведомственной нормативной базы ОАО «РЖД» по вопросу организации работы медицинских пунктов на вокзалах выявляет несоответствие порядку организации первичной медико-санитарной помощи: расходятся цели и задачи (медицинские последствия чрезвычайных ситуаций, родовспоможение по экстренным показаниям), стандарт оснащения не включает необходимых позиций, но содержит избыточные; помощь детям оказывается фельдшерами в рамках первичной доврачебной медицинской помощи; оказание помощи на путях и в поездах выходит за юрисдикцию действия лицензии (помещение медпункта).

Риски продолжения деятельности по текущей юридической схеме представлены не только административными санкциями (штраф или приостановление деятельности), но и снижением качества медицинской помощи: специфика подготовки врачей-терапевтов не предполагает усиленной подготовки по оказанию экстренной и реанимационной помощи, в том числе травматологическим и шоковым больным (например, с поездной травмой), родовспоможению.

До начала 2014 года выходом из ситуации мог быть лишь некий компромисс между соблюдением лицензионных требований и исполнением функции помощи больным и пострадавшим. Автором исследования предложена гипотеза, что медицинский пункт вокзала де-факто является провайдером услуг скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также вне медицинской организации (выход бригады для оказания помощи на территорию вокзала, на пути, в подвижные составы). Амбулаторное оказание скорой медицинской помощи на станциях скорой медицинской помощи силами выездных бригад было предусмотрено и раньше (требование наличия «амбулаторной комнаты», строки «обслужено амбулаторно» в форме статистического наблюдения № 40), однако в качестве отдельного вида работ (не связанного с оказанием медицинской помощи выездными бригадами и вне организации), подлежащих лицензированию, скорая медицинская помощь в амбулаторных условиях выделена Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н.

В данном контексте получение лицензии на скорую медицинскую помощь (амбулаторную и вне медицинской организации) позволит легально: обслуживать вызовы на перронах и путях, в подвижных составах; оказывать медицинскую помощь в медицинском пункте без круглосуточного наблюдения. Форма помощи — экстренная (внезапные острые заболевания и состояния, обострение хронических заболеваний при наличии признаков угрозы жизни пациента) и неотложная (то же без явных признаков угрозы жизни пациента).

Переход к оказанию скорой медицинской помощи потребует инвестиций в образование сотрудников. Квалификационные требования [9] специальности «Скорая медицинская помощь» позволяют осуществление деятельности по данной специальности врачами, имеющими специальность «Терапия», после прохождения профессиональной переподготовки (в объеме не менее 500 часов) и сдачи сертификационного экзамена.

Рекомендуемые штатные нормативы не распространяются на частные медицинские организации, таким образом могут быть использованы принятые ведомственные нормативы.

Стандарт оснащения [8] не предусматривает обязательного наличия автомобиля скорой медицинской помощи. Необходимо отметить, что в действующей редакции приказа

отсутствуют раздельные стандарты оснащения для помощи в амбулаторных и стационарных условиях. Опрос экспертов, работающих в отделах по лицензированию Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Департамента здравоохранения города Москвы, не позволил выявить единого мнения о необходимости в обоих случаях исполнения всего стандарта для стационарной помощи. Правоприменительная практика по этому вопросу отсутствует. Тем не менее, при числе до 100 поступающих пациентов в сутки разница предусмотренных стандартов оснащения ОАО «РЖД» и Минздрава России не столь велика: аппарат искусственной вентиляции легких портативный, игла для пункции заднего свода влагалища, консоль палатная настенная, костюм противошоковый, кресло гинекологическое смотровое, кровать многофункциональная реанимационная, монитор прикроватный для контроля физиологических параметров, набор инструментов для акушерства и гинекологии, набор токсикологический для оказания скорой медицинской помощи, облучатель ультрафиолетовый бактерицидный, оборудование для мойки и дезинфекции, смотровая лампа, система для централизованной подачи кислорода, увлажнитель с подогревом дыхательных смесей и кислорода.

Нормативной коллизией ведомственных документов ОАО «РЖД» можно считать отсутствие медицинских пунктов вокзалов в перечне формирований для оказания «первой врачебной помощи с элементами квалифицированной медицинской помощи» положения о силах по ликвидации чрезвычайных ситуаций [10]. Несомненно, медпункты по поставленным целям и выполняемым задачам должны являться первым этапом оказания медицинской помощи с последующей передачей пострадавших на этап квалифицированной и специализированной помощи, которая оказывается формируемыми бригадами соответствующего профиля (хирургическая, травматологическая, реанимационная), направляемыми в стационарные подразделения учреждений здравоохранения ОАО «РЖД», ведущих прием из зоны (района) чрезвычайной ситуации [11].

Выводы

1. Текущее правовое положения медпунктов вокзалов как провайдеров услуг первичной медико-санитарной помощи по профилю «терапия» несет в себе существенные юридические и медицинские риски в связи с несоответствием оснащения и кадрового состава фактически возложенным функциям.

2. Предложена концепция развития правового положения медпункта как поставщика услуг скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях и вне медицинской организации, что позволит минимизировать риски санкций со стороны контролирующих органов и повысить качество оказываемых медицинских услуг.

Литература

1. *Цфасман А.З.* 170-летняя история железнодорожной медицины и ее идентификация//Управление здравоохранениям. — М.: Институт экономики РАН, 2014. — № 1.

2. *Самарин Д.В.* Особенности оказания медицинской помощи в медицинских пунктах железнодорожных вокзалов//Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». — М.: ЦНИИОИЗ, 2011, №5 (21). [URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/361/30/, дата обращения 01.12.2014].

3. Распоряжение ОАО «РЖД» от 30.07.2009 № 1608р «О медицинском обслуживании на железнодорожных вокзалах (станциях)».
4. Распоряжение ОАО «РЖД» от 19.08.2009 № 1743р «Об утверждении Перечня документации для работы медицинских пунктов на железнодорожных вокзалах (станциях)».
5. Сводный реестр лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения [URL: http://www.roszdravnadzor.ru/services/licenses, дата обращения 01.12.2014].
6. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 04.03.2003 № 12 «О введении в действие «Санитарных правил по организации пассажирских перевозок на железнодорожном транспорте сп 2.5.1198-03».
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
8. Приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».
9. Приказ Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415н «Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения».
10. Распоряжение ОАО «РЖД» от 28.11.2008 № 2550р «Об утверждении Положения о силах и средствах ОАО «РЖД», предназначенных (ориентированных) для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций на железнодорожном транспорте и Положения об организации экстренной медицинской помощи лицам, пострадавшим (пораженным) при чрезвычайных ситуациях на железных дорогах — филиалах ОАО «РЖД».
11. Распоряжение ОАО «РЖД» от 30.11.2011 № 2578р «Об утверждении Положения о бригадах специализированной медицинской помощи негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» в чрезвычайных ситуациях и Положения о порядке задействования выездных врачебных бригад негосударственных учреждений здравоохранения ОАО «РЖД» в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций».

UDK 614.2
Roshchin D.O. ***Preventable mortality in the aspect of economical expenses on public health care protection*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia)*
Abstract. The analysis of legal status and practice of first-aid posts on railway stations has been performed. It was established that the incumbent functionality does not fully correspond to the order of primary care internal medicine. Proposed the concept of development of the legal status and activities of the first-aid posts as a provider of emergency medical care services on an outpatient basis and beyond the medical organization. The expected effects include decreasing of legal risks and improvement the quality of medical services.
Keywords: *emergency medical services, railway medicine, first-aid post on railway station.*

Г.Н. Гридасов,
к.м.н., доцент, заведующий кафедрой медицинского страхования ИПО Самарского государственного медицинского университета, заместитель председателя Правительства Самарской области, министр здравоохранения Самарской области, г. Самара, Россия
И.А. Гехт,
д.м.н., профессор кафедры медицинского страхования ИПО Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru
В.И. Купаев,
д.м.н, заведующий кафедрой семейной медицины ИПО Самарского государственного медицинского университета, главный внештатный специалист по общей врачебной практике Самарской области, г. Самара, Россия, vk1964sam@rambler.ru

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ. ОПЫТ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

УДК 614.2
Гридасов Г.Н., Гехт И.А., Купаев В.И. ***Особенности финансирования общей врачебной практики. Опыт Самарской области*** *(СамГМУ, г. Самара, Россия)*

Аннотация. Вопросы медико-экономического анализа результатов труда являются важнейшими компонентами организации общей врачебной практики в регионе. В статье проведен анализ уровня средней заработной платы врачей общей практики в амбулаторно-поликлиническом звене Самарской области за первое полугодие 2013 и 2014 гг. в сопоставлении с подушевым нормативом финансирования и долей внешних услуг. Показано, что зарплата ВОП не зависит от подушевого норматива при оптимизации уровня внешних услуг. Подчеркнута важность совершенствования эффективного контракта как главного инструмента стимулирования улучшения качества труда и повышения его оплаты в здравоохранении.

Ключевые слова: *подушевой метод финансирования, фондодержание, оплата труда, общая врачебная практика.*

Вопросы планирования, экономической мотивации, экономического стимулирования, медико-экономической оценки результатов труда являются важнейшими компонентами организации общей врачебной практики в регионе [1, 2]. К тому же в Самарской области, как и в любом другом субъекте РФ, отмечаются тревожные тенденции снижения укомплектованности кадрами в первичном звене здравоохранения [3]. В настоящее время в области врачом общей практики работают 735 человек, что отражает укомплектованность по физическим лицам на 70,5%, а среди медицинских сестер общей практики этот показатель оказался еще ниже и составил 60,7% (921 человек). Доля ВОП, чей возраст старше 50 лет, составляет 60,9%! Поэтому проблема экономической мотивации и стимулирования для привлечения молодых специалистов в общую врачебную практику имеет первостепенное значение.

Самарская область имеет богатый опыт применения различных методов оплаты всех видов медицинской помощи, включая ОВП, начиная с 1988 года, когда на территории разрабатывались и внедрялись принципы Нового хозяйственного механизма.

© Г.Н. Гридасов, И.А. Гехт, В.И. Купаев, 2015 г.

С тех пор в области применялись следующие методы оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в состав которой входили подразделения и кабинеты ОВП:

1) подушевой — с прямым фондодержанием всех ресурсов поликлиниками и непосредственной оплатой ими всей медицинской помощи, оказываемой вне фондодержателя;

2) подушевой метод с относительным фондодержанием, когда внешние услуги оплачивались фондодержателем — поликлиникой через страховые медицинские организации;

3) оплата за фактические оказанные медицинские услуги (посещения, консультации, отдельные диагностические и лечебные услуги);

4) подушевое финансирование поликлиник без элементов фондодержания.

Проведенный анализ показал, что идеальных методов оплаты не существует, все они имеют и положительные, и отрицательные стороны. Задача состоит в том, чтобы, выбирая тот или иной метод оплаты, взвесить весомость различных факторов, которые на них влияют [4]. К ним относятся:

1. Демографическая ситуация, ее тенденции и прогноз.

2. Уровень ресурсного обеспечения ТП ОМС.

3. Уровень укомплектованности медицинским персоналом для оказания первичной помощи и специализированной первичной помощи.

4. Уровень развития системы информационного обеспечения.

5. Уровень подготовки кадров, работающих в финансово-экономической сфере.

6. Особенности системы организации медицинской помощи в регионе, учитывающей ее доступность, технологии, материальную базу учреждений, взаимодействие различных видов (амбулаторная, стационарная, стационарозамещающая и т.д.).

Подушевое финансирование поликлиник с элементами фондодержания позволяло ВОП более полно использовать свои резервы, повышать квалификацию, чаще пользоваться консультациями специалистов своих поликлиник, более решительно использовать радикальные технологии лечения. Грамотное и эффективное ведение пациента сокращало необходимость в направлении его в стационар, уменьшало число обращений в СМП. За период использования этого метода (1989–2004 гг.) госпитализированная заболеваемость уменьшилась с 210 до 160 на 1000 населения, уровень вызовов СМП — с 300 до 230 на 1000 в год.

В то же время значительное увеличение абсолютного числа и доли пожилого населения, потребность которого в стационарном лечении выросло, увеличило риск возникновения осложнений и обострений при задержке на амбулаторном этапе, что является недостатком фондодержания. Кроме того, при указанном методе у врачей ОП, как и у других врачей поликлиник, отсутствовала экономическая мотивация в выполнении объемов помощи.

Метод оплаты за фактические объемы был лишен указанного недостатка, но имел другие. Например, врачи не были заинтересованы в снижении уровня стационарной помощи (госпитализированная заболеваемость поднялась в 2010 году до 200 на 1000), появилась заинтересованность в росте посещений, иногда вплоть до приписок.

В настоящее время с области применяется подушевое финансирование, основанное на половозрастных коэффициентах ресурсопотребления при ведении реестра оказанных медицинских услуг, норматив которых определяется заданиями по выполнению ТП ОМС.

Средняя зарплата врача общей практики поднялась за последние 3 года с 22 430 до 35 108 рублей, по официальным данным МЗ СО *(рис. 1)*.

Обращает на себя внимание, что за этот период поднялась и зарплата участкового терапевта. Ее уровень незначительно отличается от зарплаты врача общей практики, тогда как раньше эти различия были более существенными.

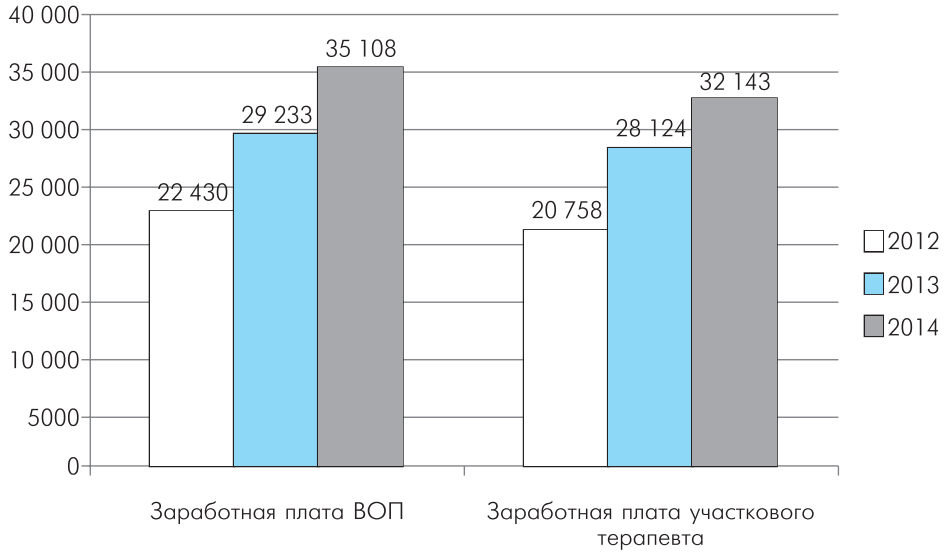

Рис. 1. **Средняя зарплата ВОП и участкового терапевта по Самарской области**

Что же определяет уровень зарплаты ВОП в настоящее время?

Для ответа на этот вопрос мы провели анализ, проанализировав следующие показатели: подушевой норматив финансирования в месяц за 1 и 2 кварталы 2013 и 2014 гг. всех ЛПУ Самарской области (амбулаторно-поликлинического звена, включая ЦРБ); уровень средней заработной платы в амбулаторно-поликлиничском звене за первое полугодие 2013 и 2014 гг.; долю внешних услуг (выплаты) в разрезе поликлиник; среднюю зарплату ВОП в разрезе поликлиник; среднюю зарплату у врачей поликлиник. Информацию по 52 лечебным учреждениям области предоставили ТФОМС Самарской области и МЗ СО. Средние значения анализируемых показателей представлены в *таблице 1.* Для анализа мы использовали пакет Statistika 10.0

Из приведенных данных мы видим, что за последний год произошло увеличение всех анализируемых показателей: как уровня зарплаты врачей, доли внешних услуг, так и подушевого норматива, который на самом деле является очищенным показателем подушевого ресурсообеспечения без учета внешних услуг.

При проведения корреляционного анализа между очищенным показателем подушевого ресурсообеспечения без учета внешних услуг и уровнем заработной платы ВОП мы нашли достоверную положительную корреляционную связь в 2013 году ($r = 0,3$ ($p < 0,05$)), что, на наш взгляд, выглядело логичным. Но в 2014 году эта зависимость не подтвердилась, коэффициент корреляции был около нуля ($r = -0,07$). Такая же закономерность присутствовала после разделения всех ЛПУ на две группы по принципу уровня зарплаты ВОП до 30 тыс. рублей (1 группа) и выше 31 тыс. рублей (2 группа) *(табл. 2).*

Обращает на себя внимание то, что в поликлиниках с высоким уровнем заработной платы ВОП сохраняется высокой зарплата и у других врачей. Доля внешних услуг в 2013 и 2014 гг. во 2-й группе также была больше, чем в первой ($p < 0,05$). Уровень занятости в двух группах не различался! Более того, мы зафиксировали, что в первой группе уровень заработной платы ВОП (24 820 руб.) был ниже зарплаты других врачей (28 390 руб.). Доля таких ЛПУ составила 40%. Следует отметить, что в 2013 и 2014 гг.

Таблица 1

Средние значения анализируемых показателей за два года

Показатель	n	M	Min	Max	Std. Dev.
Уровень подушевого норматива финансирования в месяц за 1 и 2 кварталы 2013 (руб.)	52	153,24	115,29	221,43	21,99
Уровень подушевого норматива финансирования в месяц за 1 и 2 кварталы 2014 (руб.)	52	167,50	103,67	239,94	24,90
Доля внешних услуг (выплаты) в 2013 г.	52	0,14	0,07	0,26	0,04
Доля внешних услуг (выплаты) в 2014 г.	52	0,19	0,12	0,36	0,048
Средняя зарплата в поликлинике в 2013 г. (тыс. руб.)	52	15,34	9,84	25,56	3,43
Средняя зарплата в поликлинике в 2014 г. (тыс. руб.)	52	19,47	13,43	35,45	4,39
Средняя зарплата врачей поликлиники в 2013 г. (тыс. руб.)	52	23,35	13,85	32,98	3,63
Средняя зарплата врачей поликлиники в 2014 г. (тыс. руб.)	52	29,95	21,66	41,15	4,01
Средняя зарплата врачей общей практики поликлиники в 2013 г. (тыс. руб.)	52	23,99	10,00	35,42	5,36
Средняя зарплата врачей общей практики поликлиники в 2014 г. (тыс. руб.)	52	29,98	18,67	49,28	6,78

Таблица 2

Сравнительный анализ между ЛПУ с высокой и низкой зарплатой врачей общей практики в Самарской области

Показатель	Год	1 группа (n=28)	2 группа (n=24)	t-критерий	p
Уровень подушевого норматива финансирования в месяц за 1 и 2 кварталы (руб.)	2013	143,8±15,1	164,21±25,9	−3,73	0,001
	2014	167,9±21	167,04±88	0,124	0,9
Доля внешних услуг (выплаты)	2013	0,136±0,37	0,159±0,039	−2,11	0,039
	2014	0,175±0,39	0,215±0,04	−3,3	0,0019
Средняя зарплата врачей поликлиники (тыс. руб.)	2013	22,13±2,9	24,76±0,3	−2,7	0,008
	2014	28,39±3,6	31,74±3,7	−3,28	0,0019
Средняя зарплата ВОП поликлиники (тыс. руб.)	2013	23,21±4,9	26,5±4,8	−3,36	0,0014
	2014	24,82±3,7	35,98±3,6	−10,4	0,0000
Уровень укомплектованность по физическим лицам (%)	2013	78,2±19,2	73,5±18,4	0,88	0,38

Таблица 3

Размер стимулирующих выплат по выполнению врачами своих функций в соответствии с моделью эффективности работы ВОП

	2013 г.	2014 г.
Участковые терапевты	9601	9931
Участковый педиатр	9434	9793
Врач общей практики	10 081	10 097

это были разные ЛПУ, в предыдущий год — сельские ЦРБ, в 2014 г. преобладала доля городских поликлиник.

В Самарской области уже много лет сохраняются стимулирующие выплаты, связанные с выполнением врачами своих функций в соответствии с моделью эффективности работы ВОП по Приказу № 201 МЗ СО. Размер этих выплат на протяжении последних двух лет находился на уровне 10 тыс. рублей *(табл. 3)*. Следует отметить, что эта методика полностью соответствует порядку применения эффективного контракта в медицинских организациях, которому в области придается большое значение.

Таким образом нами было установлено, что зарплата врача общей практики практически не зависит от размеров подушевого норматива при оптимизации уровня внешних услуг. Необходимо продолжить дальнейший поиск оптимальной модели финансирования общей врачебной практики в составе амбулаторно-поликлинических учреждений, для чего апробировать комбинированные способы оплаты, использующие подушевой метод с оплатой за выполненные объемы, с включением в деятельность учреждений системы эффективного контракта как важного инструмента стимулирования повышения качества труда в здравоохранении и его оплаты.

Литература

1. *Денисов И.Н., Мовшович Б.Л.* Общая врачебная практика (семейная медицина): практическое руководство. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. — 1000 с.

2. *Кадыров Ф.Н.* О некоторых проблемах совершенствования оплаты труда в здравоохранении//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 10. — С. 59–64.

3. *Стародубов В.И., Иванова М.А., Бантьева М.Н., Сорокина Ю.А.* Российские и региональные показатели деятельности врачей общей практики//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 10. — С. 6–19.

4. *Гехт И.А., Артемьева Г.Б.* Когда фондодержание необходимо//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 10. — С. 47–52.

UDC 614.2

Gridasov G.N., I.A. Geht., Kupaev V.I. ***Characteristics of financing the joint practice. Case study of Samara region*** *(Samara State Medical University, Samara, Russia)*

Abstract. There was conducted an analysis of general practioner's average wages level, working in an outpatient-ambulatory unit in Samara region in the first quarter of 2013 and 2014 years in order to compare them with per capita financing normative and shares of external services. It was demonstrated that outpatient-ambulatory practitioner's wage does not depend on the per capita normative while optimizing the level of external services. There has been emphasized the importance of advancing efficient contract as a main tool for stimulating enhancement of labour quality and increasing its renumeration level in the health care system.

Keywords: *per capita method of financing, fund holding, labour renumeration, joint practice.*

Е.Б. Милиевская,
к.м.н., заместитель главного врача Института коронарной и сосудистой хирургии ФГБНУ «НЦССХ им. А.Н. Бакулева», г. Москва, Россия, elena_miliev2004@mail.ru

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

УДК 614.2

Милиевская Е.Б. ***Перспективы применения механизмов государственно-частного партнерства для совершенствования реабилитационной помощи пациентам с врожденными пороками сердца*** *(Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр сердечно-сосудистой хирургии имени А.Н. Бакулева», г. Москва, Россия)*

Аннотация. Проведен анализ возможностей применения механизмов государственно-частного партнерства в создании инфраструктурной базы для проведения медицинской реабилитации пациентам после хирургического лечения врожденных пороков сердца. Представлены основные нормативно-правовые акты, регламентирующие медицинскую реабилитацию и государственно-частное партнерство в РФ. Предложены отдельные, новые пути решения проблем применения государственно-частного партнерства в системе отечественного здравоохранения. Суть предложенных решений заключается в возможности привлечения пенсионных фондов в качестве инвесторов для создания инфраструктуры новых реабилитационных центров для детей с врожденными пороками сердца. Мнение автора не является безусловным. В работе выполнена попытка еще одного взгляда на возможности применения государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Ключевые слова: *врожденные пороки сердца, государственно-частное партнерство, реабилитация.*

Введение

Благодаря развитию кардиохирургии, снизилась смертность пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС), в том числе младенческая смертность, приблизительно 90% детей со сложными формами ВПС доживают до взрослого возраста [1]. После хирургического лечения пациенты с ВПС нуждаются в динамическом наблюдении кардиолога и в проведении реабилитационных мероприятий.

В настоящее время клинические принципы, методики и программы реабилитации больных ВПС хорошо известны, эффективность их доказана и не вызывает сомнения [2, 3]. Главной же проблемой повышения качества и доступности реабилитационной помощи данному контингенту пациентов остается проблема организационная. Для решения данной проблемы необходимое условие — поддержка государства, а именно, установка приоритетов и задач в направлении совершенствования реабилитационной помощи населению страны, оптимизации законодательной базы, выполнение этих задач.

Необходимо отметить, что за последние три года в Российской Федерации произошли серьезные положительные сдвиги в стратегическом

© Е.Б. Милиевская, 2015 г.

направлении улучшения качества и доступности реабилитационной помощи гражданам страны, в том числе детям, в первую очередь за счет внимания к этим вопросам со стороны государства. Разработан ряд нормативных правовых документов, к важнейшим из которых относятся:

• Указ Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей Российской Федерации на 2012–2017 гг.» [4].

• Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» с подпрограммой 5, регламентирующей развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям [5]. Задачей подпрограммы 5 стали «разработка и внедрение новых организационных моделей, а также поддержка развития инфраструктуры системы медицинской реабилитации».

• Статьей 40 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан» введено понятие медицинской реабилитации как комплекса мероприятий, направленных в том числе на улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество [6].

• Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации» [7] стал первым законодательным актом, регламентирующим деятельность по данному медицинскому направлению.

• Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» введена должность врача по медицинской реабилитации [8].

К сожалению, в приведенных выше документах не затрагиваются вопросы, связанные с реабилитацией пациентов с врожденными пороками сердца. Тем не менее, можно уверенно сказать, что прочный фундамент для развития реабилитационной помощи населению страны, в том числе оперированным больным с данной патологией, уже заложен.

Одним из наиболее сложных для решения вопросов остается вопрос о развитии инфраструктуры системы медицинской реабилитации — ее материально-технической базы. Ни государственные, ни частные организации не способны решать самостоятельно такие проблемы, как переход здравоохранения на новый современный научно-технологический уровень. В связи с этим особую актуальность приобретают становление и развитие механизмов государственно-частного партнерства (ГЧП).

Цель данной статьи — изучение возможностей применения механизмов государственно-частного партнерства в создании инфраструктурной базы для проведения медицинской реабилитации пациентам после хирургического лечения врожденных пороков сердца.

Мнение автора не является окончательным и безусловным. В статье выполнена попытка еще одного взгляда на возможности использования государственно-частного партнерства в здравоохранении.

На сегодняшний день в нашей стране только начинает формироваться государственная политика в отношении партнерств с участием органов публичной власти, что сдерживает процессы создания норм, позволяющих осуществлять разного рода сотрудничество субъектов государственного и негосударственного управления.

В последнее время в научных публикациях все активнее рассматриваются вопросы, отражающие специфику, проблемы, возможности, перспективы развития и применения ГЧП в здравоохранении; особенно актуальными становятся работы, касающиеся механизмов реализации ГЧП в практическом здравоохранении [9, 10, 11, 12, 13].

В Российской Федерации еще не принят федеральный закон, регулирующий правоотношения, возникающие в сфере ГЧП. Единственным специальным федеральным зако-

ном, регулирующим правовые отношения ГЧП, остается Федеральный закон ФЗ-115 «О концессионных соглашениях» от 21 июля 2005 г. (с последними поправками, принятыми в июле 2014 г.). Согласно пункту 13 части 1 статьи 4 данного Федерального закона, объектами таких соглашений могут быть объекты здравоохранения, в том числе предназначенные для санаторно-курортного лечения [14].

При этом в качестве концедента выступает публичное образование — Российская Федерация, субъекты РФ, муниципальное образование — в зависимости от того, кому принадлежит реконструируемый проект недвижимости или будет принадлежать созданный концессионером новый объект. В роли концессионера может выступать индивидуальный предприниматель, иностранное или российское юридическое лицо либо действующие без образования юридического лица по договору простого товарищества (договору о совместной деятельности) два и более юридических лиц [15].

В тарифе обязательного медицинского страхования на финансирование, за счет которого переходит отечественное здравоохранение, не предусмотрены средства на реконструкцию и строительство новых объектов для отрасли. Президент РФ В.В. Путин предлагает решать данную проблему с привлечением государственно-частных партнерств [16].

В начале 2014 года Глава государства поручил Правительству Российской Федерации представить предложения по внесению в законодательство Российской Федерации изменений, касающихся расширения возможности использования механизмов государственно-частного партнерства, концессионных соглашений в сфере здравоохранения, предусмотрев при этом сохранение профиля медицинских организаций, объемов, видов и условий оказываемой ими медицинской помощи, а также обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [17].

В своем докладе министр здравоохранения России В. Скворцова отметила, что в 40 регионах страны уже активно используются концессионные соглашения. Большинство субъектов используют их для первого уровня системы оказания медицинской помощи — в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Кроме того, есть примеры более 20 регионов, успешно сформировавших сеть ФАПов, общих врачебных практик, сельских амбулаторий [18].

В современных условиях, учитывая недостаточное финансирование отрасли здравоохранения РФ, с одной стороны, и прогресс медицинских технологий, с другой, ГЧП может представляться достаточно перспективным, эффективным и надежным инструментом для выравнивания данного несоответствия. Перспективность ГЧП в здравоохранении для государства обоснована получением новой необходимой для обеспечения качественной медицинской помощи населению, единицы недвижимости со всем необходимым оборудованием, средств для самостоятельного возведения которой у государства не хватает. Также не стоит забывать о возможностях реконструкции уже существующих медицинских объектов. Однако реконструкция может быть не дешевле, а в некоторых случаях дороже строительства нового объекта, и затраты на нее сложнее просчитать заранее. Безусловно, существует возможность получения кредита под цели возведения и оборудования нового медицинского объекта, но в этом случае выплаты по кредиту должны будут начаться еще до того момента, когда объект сможет приносить прибыль. Инвестор не является спонсором, а извлекает материальную выгоду из долгосрочных, но постоянных доходов, полученных от деятельности готового медицинского объекта. Не исключено получение инвестором доходов от использования части площадей под коммерческую деятель-

ность, но в этом случае необходимо четко оговорить, что это должна быть медицинская (фармацевтическая) деятельность.

В статье 14, п. 10, главы 3 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан» к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья отнесено «установление порядка осуществления медицинской деятельности на принципах государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья» [6]. В то же время подготовленный в 2012 году законопроект о ГЧП в РФ до сих пор не принят.

Вероника Скворцова назвала ГЧП одним из важнейших направлений работы ведомства и призвала всех желающих принять участие в работе недавно созданного Координационного совета Министерства по развитию ГЧП в сфере здравоохранения [19]. Одна из задач Координационного совета: «Рассмотрение предложений по разработке механизмов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения, направленных на развитие инфраструктуры и повышение качества и доступности медицинской помощи» [19].

Еще одним Приказом Минздрава России от 29.07.2014 № 407 утверждено «Положение о Департаменте инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства Министерства здравоохранения РФ», одной из задач которого стало привлечение инвестиций в объекты инфраструктуры на основе ГЧП в сфере здравоохранения [20].

Важнейшим шагом в направлении совершенствования реабилитационной помощи детям после хирургического лечения ВПС стал построенный в Москве на базе НЦССХ им. А.Н. Бакулева, по идее академика РАМН и РАН Л.А. Бокерия и при поддержке государства детский реабилитационный центр. Предусмотрен перевод в данный реабилитационный центр на второй этап реабилитации детей с ВПС непосредственно после операций и первого этапа реабилитации, проведенных в кардиохирургическом стационаре. В то же время необходимо учитывать, что данный объект на сегодняшний день — единственный в стране, а более половины детей с ВПС, которым выполняются операции в НЦССХ им. А.Н. Бакулева, — это жители Центрального федерального округа.

В нашей стране имеют место неравномерное географическое расположение и недостаточное количество кардиохирургических клиник, в которых выполняется весь спектр операций больным ВПС. Поэтому в общероссийском масштабе ключевым моментом совершенствования медицинской помощи детям с ВПС на втором этапе реабилитации должно стать создание сети специализированных реабилитационных центров соответственно географии расположения кардиохирургических клиник, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь таким пациентам в неонатальном и раннем возрасте в объеме свыше 500 случаев в год [21].

Вполне вероятно, что именно применение механизмов ГЧП не только при создании новых реабилитационных объектов для пациентов с ВПС, но и при проведении второго и третьего этапов реабилитационной помощи больным с данной патологией может стать верным выбором инструмента для реализации ряда задач государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

Учитывая, что ожидать быстрой прибыли для инвестора от деятельности реабилитационных центров для детей с ВПС сложно, в связи с чем целесообразно, чтобы в качестве инвесторов при строительстве и оборудовании центров выступали только стабильные структуры, которые имеют возможность ожидать постоянный доход в течение некоторого времени. Государство же сможет создавать дополнительные рабочие места в таких центрах. Бюджет будет пополняться средствами в виде налогов. Здравоохранение получит новый объект, в котором будут выполняться социальные задачи, поставленные государством перед отраслью.

В настоящий момент сложно однозначно ответить на вопрос о перспективах широкого внедрения ГЧП в здравоохранение в целом и в развитие медицинской реабилитации детей с ВПС, в частности. В то же время вряд ли стоит ожидать увеличения размера бюджетных средств на создание новых объектов.

В целом можно отметить, что к перспективам развития и выгоды сотрудничества по моделям ГЧП в здравоохранении для частных партнеров относятся [22]:

- снижение ставки по региональным и местным налогам;
- субсидии и субвенции, предоставляемые за счет бюджетных средств бизнесу для осуществления проектов в рамках ГЧП;
- вклад имущества в юридические лица, в форме которых создано ГЧП (от имени государства как собственника);
- бюджетные кредиты — форма финансирования бюджетных расходов, которая предусматривает предоставление средств юридическим лицам или другому бюджету на возвратной и возмездной основах;
- выдача государственных и муниципальных гарантий (способ обеспечения гражданско-правовых обязательств, в силу которого соответственно РФ, субъект РФ или муниципальное образование — гарант дает письменное обязательство отвечать за исполнение лицом, которому дается государственная или муниципальная гарантия, обязательства перед третьими лицами полностью или частично);
- инвестиционный налоговый кредит — это такое изменение срока уплаты налога, при котором организации при наличии необходимых оснований предоставляется возможность в течение определенного срока и в определенных пределах уменьшать свои платежи по налогу с последующей поэтапной уплатой суммы кредита и начисленных процентов. В частности, в связи с проведением научно-исследовательских или опытно-конструкторских работ либо технического перевооружения собственного производства;
- осуществление внедренческой или инновационной деятельности, в том числе создание новых или совершенствование применяемых технологий, создание новых видов сырья или материалов; выполнение этой организацией особо важного заказа по социально-экономическому развитию региона или предоставление ею особо важных услуг населению, к которым могут быть отнесены медицинские услуги.

Заключение

Положительные стороны использования ГЧП в здравоохранении представляются достаточно обоснованными, но остаются вопросы, требующие поиска оптимального решения; в каждом конкретном случае необходимы точные расчеты и прогнозы.

1. Необходима выработка государственной стратегии для привлечения в программу государственных гарантий инвесторов, с учетом дальнейшей возможности долговременных взаимовыгодных отношений, со снятием для них ограничений. В качестве таких инвесторов перспективными представляются, например, пенсионные фонды, в том числе, возможно, и пенсионный фонд РФ. При привлечении инвестиционных вложений такого мощного партнера в отрасль здравоохранения, в частности, в создание новых объектов для реабилитации пациентов с ВПС, выгода государства и общества очевидна. При этом пенсионные деньги фонда государство сможет использовать эффективнее, получая дополнительные средства в сочетании с решением социальных задач.

2. Важно обеспечение регулирования процессов оказания бесплатных для населения медицинских услуг при использовании механизмов ГЧП в соответствии со стратегическими приоритетами страны и существующей демографической ситуацией.

3. Перспективно создание специализированного регистра для накопления опыта, оцен-

ки результатов, изучения возможных юридических и социально-экономических последствий ГЧП именно в системе здравоохранения.

4. Целесообразно совместное фокусирование внимания юридических и медицинских профессиональных сообществ на вопросах совершенствования законодательной базы применения механизмов ГЧП в отрасли здравоохранения в целом, что может позволить реализовать социальные задачи по обеспечению реабилитационной помощью пациентов с ВПС.

Литература

1. *Kirkpatrick J.N., Kaufman B.* Why Should We Care About Ethical and Policy Challenges in Congenital Heart Disease?//World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery. — January 2013. — № 4. — P. 7–9.

2. *Кассирский Г.И., Зотова Л.М.* Реабилитация больных после хирургического лечения врожденных пороков сердца. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2007. — 136 с.

3. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии (издание 3-е, переработанное, дополненное)//Под ред. Л.А. Бокерия. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, ISBN: 978-5-7982-0307-9, 2013. — 764 с.

4. О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы: Указ Президента Российской Федерации № 761 от 01.06.2012 [Интернет]. URL: http://base.garant.ru/70183566/.

5. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294. [Интернет]. URL: http://www.rg.ru/2014/04/24/zdravooxr-site-dok.html.

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 (с изменениями и дополнениями). [Интернет]. URL: http://base.garant.ru/12191967/.

7. О порядке организации медицинской реабилитации: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н. [Интернет]. URL: http://www.rosminzdrav.ru/documents/6513-prikaz-minzdrava-rossii-ot-29-dekabrya-2012-g-1705n.

8. Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183н. [Интернет]. URL: http://www.rg.ru/2013/03/27/nomenklatura-dok.html.

9. *Стародубов В.И., Янушевич О.О., Кицул И.С., Пивень Д.В.* О возможностях преобразований в деятельности стоматологической службы с позиции частно-государственного партнерства//Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 11. — С. 4–7.

10. *Куракова Н.Г.* Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 1//Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 3. — С. 4–12.

11. *Куракова Н.Г.* Государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения: выбор форм и перспективных направлений. Часть 2//Менеджер здравоохранения. — 2009. — № 4. — С. 26–31.

12. *Кулакова Е.В.* Государственно-частное партнерство — одна из форм привлечения внебюджетного финансирования в систему здравоохранения//Здравоохранение. — 2013. — № 8. — С. 28–34.
13. *Ершов Д.Л.* Опыт реализации партнерства государства и бизнеса в здравоохранении [Текст]//Молодой ученый. — 2013. — № 11. — С. 331–334.
14. О концессионных соглашениях: Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 115-ФЗ [Интернет]. URL: http://base.garant.ru/12141176/.
15. Российское предпринимательское право. Учебник/Ред. Д.Г. Алексеева, Л.В. Андреева, В.К. Андреев [и др.]; отв. ред. И.В. Ершова, Г.Д. Отнюкова. — М.: Проспект, 2011. — 1072 с.
16. *Латухина К.* Врачебные тайны. Владимир Путин призвал продолжить реформы в здравоохранении//http://www.rg.ru/2014/01/22/ukazy.html.
17. Поручение Президента РФ Правительству РФ от 21.01.2014 № Пр-242, п. 1д,а) http://www.kremlin.ru/assignments/20176#assignment_4.
18. *Скворцова В.* В 2014 году программы государственно-частного партнерство в здравоохранении реализуют 58 регионов//http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/veronika-skvortsova-v-2014-godu-programmy-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstvo-v-zdravooxranenii.html#. VHNcmBFxlok
19. Приказ Минздрава России от 09.01.2014 № 6 «О Координационном совете Министерства здравоохранения Российской Федерации по государственно-частному партнерству». [Интернет]. URL: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70460142/.
20. Приказ Минздрава России № 407 от 29.07.2014 «Об утверждении Положения о Департаменте инфраструктурного развития и государственно-частного партнерства Министерства здравоохранения РФ». [Интернет]. URL: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=597981.
21. *Крупянко С.М., Милиевская Е.Б.* Организационные модели реабилитационной помощи детям с ВПС в РФ//Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2014, Прил. № 6, Т. 15 Материалы XX Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов. — М., 2014. — 258 с.
22. Экономико-правовые возможности и механизмы государственно-частного партнерства (ГЧП) в региональных программах по развитию здравоохранения. Основы и подходы для развития государственно-частного партнерства [Интернет]. URL: http://basis-med.ru/activities/gosudarstvenno_chastnoe_partnerstvo/.

UDC 614.2
Milievskaja E.B. ***Prospects of public-private partnerships to improve rehabilitation care for patients with congenital heart disease*** *(Bakulev Scientific center of cardiovascular surgery, Moscow, Russia)*

Abstract. The analysis of the application possibilities of public-private partnership in the creation of infrastructural base for medical rehabilitation of patients after surgical treatment of congenital heart defects. Described the main normative legal acts regulating the medical rehabilitation and public-private partnership in Russia. Offered some new ways of solving problems of public-private partnership in the system of national health care. The essence of the proposed solutions is the ability to attract pension funds as investors for infrastructure development of new rehabilitation centers for children with congenital heart disease. The author's opinion is not unconditional. In this paper an attempt is made one more look at the possibility of using public-private partnerships in health care.

Keywords: *congenital heart disease, public-private partnerships, rehabilitation.*

К.О. Каплунов,
врач-инфекционист, аспирант кафедры философии, биоэтики и права с курсом социологии медицины ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, г. Волгоград, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИК СОЦИОЛОГИИ МЕДИЦИНЫ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

УДК 614.253
Каплунов К.О. ***Особенности применения методик социологии медицины в условиях детского инфекционного стационара*** *(ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, г. Волгоград, Россия)*

Аннотация. Межличностное взаимодействие в паре врач-родитель больного ребенка оказывает разнонаправленное влияние на результаты лечения последнего. В статье описываются особенности применения методик социологии медицины, используемые в условиях детского инфекционного стационара для изучения интеракции в системе «врач-родитель ребенка» с целью определения возможностей и путей ее последующей коррекции.

Ключевые слова: *межличностное взаимодействие, эффективная интеракция, инфекционные болезни, социология медицины.*

Инфекционные болезни остаются одной из важнейших причин заболеваемости детского населения, находясь на пятом месте в структуре общей заболеваемости детей до 14 лет [1]. Каждый случай болезни ребенка оказывает существенное негативное влияние на всех членов семьи. Согласно исследованиям, проведенным в Российской медицинской академии последипломного образования, более 50% родителей подтвердили, что на фоне инфекционного процесса у ребенка, в частности, острой респираторной вирусной инфекции, существенно ухудшается качество жизни всех членов семьи, у 43% снижается качество профессиональной деятельности. Экономические потери государства только от острых респираторных инфекций у детей превышают 50 млрд. руб. в год [2].

Среди причин детской смертности в 2013 г. инфекционная патология продолжала оставаться в тройке «лидеров», уступая только травмам и болезням органов дыхания. Особая актуальность борьбы с детскими инфекциями прослеживается в Волгоградском регионе, поскольку именно здесь наблюдаются наиболее высокие показатели среди всех регионов ЮФО.

Все вышеперечисленное диктует необходимость поиска новых подходов и способов борьбы с инфекционными болезнями у детей. Успех в этой борьбе может быть достигнут не только лечебно-диагностическими приемами, но и изучением и влиянием на социальные аспекты взаимодействия медицинского персонала и пациентов (а также их родителей в случае педиатрической практики). Основной целью такого взаимодействия является оптимизация межличностных коммуникаций, играющих важную роль в выздоровлении ребенка.

Известно, что клинические методы исследования не могут объяснить нюансы межличностного взаимодействия в паре «доктор-пациент», в связи с чем изучением проблематики социальной интеракции меди-

© К.О. Каплунов, 2015 г.

цинских работников и пациентов занимается социология медицины [3, 4].

Цель исследования — с использованием методов и приемов социологии медицины уточнить характер интеракции в дуэте «врач-родитель больного ребенка» и определить направления влияния на этот процесс для улучшения результатов лечения детских инфекций.

Материал и методы

В нашем исследовании использованы следующие методики социологии медицины: анкетирование, интервьюирование, метод кейсов и фокус-группа.

Проведенное анкетирование с последующим интервьюированием охватило 43 врача-инфекциониста детских инфекционных стационаров Волгограда с целью идентификации отношения докторов к участию родителей ребенка-пациента в процессе его стационарного лечения. Среди наших респондентов преобладали женщины с опытом работы более 20 лет. Анкета включала 7 вопросов. По результатам анализа полученных данных те же врачи были проинтервьюированы с целью уточнения ключевых позиций. Был использован метод простого интервью.

Помимо этого, проводилось анкетирование 147 госпитализированных по уходу за больным ребенком родственников для определения уровня их комплаентности и удовлетворенности лечебным процессом. Мы провели опрос родителей, бабушек и опекунов детей, находящихся на стационарном лечении по поводу инфекционных заболеваний. Анкетирование проводилось во всех отделениях детских инфекционных стационаров Волгоградской области, максимально охватывая присутствующие нозологии. Анкета включала 10 вопросов.

Опрос проводился в каждом отделении в течение одного рабочего дня, дабы исключить повторное включение респондентов в опрос. Все родители охотно отвечали на вопросы анкеты и участвовали в интервью, которое проводилось после анкетирования, с целью прояснить некоторые отмеченные в анкетах позиции.

Также использовался метод кейс-стади, позволяющий анализировать сложные конфликтные ситуации в клинической практике с точки зрения социологии медицины. Изучены истории болезней детей, находившихся на стационарном лечении в инфекционных отделениях детских больниц Волгограда. Рассматривалась первичная медицинская документация тех детей, чьи родители подавали письменные жалобы на медицинский персонал указанного медучреждения в 2012–2014 гг. Целью изучения данных случаев явился аналитический обзор межличностного взаимодействия медицинского персонала и родителей больных детей для оптимизации последнего и исключения отрицательного воздействия негативной интеракции на лечебный процесс ребенка. Нозологические формы, рассмотренные в методе кейсов, чаще всего относились к группе острых респираторных и кишечных инфекций, а также их сочетаний: острый бронхит, острый ларинготрахеит, инфекционный мононуклеоз, пневмония, острый гастроэнтероколит, эшерихиоз. Нередко указанная патология комбинировалась с ЛОР-болезнями (острый средний экссудативный отит, аденоидные вегетации), неврологическими (детский церебральный паралич, эпилепсия) и хирургическими (острый аппендицит, перитонит) заболеваниями.

Фокус-группа проведена с привлечением экспертов медицинского, социологического, юридического профилей. Состоялась она на базе Отдела этической, правовой и социологической экспертизы в медицине Волгоградского медицинского научного центра. Раздаточный материал — данные анкетирования врачей и госпитализированных по уходу за ребенком родственников, Интернет-материалы, данные о нозологическом статусе пациентов одного из детских инфекционных стационаров Волгограда. Материал был отобран на базе одной клинической больницы

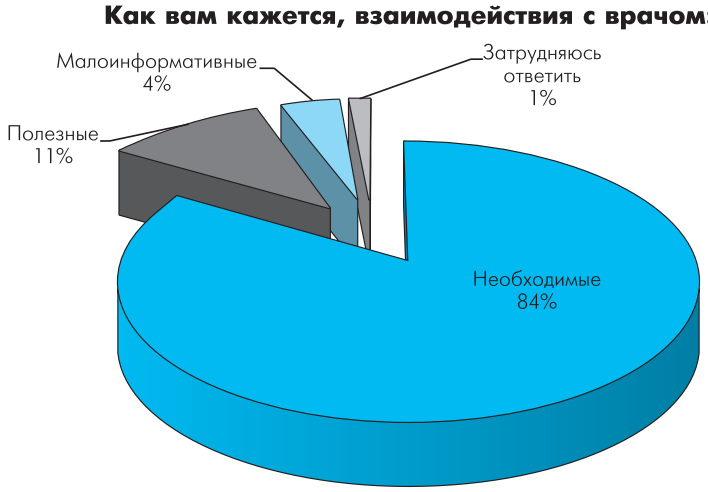

Рис. 1. **Мнения родственников о важности взаимодействия с врачом**

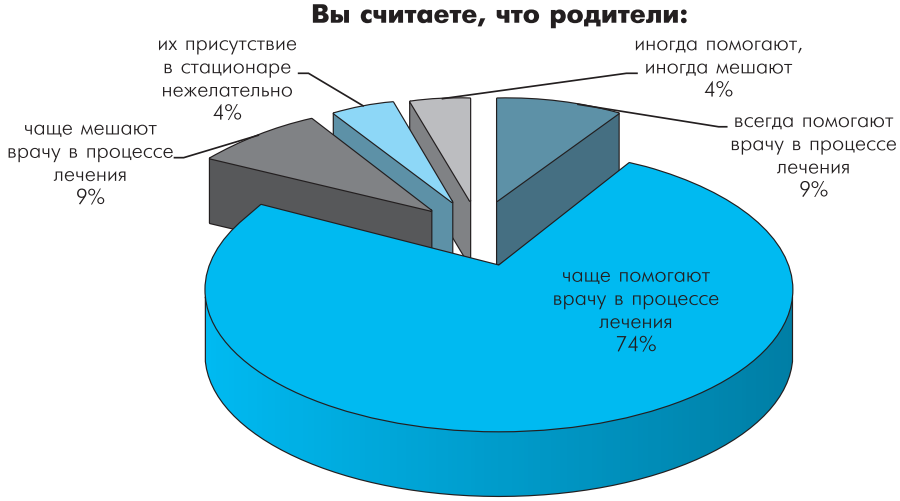

Рис. 2. **Мнения врачей о роли родителей в лечебном процессе**

для того, чтобы сделать сравнительные процедуры очевидными для участников. Экспертная группа состояла из 11 участников.

Собственные результаты и их обсуждение

Проведенные исследования показали следующее. Анализ информации, полученной методом анкетирования родителей, обнаружил, что около 84% из них считают свои взаимодействия с врачом необходимыми, 11% считают их полезными, 4% указали на малоинформативность таких бесед *(рис. 1)*. Никто не отметил бесполезность диалога с врачом.

Следовательно, диалог лечащего врача с родителем больного ребенка является обязательным условием повышения качества интеракции в паре врач-родитель ребенка. При этом риторика со стороны медика должна носить взвешенный, аргументированный и позитивно окрашенный в эмоциональном отношении характер.

Вместе с тем анкетирование и интервьюирование, проведенное среди врачей, показали, что неподготовленность и некомпетентность родителей в ситуации болезни ребенка характеризуют их поведение как рисковое, что не могут не отметить врачи. Несмотря на то, что почти 3/4 респондентов утверждали, что родители чаще помогают врачу в процессе лечения, почти все они (96%) указали, что родственники ребенка-пациента

Рис. 3. **Мнения врачей о родственниках детей-пациентов как источниках риска**

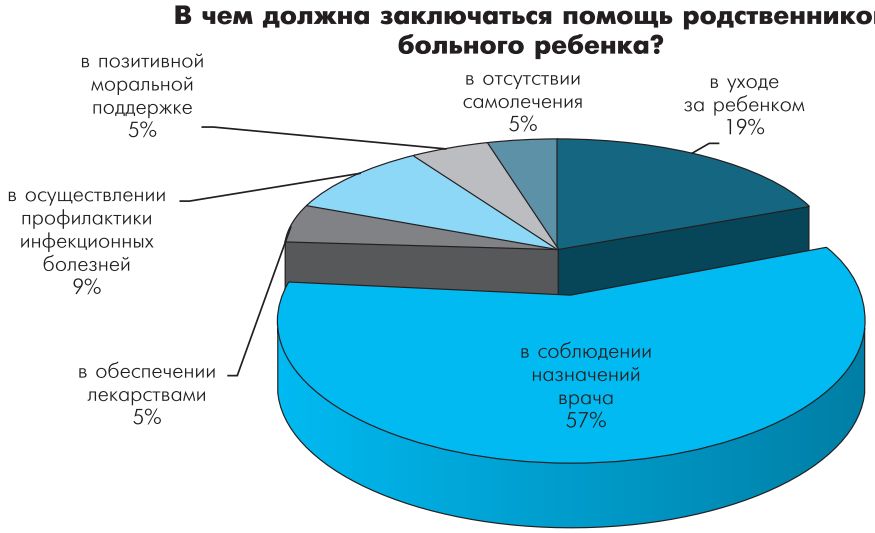

Рис. 4. **Мнения врачей о помощи со стороны родственников**

с той или иной частотой могут выступать и как факторы риска в процессе лечения последнего, при этом чуть более 1/3 докторов заявили, что это случается часто *(рис. 2, 3)*.

Подобные сведения служат очевидным доводом в пользу необходимости введения в штатное расписание детских лечебных учреждений медицинского психолога. Его совместные с врачами усилия улучшат взаимодействие медперсонала и родителей, что в свою очередь послужит повышению качества лечения детей. О необходимости усиления штатов педиатрических стационаров психологами отмечено сторонами-участницами и в ходе проведения фокус-группы.

Наконец, еще одним подтверждением значимости качества интеракции в паре педиатр-родитель ребенка и необходимости улучшения их взаимодействия служит установленный в ходе анкетирования и интервьюирования врачей, а также анализа данных кейс-стади и фокус-группы следующий факт. Несмотря на единодушное признание существующих рисков в поведении родителей, врачи признают их помощь в лечении не просто полезной, но и необходимой.

Большая часть респондентов указала, что наиболее эффективной помощью со стороны родственников является неукоснительное соблюдение врачебных назначений (57%), меньшую группу (19%) составили доктора, считающие правильный уход за ребенком результативным родительским действием *(рис. 4)*.

Эти данные говорят о необходимости широкой просветительской и информационной работы с родителями детей как в формате их общения с медиками, так и в целом в работе соответствующих государственных институтов и ведомств.

Выводы

1. Изучение особенностей взаимодействия доктора и пациента в педиатрической практике осложняется тем, что отношения в системе «врач-пациент» трансформируются в триаду «врач-родитель-пациент (ребенок)». Учитывая, что в детские инфекционные стационары госпитализируются в основном дети дошкольного возраста, их вклад в интеракцию незначителен в силу незрелости функциональных систем, в частности, коммуникативных способностей. Таким образом, возрастает важность эффективных взаимоотношений между врачом и родителем, которая будет позитивно либо негативно влиять на результаты лечения ребенка.

2. Позитивное воздействие на лечебный процесс родитель может оказать, правильно ухаживая за своим больным ребенком, выполняя все указания и назначения врача, проводя профилактические мероприятия. Некомплаентные родители, негативно настроенные по отношению к действиям врача, не выполняющие его рекомендаций, прибегающие к самолечению, зачастую могут нивелировать усилия доктора, ухудшив тем самым прогноз лечения ребенка. Профилактику таких ситуаций можно и нужно реализовать на основе достоверных медико-социологических данных.

3. В свою очередь необходимость построения эффективной коммуникации с медицинским персоналом признает большинство госпитализированных по уходу родственников ребенка. Меры, направленные на нивелирование негативных мотивов, способных в значительной мере снизить эффективность интеракции в системе «врач-родитель», могут стать мощным фактором скорейшего выздоровления ребенка. Взаимодействие двух исключительно позитивных агентов (врача и родственника) будет способствовать оптимальным результатам лечения.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdr2-1.xls (дата обращения 06.11.2014).

2. *Лаврентьев О.Э.* Социальное взаимодействие врачей-педиатров и родителей в профилактике и лечении ОРВИ у детей//Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2011. — 26 с.

3. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 520 с.

4. *Решетников А.В.* Социология медицины. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.

UDC 614.253

Kaplunov K.O. ***Application's features of methods of medicine sociology in relation to children's infections*** *(Volgograd state medical university, Volgograd, Russia)*

Abstract. Doctor-Parent communication influences the treatment outcomes of child. In article application's features of techniques of medicine sociology used for studying interaction in doctor-parent relationships in children's infectious hospital are described.

Keywords: *effective interaction in doctor-parent relationships, infectious diseases, sociology of medicine.*

Е.А. Зудинова,
АНО УМЦ «ТТ-эксперт», г. Москва, Россия
Т.В. Тимофеева,
ООО «ТТ-Стандарт», г. Москва, Россия

ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ОБРАЩЕНИЯ С МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ, ОПТИМАЛЬНОЙ ДЛЯ КРУПНЫХ МЕГАПОЛИСОВ

УДК 504:351.77.504.064.47:628.5
Зудинова Е.А., Тимофеева Т.В. ***Этапы внедрения системы обращения с медицинскими отходами, оптимальной для крупных мегаполисов*** *(АНО УМЦ «ТТ-эксперт», г. Москва, Россия; ООО «ТТ-Стандарт», г. Москва, Россия)*

Аннотация. Проблема ежегодного роста объемов образования медицинских отходов требует разработки комплексных решений в части организации оптимальной системы обращения с отходами, опасными в эпидемиологическом отношении. В мегаполисах и крупных городах, где сосредоточено большое количество медицинских учреждений, эта проблема представляет особую актуальность. В работе рассмотрены основные этапы внедрения инновационной системы, а также представлена оптимальная модель с учетом перехода отрасли здравоохранения на новые формы ведения хозяйственной деятельности и финансирования.

Ключевые слова: *медицинские отходы; этапы внедрения инновационной системы обращения с медицинскими отходами; участок обеззараживания медицинских отходов; медицинские организации государственной системы здравоохранения.*

17 февраля 2011 г. на территории Российской Федерации вступил в силу новый СанПиН [1], который определил новый подход к обращению с медицинскими отходами (МО). Данный документ впервые ввел понятие «аппаратного» обеззараживания МО, сделав его приоритетным по сравнению с повсеместно распространенным в РФ химическим методом. Возможность дальнейшего транспортирования обеззараженных физическими методами МО в составе ТБО раскрыла новые горизонты в решении проблемы обращения с отходами, опасными в эпидемиологическом отношении.

Переход к аппаратным методам обработки отходов требует создания в медицинских организациях новых структурных подразделений — участков для обеззараживания медицинских отходов (УОМО) [2].

Очевидно, что в мегаполисах и городах-миллионниках, где сосредоточено большое количество медицинских учреждений, проблема ежегодного роста объемов образования МО представляет особую актуальность и требует разработки комплексных решений в части организации оптимальной системы обращения с этим видом отходов производства и потребления [3].

Москва является уникальным мегаполисом, в котором в медицинских организациях Департамента здравоохранения с 2006 года внедряется инновационная система обращения с МО, основным компонентом которой является создание участков по обеззараживанию медицинских отходов. Эта система основана на переходе от химической дезинфекции отходов классов Б и В к аппаратным методам обеззараживания, использующим преимущественно физические методы воздействия.

© Е.А. Зудинова, Т.В. Тимофеева, 2015 г.

В данной работе рассмотрены этапы внедрения новой системы обращения с медицинскими отходами, оптимальной для крупного мегаполиса, на примере города Москвы.

Существующая в начале столетия в Москве система обращения с медицинскими отходами, основанная на СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, временного хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений» имела ряд существенных недостатков и нерешенных проблем. Большая часть эпидемиологически опасных отходов (класс Б) и чрезвычайно эпидемиологически опасных отходов (класс В) учреждений здравоохранения подвергалась химической дезинфекции на местах образования и в дальнейшем вывозилась на полигоны твердых бытовых отходов и специализированные предприятия высокотермического сжигания (обезвреживания).

Известно, что химическая дезинфекция не обеспечивает должного уровня обеззараживания, ряд компонентов, содержащихся в медицинских отходах (фильтры, современные расходные лабораторные материалы, самоблокирующиеся шприцы и др.), практически невозможно обеззаразить методом химической дезинфекции. При данном способе обеззараживания не происходит изменения внешнего вида компонентов, содержащихся в отходах. Кроме того, дезинфектанты могут в своем составе содержать токсичные компоненты [4].

Учитывая сложность и комплексность проблемы обращения с отходами медицинских учреждений, в целях реализации государственной политики в области профилактики внутрибольничных инфекций и обеспечения экономически эффективной и экологически безопасной системы утилизации отходов здравоохранения Распоряжением Правительства Москвы от 30 мая 2006 г. № 916-РП было утверждено проведение эксперимента по внедрению комплекса мероприятий по обращению с МО лечебно-профилактических учреждений, находящихся на территории Юго-Восточного административного округа (ЮВАО) города Москвы [5].

Данным документом было ознаменовано начало ***подготовительного этапа*** (2006–2007 гг.) перехода отрасли на современные технологии обеззараживания медицинских отходов.

Результатом проекта стало создание двухуровневой системы: 1-й уровень — внутрибольничный (первичное обеззараживание с помощью специальных установок), 2-й уровень — обезвреживание на мусоросжигательных заводах или размещение на полигонах [6].

В результате проведенного эксперимента в медицинских организациях Департамента здравоохранения введено в эксплуатацию 78 децентрализованных участков по обеззараживанию медицинских отходов (ДУОМО).

Необходимо отметить, что первоначально переход на новую систему был негативно встречен как руководством, так и медицинским персоналом. Потребовалась долгая и упорная работа по обучению персонала учреждений здравоохранения практическим вопросам обращения с медицинскими отходами в условиях новой системы. На этом этапе была разработана учебная программа с привлечением специалистов Роспотребнадзора для персонала, занятого в процессе сбора, хранения, транспортирования и аппаратного обеззараживания медицинских отходов. Для всех медицинских организаций, осуществивших переход на аппаратные методы обеззараживания, были разработаны новые схемы обращения с МО, в которых нашли отражение все аспекты нового порядка сбора, перемещения, временного хранения и обеззараживания физическими методами эпидемиологически опасных МО.

Для обеспечения экологической и санитарно-гигиенической безопасности в городе Москве Правительством Москвы было принято решение о распространении данной инновационной системы на все учреждения здравоохранения, подведомственные Департаменту здравоохранения города Москвы [7].

К основным мероприятиям программы были отнесены следующие:

1. Создание материально-технической базы для внедрения системы аппаратного обеззараживания эпидемиологически опасных отходов, в том числе:

— создание на площадях медицинских организаций УОМО;

— оснащение участков специализированным автоматизированным оборудованием для обеззараживания МО, а также необходимой медицинской мебелью;

— оснащение учреждений одноразовыми расходными материалами для безопасного сбора и удаления МО, многоразовым инвентарем для сбора и удаления медицинских отходов, средствами малой механизации для транспортировки отходов по территории больниц.

2. Информационно-методическое обеспечение системы аппаратного обеззараживания эпидемиологически опасных отходов:

— обеспечение персонала медицинских организаций наглядно-методическими пособиями по вопросам обращения с медицинскими отходами;

— организация проведения тематических циклов семинаров по вопросам обращения с медицинскими отходами для медицинского персонала всех категорий;

— разработка и осуществление тематического информационного сопровождения внедрения системы обращения с медицинскими отходами, опасными в эпидемиологическом отношении.

Следует отметить, что на ***начальном этапе*** (2007–2010 гг.) реализации программа была существенно ограничена дефицитом финансирования, связанного с экономическим кризисом. Поэтому из запланированных 340 созданы только 97 децентрализованных участков (включая варианты блочно-модульного размещения).

Широкое развитие на начальном этапе получила система подготовки медицинского и технического персонала и система информационно-методической поддержки в области обращения с МО. Обучено более 3,5 тысячи персонала; разработана новая логистическая система сбора и удаления отходов из медицинских организаций и транспортирования к местам конечного обезвреживания, которая нашла отражение в схемах обращения с МО, утверждаемых главными врачами организаций. С целью информационно-методической поддержки медицинского персонала были разработаны и распространены комплекты наглядно-методических пособий, включающие плакаты, листовки, которые могут размещаться в местах образования отходов и иллюстрируют основные правила обращения с МО.

Наиболее активно система стала внедряться в 2011–2014 годах ***(основной этап)***, что напрямую было связано с увеличением финансирования отрасли в связи с модернизацией здравоохранения. Как следствие отмечен значительный рост объемов образования МО в медицинских организациях столицы. Следует отметить, что фактические темпы роста опередили прогнозные показатели: предполагалось, что за десятилетний период (с 2008 по 2018 гг.) совокупные объемы отходов классов Б и В будут увеличиваться не более чем на 2,5–3,5% ежегодно. Фактически ежегодный прирост объемов накопления отходов составил в среднем 7,8% [8].

С вступлением в действие нового СанПиН изменилась учетная политика: МО при условии прохождения аппаратного обеззараживания физическими методами и изменения внешнего вида разрешено было транспортировать к местам дальнейшего обезвреживания совместно с ТБО. Это автоматически увеличило объем отходов класса А в медицинских учреждениях, оснащенных установками для аппаратного обеззараживания. На *рисунке 1* видно, что совокупный объем отходов классов Б и В, передаваемых медицинскими организациями транспортным компаниям за два последних года, упал на 27,5% [8]. При этом общий объем образования этих классов отходов демонстрирует устойчивый рост, который составил за анализируемый шестилетний период 52,5% *(рис. 1)*.

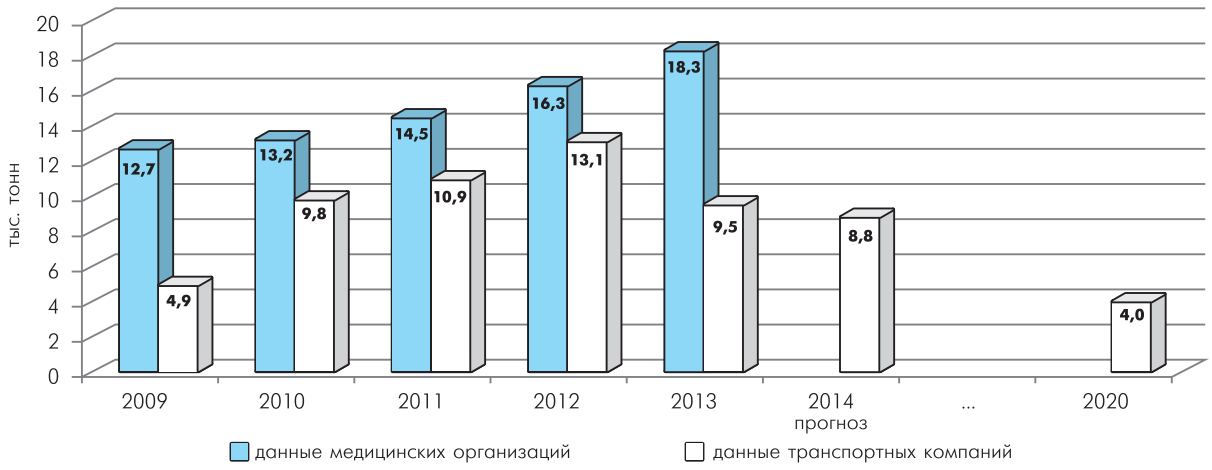

Рис. 1. **Данные по объемам образования и вывоза медицинских отходов медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы**

В рамках основного этапа созданы более 150 децентрализованных участков. В соответствии с планом мероприятий программы по совершенствованию внутрибольничной системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, опасными в эпидемиологическом отношении [7], предусматривалась определенная очередность создания УОМО в медицинских организациях: так, на начальном и основном этапах участки в первую очередь создавались в медицинских учреждениях инфекционного профиля, крупных стационарах (свыше 1000 коек), родильных домах. Далее следовали учреждения стационарного типа с меньшим коечным фондом и КВД, хосписы, отделения по уходу, клинико-диагностические центры, стоматологические поликлиники. Кроме того, целый ряд учреждений был оснащен установками УОМО-01/150-«О-ЦНТ» и настольными стерилизаторами, оборудованием для обеззараживания жидких МО для нужд лабораторий и иных подразделений, образующих отходы, представляющие опасность в эпидемиологическом отношении. Это привело к тому, что общий объем обеззараженных аппаратными методами МО в процентном отношении к общему объему образующихся во всех организациях отходов составил 38,6% [9].

На этом этапе были выявлены медицинские организации, в которых создание ДУОМО признано нецелесообразным. К ним отнесены организации, образующие до 50 литров отходов в смену, подстанции скорой помощи и организации, размещенные в жилом фонде. Для таких учреждений были разработаны проекты централизованных УОМО (ЦУОМО).

Следует отметить, что в процессе наращивания городского парка специализированных установок для аппаратного обеззараживания возникли сложности с обеспечением их технического обслуживания. Так, при остановке на плановый или аварийный ремонт участок вынужденно прекращает свою работу, что заставляет организацию временно вернуться к химической дезинфекции. При этом приходится обращаться к специализированным транспортным организациям за услугой по вывозу химически обеззараженных МО. Это заставило Департамент здравоохранения включить в перечень первоочередных задач разработку передвижных участков для обеззараживания МО. Эти участки будут выполнять функцию «техничес-

Рис. 2. **Соотношение медицинских организаций Департамента здравоохранения города Москвы, использующих химический и физический метод обеззараживания медицинских отходов классов Б и В**

кой скорой помощи», а также выступать в качестве «метода выбора» при экономической нецелесообразности создания участка на площадях медицинской организации.

С целью нивелирования «человеческого фактора», зачастую являющегося причиной поломок автоматизированного оборудования и связанного преимущественно с большой текучестью кадров, в рамках основного этапа организованы тренинги операторов оборудования на постоянной основе, организована постоянно действующая консультационная служба on-line.

Очевидно, что на ***завершающем этапе*** (2015–2016 гг.) реализации программы в рамках мероприятий по совершенствованию внутрибольничной системы обращения с МО, предполагающем создание ДУОМО в небольших медицинских организациях, преимущественно амбулаторно-поликлинического типа (поликлиники для взрослого населения, поликлиники для детского населения, реабилитационные центры и отделения, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты), темпы объемов отходов класса Б, обеззараженных на ДУОМО, в целом по городу снизятся [3].

На *рисунке 2* видно, что к 2017 году планируется увеличение объемов отходов класса Б, обеззараженных с применением аппаратных методов, с 38,6 до 60% от общего объема образованных отходов классов Б и В. При этом появляется новый сегмент — объем отходов класса Б, обеззараженных при помощи ПУОМО (до 15% от общего объема), а также возрастает сегмент — объем отходов класса Б, обеззараженный на ЦУОМО (до 25% от общего объема). Исходя из полученной расчетным путем цифры 19,8 тысяч тонн/год объема образования отходов к 2017 году, можно увидеть распределение данного объема в абсолютных весовых величинах *(рис. 3)*.

Внедрение комплекса мероприятий государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» позволит привести систему обращения с МО в соответствие с требованиями нормативно-правовых актов Российской Федерации и города Москвы и современными техническими достижениями в данной области [10]. Инновационная система обеззараживания медицинских

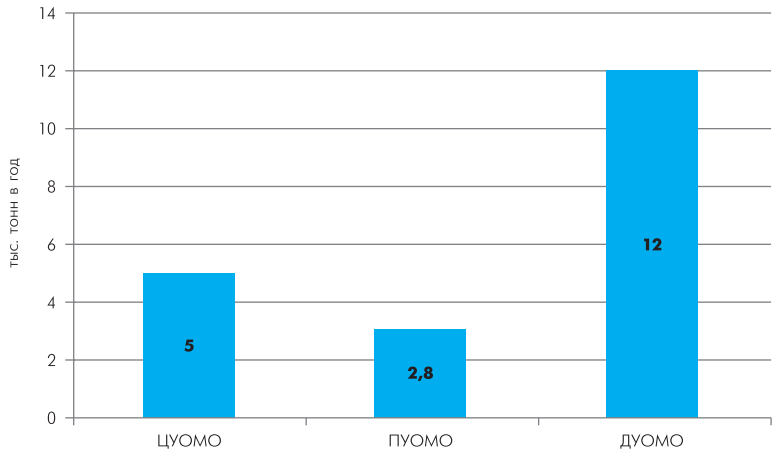

Рис. 3. **Объемы медицинских отходов классов Б и В, проходящих обеззараживание аппаратными (физическими) методами на участках обеззараживания различных типов (прогноз на 2017 г.)**

отходов, подразумевающая полный отказ от химического метода обеззараживания и переход на аппаратные методы обеззараживания, позволит к 2017 году полностью реализовать главную цель программы — обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в городе. Все отходы классов Б и В, обработанные на ДУОМО и на местах образования при помощи ПУОМО, будут вывозиться в составе ТБО, что существенно снизит расходы на спецтранспорт для перемещения отходов этих классов до мест конечного обезвреживания. Лишь незначительные объемы необеззараженных на местах МО (не более 5 тысяч тонн/год) планируется перемещать специализированным транспортом к ЦУОМО, где будет проводиться их обеззараживание.

Таким образом можно сделать вывод, что для мегаполисов и крупных городов целесообразно создание смешанной системы безопасного управления медицинскими отходами с преобладанием в ней децентрализованных УОМО. С точки зрения эпидемиологической безопасности это — оптимальный вариант. Однако экономическая эффективность часто диктует необходимость превалирования в смешанной системе централизованного способа обеззараживания. В городах с населением до миллиона жителей наличие 1–2 централизованных УОМО можно считать оправданным, при этом должны жестко соблюдаться как правила сбора в специальную тару, хранения при низких температурах (при вывозе реже, чем один раз в сутки) и транспортирования в герметично укупориваемых непрокалываемых и влагостойких емкостях необеззараженных МО до мест централизованного обеззараживания, так и созданы условия для исключения из общего потока опасных отходов класса В за счет создания децентрализованных УОМО в местах их первичного образования (возможно только из расчета образования в данных учреждениях только этого вида отходов).

Литература

1. Санитарно-эпидемиологические требовании к обращению с медицинскими отходами: Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы. СанПиН 2.1.7.2790-10. — М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2011 — 31 с.

2. Практическое руководство по организации участка обеззараживания медицинских отходов классов Б и В в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Департамента здравоохранения города Москвы/Сост.:

Тимофеева Т.В., Акашкина Л.В., Игонина Е.П. и др.; Под общей ред. Акимкина В.Г. — М.: НО «Издательский дом «Москвоведение», 2014 — 48 с.: ил.

3. *Тимофеева Т.В., Зудинова Е.А., Мамонтова Л.С.* Разработка и внедрение инновационной системы обращения с медицинскими отходами в городе Москве//В кн. Современная медицина: актуальные вопросы/Сб. ст. по материалам XXXV–XXXVI Междунар. науч.-практ. конф. № 9–100 (35). Новосибирск: Изд. «СибАК», 2014. — С. 40–50

4. Медицинские отходы. Опыт безопасного обращения в Российской Федерации/Под общей редакцией академика РАМН Н.В. Русакова, члена-корреспондента РАМН В.Г. Акимкина. — М.: Научный мир, 2013. — 286 с.

5. Распоряжение Правительства Москвы от 30 мая 2006 г. № 916-РП «О проведении эксперимента по внедрению комплекса мероприятий по обращению с медицинскими отходами лечебно-профилактических учреждений, находящихся на территории Юго-Восточного административного округа города Москвы»/«Вестник Мэра и Правительства Москвы», № 36, 28.06.2006.

6. Опыт реализации мероприятий по совершенствованию системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений в Юго-Восточном административном округе г. Москвы (в рамках пилотного проекта в 2006–2007 гг./Ред. Акашкина Л.В.. Акимкин В.Г., Балакаева А.В., Бормашов А.В., Гогитидзе Н.В., Гогитидзе Т.В., Игонина Е.П., Лазутин Д.Н., Мамонтова Л.С., Осипова Л.В., Русаков Н.В., Тимофеева Т.В., Хрустачев Л.В. — АНО УМЦ «ТТ-эксперт». — Москва, 2012. — 79 с. — Рус. — Деп. В ВИНИТИ 25.02.12 № 241-В2012

7. Постановление Правительства Москвы от 23.12.2008 № 1191-ПП «Об утверждении «Городской целевой программы по совершенствованию внутрибольничной системы обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений Департамента здравоохранения города Москвы, опасными в эпидемиологическом отношении, на 2009–2011 гг.». URL: https://www.mos.ru/documents/index.php?id_4=112313 (дата обращения: 15.05.2014).

8. *Акимкин В.Г., Тимофеева Т.В., Мамонтова Л.С., Зудинова Е.А.* Динамика объемов образования медицинских отходов в крупных городах РФ//Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. — 2014. — № 5. — С. 4–10.

9. Оценка экономической, санитарно-гигиенической и экологической эффективности проведения мероприятий, предусмотренных государственной программой города Москвы «Столичное здравоохранение» на 2012–2015 гг./Ред. Акашкина Л.В.. Балакаева А.В., Булганина М.С., Зудинова Е.А., Корольков В.С., Мамонтова Л.С., Пенья-Баута А.И., Тимофеева Т.В. — АНО УМЦ «ТТ-эксперт». — Москва, 2014. — 130 с. — Рус. — Деп. В ВИНИТИ 25.06.14 № 180-В2014.

10. Постановление Правительства Москвы от 04.10.2011 № 461-ПП «Об утверждении государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»/«Вестник Мэра и Правительства Москвы», № 59, 18.10.2011.

UDC 504:351.77.504.064.47:628.5

Zudinova E.A., Timofeeva T.V. ***Stages of introduction of medical waste management, optimal for large megacities*** *(LLC «TT-Standart», Moscow, Russia; ANO «UMTs TT-expert», Moscow, Russia)*

Abstract. The problem of the annual growth in education of medical waste requires the development of integrated solutions in the organization of the optimal waste management , hazardous epidemiologically. In the metropolitan areas and large cities, where a high concentration of medical institutions, this problem is of particular relevance. The paper discusses the main results of implementation of the innovation system, and presents the optimal model taking into account transition of the health care system to new forms of economic activities and financing.

Keywords: *medical wastes; stages of introduction of innovative system for treatment of medical wastes; station of disinfection of medical wastes; medical organizations of the public health system.*

Введение в 2013–2014 годах в системе ОМС нового способа оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп болезней (КСГБ) показывает, что добиться требуемого результата его внедрения невозможно без учета изменения существующих подходов к контролю качества оказываемой медицинской помощи. Отсутствие контроля при переходе на оплату по КСГБ приводит к тому, что в счетах к оплате медицинские организации предъявляют самые дорогостоящие из возможных, что создает риск недостаточности в финансировании медицинских организаций, а потенциально приведет к снижению качества медицинской помощи.

А.А. Старченко,
НП «Национальная медицинская палата», член Общественного совета Минздрава России

«ДОВЕРЯЙ, НО ПРОВЕРЯЙ!» — СТАРЫЙ ПРИНЦИП ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ НОВОГО СПОСОБА ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ОСНОВЕ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ

Страховая медицинская организация (СМО) в системе ОМС, как известно, в силу действующего законодательства должна твердо стоять на позициях всемерной защиты своего клиента — застрахованного лица, который и является потребителем медицинской помощи, оплата которой должна осуществляться по-новому, по КСГБ. Поэтому СМО и ее контрагенты в лице медицинских организаций и ТФОМС должны ясно представлять задачи СМО при переходе на оплату медицинской помощи по КСГБ.

Во-первых, на первый взгляд может показаться, что с переходом на оплату медицинской помощи по КСГБ для потребителя — пациента ничего не изменится: ЛПУ останется на своем прежнем месте, а врач и операционные в тех же помещениях, что и ранее. Но надо учитывать, что главной потребительской ценностью медицинской услуги является надлежащее ее качество. Поэтому главный вопрос, который должны понимать внедряющие новую систему оплаты: в каком направлении изменится качество оказываемых медицинских услуг? Вроде бы ответ должен быть один: все для пациента, качество должно существенно улучшиться!

И тогда возникает второй вопрос: за счет чего улучшится качество оказываемой медицинской помощи при таком переходе?

Отвечая себе на этот вопрос, все врачи и пациенты должны понимать, что стратегически введение нового способа оплаты связано с экономией денежных средств, которых не хватало на оказание медицинской помощи при предыдущих формах оплаты. Следовательно, вопрос стоит краеугольно: как при меньшем количестве денег обеспечить надлежащее качество медицинской помощи?

Способ оплаты по КСГБ предполагает объединение многих родственных по этиологии, патогенезу, течению и исходам заболеваний в одну группу. По сравнению с предыдущими способами оплаты, например, по федеральным стандартам или медико-экономическим стандартам диагностики и лече-

ния отдельных нозологий, — это шаг назад, так как для пациента эти предыдущие формы оплаты содержали гарантии обязательного выполнения позиций стандартов, требуемых для точного установления диагноза заболевания и достижения необходимого пациенту исхода или результата.

Теория управления предполагает, что если изменяется одно составляющее, то такое изменение должно быть компенсировано другим составляющим, то есть система сдержек и противовесов.

Речь идет о том, что при оплате по КСГБ, то есть по группе нозологий, а не по отдельной нозологии, как было ранее, создается опасность стимулирования сверхэкономного отношения к пациенту: минимизация мероприятия диагностики и лечения с тем, чтобы у медицинской организации сформировалась разница между выделенными по КСГ средствами и реальными затратами на диагностику и лечение. В этом случае единственным средством сдержки и противовеса остается контроль за оказанием медицинской помощи со стороны независимой организации — СМО.

Таким образом, контрагенты страховой медицинской компании (ЛПУ, Минздрав субъекта РФ, ассоциации врачей субъекта РФ и ТФОМС) при внедрении способа оплаты по КСГБ должны понимать необходимость и важность ужесточения мер контроля за качеством оказываемой медицинской помощи.

Логика оформления медицинскими организациями счетов за оказанные услуги, низкий уровень финансовых санкций за приписки и опыт экспертной деятельности в течение 20 лет показывает, что руководство медицинских учреждений, зная, что экспертизе подвергаются всего 8–10% медицинской документации, легко в счетах представляют всю оказанную помощь по самым дорогим тарифам в расчете на то, что если эксперт и выявит несоответствие, то только данная строка в счете будет снята с оплаты, а остальные случаи приписок не будут выявлены из-за ограниченности времени работы эксперта. Поэтому, вводя новый способ оплаты, руководство ТФОМС должно ясно представлять возможность нехватки денег в том случае, если приписки, то есть манипулирование тарифами в расчете на невозможность проведения тотальной экспертизы, станут массовыми. Такое манипулирование тарифами на протяжении 20 лет в системе ОМС имеет место всегда в тех случаях, когда одна и та же история болезни может быть оплачена по разным тарифам.

К примеру, в одном из субъектов РФ в 2010–2013 годах тариф стоимости медико-экономического стандарта (МЭС) «Инфаркт миокарда неосложненный с подъемом сегмента ST», включающего нозологии неосложненного инфаркта миокарда I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, составляет 43 554 руб., тогда как стоимость МЭС «Инфаркт миокарда осложненный», включающего ряд тяжелых осложнений, требующих ряда необходимых диагностических и консультационных мероприятий для распознавания осложнения и затем и лечебных мероприятий, составляет 33 460 руб. При этом стоимость МЭС «Инфаркт миокарда, не осложненный с реконструктивными операциями», включающего те же нозологии (I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9), составляет всего 22 941 руб. Сравнительный анализ МЭС показал практически полную идентичность состава МЭС'ов по:

— по длительности госпитализации — 15 к/д;

— лабораторным диагностическим услугам;

— консультативным услугам;

— медикаментозной терапии и немедикаментозной терапии (за исключением того факта, что более дешевый МЭС имеет больший (!) перечень (электрокардиостимуляция, электрокардиостимуляция чреспищеводная, гемотрансфузия).

Таким образом, имеет место необоснованная стоимость ряда МЭС, которая может явиться мотивационной основой для произвольного учета МЭС в отчетных и финансовых документах, что недопустимо. И результат такого тарифного регулирования не заставил

себя ждать: в этом субъекте РФ исчезли из счетов медицинских организаций случаи осложненных инфарктов миокарда! Высокая стоимость МЭС «Инфаркт миокарда, не осложненный с подъемом ST» (тариф 43 554,00 руб.) по сравнению со стоимостью стандарта оказания помощи по поводу осложненного инфаркта миокарда создает опасную ситуацию с экономической мотивацией возможности умышленного невыявления осложнений инфаркта миокарда, их недоучета и/или невынесения их в окончательный диагноз, что приведет к отсутствию соответствующих рекомендаций для пациента и лечащего врача последующего этапа оказания медицинской специализированной помощи, то есть причинению вреда здоровью и жизни пациента.

Бесконтрольность при переходе на оплату по КСГБ обязательно приведет к тому, что в счетах к оплате медицинские организации станут предъявлять самые дорогостоящие из возможных. А такое перетягивание финансового одеяла в здравоохранении субъекта РФ обязательно приведет к недостаткам в финансировании, что в свою очередь приведет к снижению качества медицинской помощи.

И врачи, и пациенты должны иметь представление о том, что предметом такого контроля должны быть следующие узловые точки.

Во-первых, при оплате по КСГБ возникнет соблазн выписывать пациента как можно раньше, чтобы получить как можно больше финансовых средств без затрат на больного. Отсутствие контроля на этом этапе приведет к тому, что пациентов будут выписывать с койки недолеченными.

Во-вторых, если ранее по федеральным стандартам выполнение каждой позиции стандарта должно было быть отражено в медицинской карте больного, то при оплате по КСГ создается впечатление, что не следует использовать дорогостоящие методы диагностики и лечения, так как они затратны.

В-третьих, тяжелые больные могут быть дискриминированы в праве быть госпитализированными в лечебное учреждение, так как априори ясно, что сроки лечения таких пациентов превысят средние, то есть создадут серьезные материальные затраты, не покрываемые тарифом данной КСГБ.

Существенным недостатком способа оплаты по КСГБ является отказ от оплаты самого дорогостоящего и жизнеберегающего этапа — реанимационной помощи. Погружение ее в основной тариф по КСГБ приведет к тому, что реанимационная служба останется недофинансированной, что очень быстро скажется на снижении качества ее работы.

В-четвертых, требует четкого регулирования установление дифференцированных коэффициентов тяжести состояния больного, без которых и в отсутствие контрольных функций применение данных коэффициентов очень быстро достигнет максимума: все пациенты окажутся самыми тяжелыми!

В-пятых, серьезного экспертного общественного контроля должен требовать процесс введения управленческих коэффициентов, так как в этом случае существует соблазн коррупционной составляющей или иной конфликт интересов между руководителями медицинских организаций и управляющих структур.

Введение нового способа оплаты по КСГБ требует взвешенного подхода, периода подготовки к новому документообороту и, самое главное, широкое и глубокое стимулирование экспертной деятельности СМО в системе ОМС, иначе финансового одеяла ОМС на все медицинские организации не хватит.

Таким образом, узловыми точками контроля в системе ОМС должны быть следующие:

1. Кратковременные сроки госпитализации, при которых создаются массовые экономические предпосылки для выписки пациента без достижения необходимого и требуемого клинического результата.

2. Исполнение необходимых сложных и финансово-затратных инструментальных и лабораторных методов исследования с целью

дифференциальной диагностики, коррекции лечения и определения прогноза.

3. Отказ (дискриминация) в госпитализации пациентов пожилого возраста, имеющих тяжелые формы, состояния и варианты течения заболеваний, множественные сопутствующие заболевания.

4. Установление дифференцированных коэффициентов тяжести состояния, злоупотребление которыми создает риск необоснованного увеличения финансового бремени без объективного анализа тяжести состояний пациентов.

5. Корректировка (установление) управленческих коэффициентов для медицинских организаций, требующая экспертного антикоррупционного общественного контроля и анализа наличия множественных дефектов в оказании медицинской помощи в конкретной медицинской организации.

С целью реализации принципа единого экспертного пространства в системе ОМС всех субъектов РФ приведенные выше узловые точки контроля должны быть максимально формализованы нормативными документами федерального распорядителя системы ОМС и должны найти отражение в представляемых медицинскими организациями реестрах оказанной медицинской помощи (пролеченных больных). Такой организационный подход позволит объективно и без перехода на личности возможных нарушителей (медицинских организаций) обеспечить равное право всех граждан России на надлежащее качество медицинской помощи в рамках реализации нового способа ее оплаты — КСГБ.

И.А. Купеева,
д.м.н., заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия
Р.А. Раводин,
к.м.н., старший преподаватель Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия, rracad@mail.ru
А.А. Ефремов,
старший научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории военно-научного сопровождения автоматизированных систем управления научно-исследовательского отдела медико-информационных технологий научно-исследовательского центра Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия, efrandrew@gmail.com

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ СИСТЕМЫ КАК ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.5 : 681.5
Купеева И.А., Раводин Р.А., Ефремов А.А. ***Интеллектуальные обучающие системы как элемент системы повышения качества медицинской помощи*** *(Департамент медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении, г. Москва, Россия; Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург, Россия)*

Аннотация. В статье рассматривается проблема качества оказания медицинской помощи. Как один из элементов системного подхода к повышению качества оказания медицинской помощи предлагается использование интеллектуальных обучающих систем. Приводятся примеры успешного применения интеллектуальных обучающих систем в медицине.

Ключевые слова: *интеллектуальные системы, системы поддержки принятия врачебных решений, системы дистанционного обучения, медицина, дерматовенерология.*

Основной целью государственной политики в области здравоохранения, определенной Правительством Российской Федерации на период до 2020 года, является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки [1]. Значительная территориальная протяженность Российской Федерации с множеством отдаленных местностей, неравномерность распределения населения и квалифицированных врачей с их преимущественной концентрацией в крупных городах, разный социально-экономический уровень развития регионов, а также нарушение преемственности в системе профессиональной подготовки молодых специалистов, имеющее место в последнее время, создают дополнительные трудности для реализации этой политики.

Качество оказываемой медицинской помощи населению в значительной степени зависит от уровня подготовки (компетентности) врачебного

© И.А. Купеева, Р.А. Раводин, А.А. Ефремов, 2015 г.

персонала. Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения Андрула Василиу (Androulla Vassiliou) в 2010 г. отмечала: «Врачебные ошибки — это настоящий вызов для европейской системы здравоохранения» [2]. По данным комиссии Европейского Союза (ЕС), в каждом десятом случае обращения за медицинской помощью ставится ошибочный диагноз или назначается неправильное лечение. Согласно данным той же комиссии ЕС, в Германии каждый год от врачебных ошибок умирают около 25 000 немцев. Ежегодно в стране отмечается до 100 тыс. случаев ошибок диагностики, неправильного назначения лекарств и других дефектов оказания медицинской помощи [2]. По оценкам экспертов, в Венгрии вследствие врачебных ошибок ежегодно умирают 7–10 тысяч человек — больше, чем погибают в автокатастрофах. Число больных, пострадавших от врачебных ошибок в Канаде, составляет 30%, в Австралии — 27%, в Новой Зеландии — 25%, в Германии — 23%, в Великобритании — 22%. Причинами 80% летальных исходов в больницах Австралии становятся медицинские работники. На пятом континенте ежегодно умирают до 18 тысяч человек и около 50 тысяч становятся инвалидами [2]. По данным доклада Института медицины США (1999 год), в стационарах Соединенных Штатов ежегодно умирают от 44 до 98 тысяч пациентов из-за предотвратимых ошибок, допущенных медицинским персоналом, что превышает смертность от рака молочной железы или СПИДА. При этом ежегодные финансовые потери составляют порядка 29 млрд. долларов [3].

Выборочный анализ ошибок, допущенных врачами-дерматовенерологами Ленинграда в 1984–1985 гг., показал, что в 90% случаев причины их были субъективными (во всех 90% незнание, сочетавшееся в 70% с поверхностным осмотром), и лишь в 10% случаев могла идти речь о такой сравнительно объективной причине, как нехватке времени для принятия решений. Авторы отмечают недостаточное знакомство некоторых врачей с клиникой даже распространенных дерматозов, не говоря уже об отдельных редких заболеваниях [4]. Количество гражданских исков и жалоб пациентов на качество оказания дерматовенерологической помощи в шести регионах Центрального федерального округа Российской Федерации за 5 лет (с 1998 по 2002 годы) увеличилось более чем в 14 раз [5]. По данным 120 комиссионных и комплексных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в Центральном федеральном округе РФ (включая Москву) в 1999–2004 годах по определению судов в связи с гражданскими исками пациентов на профессиональные последствия при оказании дерматовенерологической помощи, 30% исков были обусловлены ошибками диагностики [6]. Детальный анализ 436 ошибочных умозаключений врачей-специалистов показал, что при диагностике вторичного сифилиса дерматовенерологи допускали неверное толкование клинических проявлений в 96 случаях (22%), акушеры-гинекологи — в 157 случаях (36%), хирурги — в 78 случаях (18%), отоларингологи — в 83 случаях (19%) и остальные специалисты — в 22 случаях (5%) [7].

Принимая во внимание данные факты и то, что профессиональные ошибки медицинских работников во многом зависят от уровня их профессиональной подготовки, можно заключить, что одним из способов борьбы с ними на системном уровне являются создание и широкое использование клинических и обучающих систем поддержки принятия врачебных решений. В этом случае медицинские работники смогут получать консультативную помощь и не только повышать качество принимаемых решений, но и приобретать новые знания. Эти же обстоятельства диктуют необходимость более активного использования интеллектуальных систем и в обучении, особенно дистанционном, поскольку они дают возможность визуализировать учебный материал в информационном (виртуальном) окружении дисциплины, что обеспечивает наилучшее усвоение диагностических и лечебных решений.

В связи с формированием всемирного информационного пространства подвергаются пересмотру многие сложившиеся столетиями представления об образовании. Существующая система высшего образования достаточно консервативна, сильно централизована и нередко характеризуется инерционностью, что не всегда позволяет ей своевременно отслеживать конъюнктуру рынка и удовлетворять все возрастающие требования заказчиков образовательных услуг. В настоящее время на рынке образовательных услуг активно разрабатываются различные электронные средства обучения, позволяющие «интеллектуализировать» как процесс преподавания, так и процесс обучения [8–13]. Процесс интеллектуализации преподавания предполагает передачу функций преподавателя (частично или полностью) компьютеру (интеллектуальной системе), который обучает, контролирует успеваемость, используя при этом определенные методические приемы и правила. Компьютерные системы, работающие по принципу инженерии предметных, педагогических и методических знаний преподавателей, когда программно поддерживаются содержание, стратегии и методики обучения, называются интеллектуальными обучающими системами [9]. К их числу относятся системы поддержки принятия решений (СППР), которые ориентированы главным образом на отработку у слушателей логики решения различных задач. При работе с такими системами у пользователя возникает эффект самообучения, поскольку они содержат модуль объяснений, обосновывающий заключения, выдаваемые системой. Под системой поддержки принятия (врачебных) решений (СППР) можно понимать любую программную систему, помогающую врачу принимать обоснованные решения, а не действовать только на основе интуиции. СППР предназначена для поддержки многокритериальных решений в сложной информационной среде [14, 15]. Наиболее часто с такими проблемами приходится сталкиваться в медицине, что связано: **1)** с обилием часто встречающихся заболеваний, но с атипичными симптомами; **2)** наличием симптомов-миражей (которые связывают с определенной патологией, тогда как на самом деле они могут не иметь к ней никакого отношения) и болезней-хамелеонов (заболеваний, маскирующихся под другую патологию); **3)** наличием редких заболеваний [16]. Отмечаемый за последнее время лавинообразный рост знаний по всем отраслям медицины, появление новых лекарственных препаратов, методов диагностики и лечения, а также возникновение совершенно новых медицинских специальностей (иммунологии, аллергологии и ряда других) приводят к информационному коллапсу, справиться с которым молодой практикующий врач с помощью стандартных справочных средств не всегда в состоянии. Очевидно, что перевод обучающей литературы в электронную форму (даже при условии своевременного обновления и пополнения данных) также не сможет полностью решить возникшую проблему. Складывающаяся ситуация требует разработки интеллектуальных систем, способных оказать содействие доктору в интерпретации клинических и лабораторных данных и назначении наиболее адекватного лечения больного. В клинической практике такие интеллектуальные системы называют консультативными системами поддержки принятия решений, поскольку они содержат механизм обоснования предлагаемого решения, наиболее полно согласующегося с анализируемыми данными. Благодаря таким системам специалист (врач) получает интеллектуальную поддержку как процесса выдвижения начальной диагностической гипотезы, так и процесса обоснования или опровержения диагноза, то есть получает интеллектуальную поддержку решения прямой и обратной задач в медицине, поэтому такие системы именуют «системами поддержки принятия решений» [14, 17, 18]. Окончательное решение принимает врач, система не навя-

зывает ему ни один из своих выводов, специалист может соглашаться и не соглашаться с предлагаемым заключением, но при этом он получает определенный перечень наиболее близких диагнозов (так называемый дифференциально-диагностический ряд), выдаваемых системой, и их обоснование, что ускоряет процесс постановки окончательного диагноза и назначения адекватного лечения [8].

Клинические интеллектуальные системы находят все большее применение в медицине, позволяя оптимизировать подходы к диагностике и лечению заболеваний, приводя их в соответствие с действующими национальными стандартами диагностики и лечения этих нозологий. В качестве примеров успешного применения таких систем можно привести систему прогнозирования риска развития желчно-каменной болезни у людей с избыточной массой тела, экспертную систему по диагностике и лечению заболеваний предстательной железы, экспертную систему для прогнозирования эпилептических приступов на основе анализа электроэнцефалограмм и экспертную систему для прогнозирования инсультов [20–22].

Процесс интеллектуализации обучения подразумевает использование специальных программных средств, включая СППР, именуемых интеллектуальными учебными средами, обеспечивающих наилучшие условия для усвоения учебного материала. Они содержат технологии создания виртуальной реальности, мультимедиа и гипермедиа [11]. В медицине в качестве примеров таких обучающих систем можно привести следующие: МОДИС (диагностика форм артериальной гипертензии) — демонстрирует обучаемому ход «рассуждений» системы и перечень рассматриваемых диагностических гипотез в процессе вывода решения; ДИАГЕН (дифференциальная диагностика наследственных заболеваний, позволяющая оценить диагностическую значимость отдельных признаков); ДИН (диагностика неотложных состояний, проверяющая правильность диагностического предположения доктора при движении от «диагноза к симптомам»); ГИСТОДЕРМ (гистологическая диагностика дерматологических заболеваний, работающая в режиме изучения строения нормальной кожи, зрительного распознавания 550 гистологических симптомов заболеваний, теоретического усвоения гистологических моделей и клинических проявлений 223 дерматозов); НЕФРОТРЕНАЖЕР (содержит около тысячи диагностических задач различной степени сложности, позволяющих определить уровень знаний слушателей с выдачей рекомендаций по их дальнейшему обучению); ATTENDING (обеспечивает поиск ошибок в предлагаемом плане предоперационной подготовки и выборе способа анестезии с выдачей альтернативного варианта); PHEO-ATTENDING (оценивает действия при обследовании больного с феохромоцитомой с позиций двух различных медицинских школ) [10, 17, 23].

Garg A.X. et al. (2005), основываясь на данных литературы, исследовали влияние 97 клинических систем поддержки принятия решений на практическую деятельность врачей [24]. По результатам исследования выяснилось, что СППР в 64% улучшали качество диагностики, профилактики и лечения заболеваний. Ранее проведенная работа в 1998 году по оценке клинической эффективности СППР дала сходные результаты — СППР в 73% улучшали качество лечебно-диагностической работы в медицинских учреждениях [25]. Leung G.M. et al. (2003) провели исследование, свидетельствующее о более высокой эффективности использования СППР для обучения студентов медицинского факультета в сравнении с традиционными формами преподавания [26]. Барбинов В.В. (1998) в своей работе доказал, что использование экспертных систем (СППР) дает статистически достоверное превосходство над обычными формами обучения в дерматогистопатологии [8].

Системы поддержки принятия решений в медицине являются эффективным и перспек-

тивным средством профилактики врачебных ошибок, используя их, медицинские работники получают консультативную помощь и не только повышают качество принимаемых решений, но и приобретают новые знания. Эти же обстоятельства диктуют необходимость более активной разработки и внедрения интеллектуальных систем в обучение, особенно дистанционное, что позволило бы эффективно и при минимальных затратах проводить его для всех категорий медицинского персонала, не отрывая обучающихся от своих рабочих мест. На основании анализа представленных литературных данных можно сделать следующие выводы:

1) результаты практического использования обучающих систем поддержки принятия решений в медицине свидетельствуют об их более высокой эффективности в сравнении с традиционными образовательными подходами;

2) использование дистанционных обучающих систем позволяет сократить материальные затраты на обучение при сохранении его эффективности;

3) разработка и применение обучающих и клинических СППР позволяют повысить качество лечебно-диагностической и профилактической работы в медицинских учреждениях, являясь значимым фактором развития современной медицины.

Литература

1. Распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17.11.08.

2. *Галанова Г.И.* Врачебная ошибка — проблема не только врача//Менеджер здравоохранения. — 2014. — № 8. — С. 49–52.

3. *Kohn L.T. et al.* To err is human: building a safer health system. — Washington, DC: National Academy Press, 2000. — 287 p.

4. *Шапошников О.К., Браиловский А.Я., Разнатовский И.М., Самцов В.И.* Ошибки в дерматологии. — Л.: Медицина, 1987. — 208 с.

5. *Пашинян А.Г.* Анализ профессиональных ошибок и дефектов оказания дерматовенерологической помощи//Вестн. дерматол. и венерол. — 2004. — № 4. — С. 24–26.

6. *Пашинян А.Г., Елистратова И.В., Арутюнян Г.Б.* Экспертиза врачебных ошибок в дерматовенерологии//Вестн. дерматол. и венерол. — 2007. — № 4. — С. 23–25.

7. *Попов В.Е.* Организационные технологии и системный анализ управления самостоятельной подготовкой студентов (на примере кадровой оптимизации в дерматовенерологии)//Автореферат дис....д-ра мед. наук. — М., 2006. — 38 с.

8. *Барбинов В.В.* Экспертные системы в дерматогистопатологии (инженерия знаний в компьютерных технологиях преподавания и диагностики)//Автореферат дис....д-ра мед. наук. — СПб.: 1998. — 40 с.

9. *Голенков В.В., Емельянов В.В., Тарасов В.Б.* Виртуальные кафедры и интеллектуальные обучающие системы//Новости искусственного интеллекта. — 2010. — № 4. — С. 3–13.

10. *Самцов А.В., Барбинов В.В.* Учебно-исследовательская лаборатория клинической дерматогистопатологии на основе систем искусственного интеллекта//Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2000. — № 1. — С. 94–97.

11. *Путинцев А.Н., Шмелева Н.Н., Гусев К.Я.* Опыт разработки мультимедийных обучающих систем для медицинских учреждений//Врач и информационные технологии. — 2010. — № 2. — С. 55–62.

12. *Астанин С.В., Курейчик В.М., Попов Д.И.* Интеллектуальная образовательная среда дистанционного обучения//Новости искусственного интеллекта. — 2003. — № 1. — С. 7–14.
13. *Таран Т.А., Сирота С.В.* Технология обучения понятиям в интеллектуальных обучающих системах//Новости искусственного интеллекта. — 2006. — № 3. — С. 18–23.
14. *Гаврилова Т.А., Муромцев Д.И.* Интеллектуальные технологии в менеджменте: инструменты и системы. — СПб.: Высшая школа менеджмента, 2007. — 488 с.
15. *Андрейчиков А.В., Андрейчикова О.Н.* Интеллектуальные информационные системы. — М.: Финансы и статистика, 2006. — 424 с.
16. *Ригельман Р.* Как избежать врачебных ошибок. Книга практикующих врачей. — М.: Практика, 1994. — 204 с.
17. *Кобринский Б.А.* Системы поддержки принятия решений в здравоохранении и обучении//Врач и информационные технологии. — 2010. — № 2. — С. 39–45.
18. *Киликовский В.В., Олимпиева С.П.* Технология создания компьютерных консультативных экспертных систем для интеллектуальной поддержки принятия медицинских решений//Врач и информационные технологии. — 2004. — № 9. — С. 22–27.
19. *Liew P.L. et al.* Comparison of artificial neural networks with logistic regression in prediction of gallbladder disease among obese patients//Dig. Liver dis. — 2007. — V. 39. — № 4. — P. 356–362.
20. *Лукьянов И.В.* Экспертная система диагностики и выбора тактики лечения у больных с ДГПЖ//Автореферат дис. ... канд. мед. наук. — М., 2001. — 19 с.
21. *Tzallas A.T. et al.* Automatic seizure detection based on time-frequency analysis and artificial neural networks//Comput. Intell. Neurosc. — 2007. — V. 2007. — P. 80510.
22. *Семак А.Е.* Прогнозирование инсультов с помощью экспертной системы//Инсульт. — 2006. — № 17. — С. 37–41.
23. *Приходина Л.С., Марьянчик Б.В., Длин В.В., Игнатова М.С.* Компьютерная система и нефротренажер для дифференциальной диагностики заболеваний почек у детей с синдромом гематурии//Информационные технологии в здравоохранении. — 2002. — № 8. — С. 16–17.
24. *Garg A.X. et al.* Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes//JAMA. — 2005. — V. 293. — № 10. — P. 1223–1238.
25. *Hunt D.L. et al.* Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes//JAMA. — 1998. — V. 280. — № 15. — P. 1339–1346.
26. *Leung G.M. et al.* Randomized controlled trial of clinical decision support tools to improve learning of evidence based medicine in medical students//BMJ. — 2003. — V. 327. — P. 1090–1096.

UDC 616.5 : 681.5
Kupeeva I.A., Ravodin R.A., Efremov A.A. ***Intelligent tutoring systems as an element of the system to improve the quality of medical care*** *(Department of Medical Education and Personnel Policy in Healthcare, Moscow, Russia; S.M. Kirov's Military Medical Academy, St-Petersburg, Russia)*

Abstract. Problem of quality of medical care is the subject of this article. Application of the intelligent teaching systems is proposed as one of the elements of comprehensive approach to the improvement of healthcare quality. Examples of effective application of intelligent teaching systems in medicine are given.

Keywords: *intelligent systems, support systems clinical decision, distance learning, medicine, dermatovenerology.*

От редакции:

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Правительством Российской Федерации, претерпевает постоянные изменения. И что особенно важно — она становится все более детализированной, все больше определяющей деятельность системы здравоохранения в части не только финансирования, но и способов оплаты медицинской помощи и т.д. Материал данного номера, подготовленный экспертами нашего журнала, посвящен Программе госгарантий на 2015 год.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

О.В. Обухова,
заведующая отделением экономики ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия
А.С. Брутова,
экономист отделения ценообразования высокотехнологичной медицинской помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия
А.А. Совпель,
научный сотрудник отделения экономики ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия

ИЗМЕНЕНИЯ В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2015 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2016 И 2017 ГОДОВ

УДК 614.2
Обухова О.В., Брутова А.С., Совпель А.А. ***Изменения в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (далее — ПГГ 2015). В новой редакции появился раздел, посвященный базовой программе обязательного медицинского страхования, программа расширена приложением с перечнями видов высокотехнологичной медицинской помощи с указанием средних нормативов финансовых затрат. Изменения затронули и состав нормативных показателей. Проведен анализ изменений значений нормативных показателей по сравнению с Программой на 2014–2016 годы (далее — ПГГ 2014).

Ключевые слова: *Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, базовая программа обязательного медицинского страхования, высокотехнологичная медицинская помощь, нормативы.*

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов содержит ряд новых положений, отражающих необходимость выполнения Федеральных законов № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (далее —

© О.В. Обухова, А.С. Брутова, А.А. Совпель, 2015 г.

ФЗ-323) и № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — ФЗ-326) в плане соблюдения единой концепции организации, оказания и финансирования медицинской помощи.

Основным структурным изменением документа является введение Приложения к Программе с двумя перечнями видов высокотехнологичной медицинской помощи (далее — ВМП):

1-й перечень — Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (так называемые «459 методов»). Дополнительно в Программе указано, что субъекты РФ вправе за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ осуществлять финансовое обеспечение дополнительных объемов ВМП (по перечню видов ВМП, определенному в разделе I Приложения к ПГГ-2015), оказываемой медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам государственной власти субъектов РФ.

2-й перечень — Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств, предоставляемых федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в виде иных межбюджетных трансфертов в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и на плановый период (так называемые «1007 методов»).

Статьями 35 и 36 ФЗ-326 регламентируется, что нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения. Поэтому в Программе впервые появился новый показатель — случай госпитализации на 1 жителя. Объем ВМП на 2015 год составляет 0,0041 случая госпитализации, на 2016 год — 0,0047 случая госпитализации, на 2017 год — 0,005 случая госпитализации.

В разделе III «Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно» расширяется нормативно-правовая база, регламентирующая осуществление диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (а именно, удалена часть текста, определяющая, что указанные мероприятия проводятся в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, но вводится необходимость соблюдения соответствия законодательству РФ).

Значимым дополнением раздела III является расширение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний и аудиологического скрининга для отдельных категорий граждан, финансирование которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ.

В документе на 2015–2017 годы информация о базовой программе обязательного медицинского страхования выделена в отдельный раздел, в котором указаны основные виды помощи, оказываемые гражданам в рамках этой программы, порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации, и прочее (раздел IV программы).

В новый раздел перемещена информация по составу комиссии, разрабатывающей

тарифное соглашение на уровне субъекта Российской Федерации, также перенесены сведения по способам оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в РФ (ранее — оказываемой при реализации территориальной программы ОМС). Сами способы при этом не изменились.

Раздел VI «Средние нормативы объема медицинской помощи», помимо нормативов по видам помощи, с 2015 года содержит также нормативы по условиям и формам ее оказания. По сравнению с предыдущей редакцией фактически произошло уточнение содержания раздела. Из формулировки норматива для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, удалено определение обращения (законченного случая лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2). Норматив для медицинской помощи в стационарных условиях, рассчитываемый в 2014 году, в 2015 году уточнен нормативом для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

При рассмотрении значений нормативов объемов медицинском помощи можно отметить, что ни один из них не был повышен в ПГГ-2015 по сравнению с ПГГ-2014. Остались без изменения нормативы на 2015–2016 годы по показателям для скорой медицинской помощи вне медицинской организации (включая медицинскую эвакуацию), для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями (в том числе в рамках базовой программы ОМС), а также для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (в том числе в рамках базовой программы ОМС, а также для реабилитации в специализированных больницах и центрах). Остальные показатели понизились.

Многие планируемые на 2016–2017 гг. показатели в ПГГ-2015 планируются неизменными или изменяются незначительно в большую сторону. Высокими темпами прироста характеризуются такие виды помощи, как медицинская помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в неотложной форме (в рамках базовой программы ОМС), а также специализированная медицинская помощь в стационарных условиях для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций (в рамках базовой программы ОМС).

Значения указанных в Программах нормативов отражены в *таблице 1.*

С 2015 года дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо устанавливаются субъектами Российской Федерации на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов. Объемы медицинской помощи с использованием санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг в труднодоступных населенных пунктах могут устанавливаться в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи.

Из перечня нормативов финансовых затрат в 2015 году исключен норматив на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), поскольку в новой ПГГ-2015 он включен в перечень видов ВМП. Значения нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ, представленных в Программах, отражены в *таблице 2.*

Таблица 1

Средние нормативы объема медицинской помощи по Программам

Показатель (средний норматив объема медицинской помощи)	*Единицы измерения*	*Программа, в которой утвержден показатель*	*Значение показателя по годам*			
			2014	*2015*	*2016*	*2017*
для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию	вызова на 1 застрахованное лицо	2014–2016		0,318		
		2015–2017			0,318	
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала)	посещения на 1 жителя	2014–2016	2,77	2,95	2,98	
		2015–2017		2,90	2,95	2,98
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала) в рамках базовой программы ОМС	посещения на 1 застрахованное лицо	2014–2016	2,27	2,35	2,38	
		2015–2017		2,3	2,35	2,38
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями	обращения на 1 жителя	2014–2016	2,12	2,15	2,18	
		2015–2017		2,15	2,18	2,18
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями в рамках базовой программы ОМС	обращения на 1 застрахованное лицо	2014–2016	1,92	1,95	1,98	
		2015–2017		1,95	1,98	1,98
для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы ОМС	посещения на 1 застрахованное лицо	2014–2016	0,46	0,6	0,6	
		2015–2017		0,5	0,56	0,6
для медицинской помощи в условиях дневных стационаров	пациенто-дня на 1 жителя	2014–2016	0,665	0,710	0,735	
		2015–2017		0,675	0,675	0,675
для медицинской помощи в условиях дневных стационаров в рамках базовой программы ОМС	пациенто-дня на 1 застрахованное лицо	2014–2016	0,55	0,59	0,61	
		2015–2017		0,56	0,56	0,56
для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	случая госпитализации на 1 жителя	2014–2016	0,197	0,193	0,193	
		2015–2017		0,193	0,193	0,193
для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях рамках базовой программы ОМС	случая госпитализации на 1 застрахованное лицо	2014–2016	0,176	0,172	0,172	
		2015–2017		0,172	0,172	0,172

Таблица 1, окончание

Показатель (средний норматив объема медицинской помощи)	Единицы измерения	Программа, в которой утвержден показатель	Значение показателя по годам			
			2014	2015	2016	2017
в том числе для медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	койко-дня на 1 застрахованное лицо	2014–2016	0,030	0,033	0,039	
		2015–2017		0,033	0,039	0,039
для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях	койко-дня на 1 жителя	2014–2016	0,092	0,112	0,115	
		2015–2017		0,092	0,092	0,092

В целом средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ повышены в ПГГ-2015 по сравнению со значениями на 2014 год. При этом минимальным темпом прироста (3,3%) характеризуются стоимостные показатели за счет средств бюджетов. Норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи при использовании средств ОМС повысился в 2015 году на 5,4–15,9% в зависимости от вида медицинской помощи *(табл. 3)*.

Большинство нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи в ПГГ-2015 понизилось по сравнению с прогнозными значениями по ПГГ-2014. Планируемые значения на 2016 год полностью совпадают в обеих Программах по нормативам:

- на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) при финансировании из ОМС;
- на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях при финансировании из ОМС;
- на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров при финансировании из ОМС;
- на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций при финансировании из ОМС.

Увеличение норматива коснулось 2 показателей: на 1 вызов скорой медицинской помощи (рост на 10,3%) и на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях при финансировании из ОМС (рост на 0,1%). Но небольшой рост последнего был скомпенсирован резким снижением этого же норматива при финансировании из бюджетных средств (на 20%, или 16,5 тыс. руб.). Снижение бюджетного финансирования наблюдается по всем видам медицинской помощи в пределах от 14,1 до 21,3%.

Помимо нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, Программой утвержден размер среднего подушевого норматива финансирования.

Уточнено, что районные коэффициенты рассчитываются в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального

Таблица 2

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ

Показатель (средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи)	*Источник финансирования*	*Значение показателя по годам, руб.*		*Темп прироста, %*
		2014	*2015*	
на 1 вызов скорой медицинской помощи	ОМС	1507,4	1710,1	13,4
на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями)	соответствующие бюджеты	360,0	371,7	3,3
	ОМС	318,4	351,0	10,2
на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями)	соответствующие бюджеты	1044,0	1078,0	3,3
	ОМС	932,8	983,4	5,4
на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях	ОМС	406,6	449,3	10,5
на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров	соответствующие бюджеты	559,4	577,6	3,3
	ОМС	1227,9	1306,9	6,4
на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)	ОМС	113 109,0	–	–
на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	соответствующие бюджеты	61 732,8	63 743,8	3,3
	ОМС	19 186,2	22 233,1	15,9
на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций	ОМС	1293,8	1539,3	19,0
на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода)	соответствующие бюджеты	1654,3	1708,2	3,3

фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Суммарный размер среднего подушевого норматива финансирования по Программе имеет положительную динамику как в ПГГ-2014, так и в ПГГ-2015. Размер финансиро-

Таблица 3

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программами

Показатель (средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи)	*Источник финансирования*	*Программа, в которой утвержден показатель*	*Значение показателя по годам, руб.*			*Изменение норматива в 2016 г.*	
			2015	*2016*	*2017*	*Абс., руб.*	*Относит., %*
на 1 вызов скорой медицинской помощи	ОМС	2014–2016	1582,8	1635,6		168,6	10,3
		2015–2017		1804,2	1948,9		
на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями)	соответствующие бюджеты	2014–2016	448,9	468,2		−79,8	−17,0
		2015–2017		388,4	405,1		
	ОМС	2014–2016	351,0	355,5		0,0	0,0
		2015–2017		355,5	386,7		
на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями)	соответствующие бюджеты	2014–2016	1256,9	1310,9		−184,4	−14,1
		2015–2017		1126,5	1174,9		
	ОМС	2014–2016	1023,2	1066,5		−27,1	−2,5
		2015–2017		1039,4	1160,3		
на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях	ОМС	2014–2016	449,3	452,2		0,0	0,0
		2015–2017		452,2	491,9		
на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров	соответствующие бюджеты	2014–2016	734,5	766,8		−163,2	−21,3
		2015–2017		603,6	629,5		
	ОМС	2014–2016	1309,1	1323,4		0,0	0,0
		2015–2017		1323,4	1433,2		
на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)	ОМС	2014–2016	119 964,1	125 962,0		–	–
на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	соответствующие бюджеты	2014–2016	79 668,6	83 094,0		−16 481,7	−19,8
		2015–2017		66 612,3	69 476,6		
	ОМС	2014–2016	22 452,3	23 544,2		15,1	0,1
		2015–2017		23 559,3	26 576,2		

Таблица 3, окончание

Показатель (средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи)	Источник финансирования	Программа, в которой утвержден показатель	Значение показателя по годам, руб.			Изменение норматива в 2016 г.	
			2015	2016	2017	Абс., руб.	Относит., %
на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций	ОМС	2014–2016	1539,3	1623,4		0,0	0,0
		2015–2017		1623,4	1826,4		
на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода)	соответствующие бюджеты	2014–2016	2137,0	2228,9		–443,8	–19,9
		2015–2017		1785,1	1861,8		

вания среднего подушевого норматива за счет средств ОМС на финансирование базовой программы ОМС за счет субвенций Федерального фонда ОМС понизился в 2015 году на 2,6%, а в 2016 году — на 1,5%. Гораздо большие изменения затронули финансирование за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов: в 2015 году произошло снижение в 4 раза (с 12 097 до 3338 руб.), а в 2016 году — в 3,6 раза (с 12 642 до 3489 руб.). Средние подушевые нормативы финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда ОМС сформированы без учета средств бюджета Федерального фонда ОМС, направляемых в виде иных межбюджетных трансфертов в федеральный бюджет на оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, по перечню видов ВМП (раздел II Приложения к ПГГ-2015). *Рисунок 1* иллюстрирует динамику структуры подушевого норматива.

С 2015 года расширены критерии, которые учитываются при дифференциации нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, по видам, формам, условиям и этапам оказания медицинской помощи:

- особенности половозрастного состава и плотности населения,
- транспортная доступность,
- уровень и структура заболеваемости населения,
- климатические и географические особенности регионов.

Раздел VIII «Требования к территориальной программе в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи» расширен рядом требований, которым должна соответствовать территориальная программа. Так, дано уточнение по срокам ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме: сроки ожидания оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи не превышают 30 дней со дня выдачи лечащим врачом направления

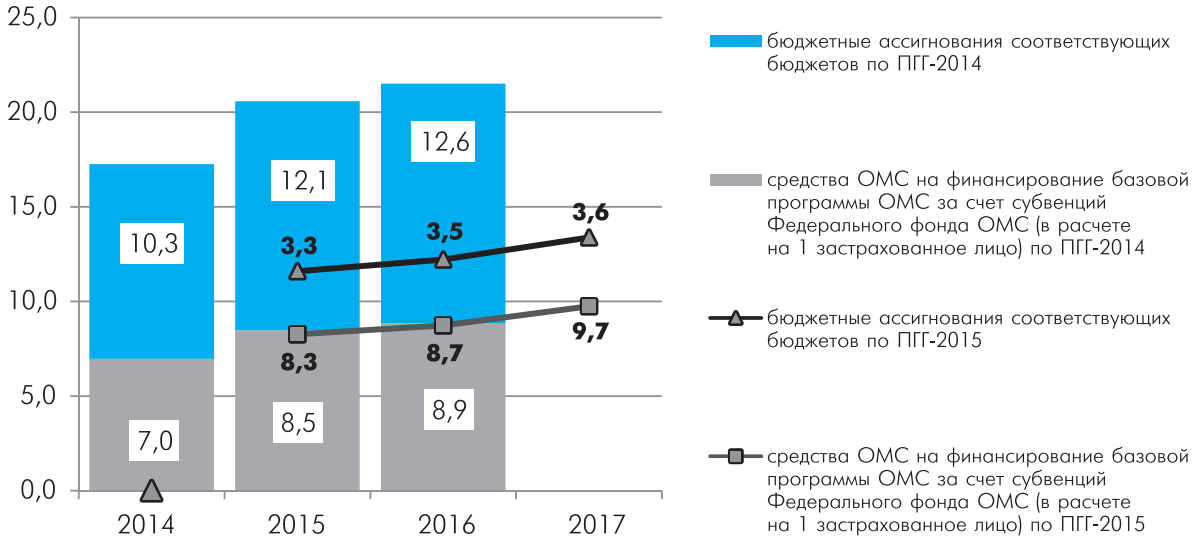

Рис. 1. **Средний подушевой норматив финансирования, предусмотренный Программами (без учета расходов федерального бюджета) по источникам финансирования в Программах различных годов, тыс. руб.**

на госпитализацию, сроки проведения консультаций врачей-специалистов — 10 рабочих дней со дня обращения.

С точки зрения необходимости выполнения перехода на страховые принципы, одним из которых, согласно ФЗ-326, является устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования, в Программе госгарантий на 2015–2017 годы появился пункт о необходимости учитывать сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, при формировании территориальной программы государственных гарантий.

Изменился состав критериев доступности и качества медицинской помощи. Дополнительно введены следующие показатели:

- доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте;
- доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года;
- доля умерших в возрасте 0–4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0–4 лет;
- доля умерших в возрасте 0–17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте 0–17 лет;
- доля впервые выявленных случаев туберкулеза в ранней стадии в общем количестве случаев выявленного туберкулеза в течение года.

Критерии — доля расходов на оказание паллиативной медицинской помощи в общих расходах на территориальную программу и удельный вес числа лиц в возрасте 18 лет и старше, прошедших диспансеризацию, в общем количестве лиц в возрасте 18 лет и старше, подлежащих диспансеризации, в том числе проживающих в городской и сельской местности, — из ПГГ-2015 исключены.

Некоторые критерии были переформулированы. Так, вместо пункта «удельный вес числа пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних стадиях, в общем числе пациентов с впервые выявленными злокачественными новообразованиями» появился пункт «доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года». Из показателя «количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромболизисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда и с острыми цереброваскулярными болезнями, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи» удалены сведения по острым цереброваскулярным болезням.

Из критериев доступности медицинской помощи частичное изменение претерпел один пункт: доля объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной гражданам, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена медицинская организация, подведомственная федеральному органу исполнительной власти, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией. Введено уточнение, что целевое значение этой доли — не менее 50%.

Указанные ранее 2 критерия доступности («удельный вес расходов на оказание медицинской помощи за счет средств ОМС в общем объеме расходов федеральной медицинской организации», «доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях») исключены из ПГГ-2015. Взамен введен критерий — доля доходов за счет средств ОМС в общем объеме доходов медицинской организации, подведомственной федеральному органу исполнительной власти (целевое значение для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу ОМС, — не менее 20%).

По поводу возможности расширения объемов, финансовых условий и видов медицинской помощи Федеральным законом № 326 установлено, что норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям в дополнение к установленным базовой программой ОМС. В указанных случаях финансовое обеспечение осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы ОМС.

В целях формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий на 2015 год и плановый период 2016–2017 гг. Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Фондом обязательного медицинского страхования 12 декабря 2014 года направило руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и директорам территориальных фондов обязательного медицинского страхования разъяснительное письмо № 11-9/10/2-9388.

Таким образом, Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи приобретает все большее значение в регулировании деятельности системы здравоохранения.

Литература

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

2. Постановление Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

3. Разъяснительное письмо № 11-9/10/2-9388 от 12 декабря 2014 года «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий на 2015 год и плановый период 2016–2017 гг.».

4. *Обухова О.В., Кадыров Ф.Н.* Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете Программы государственных гарантий//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 11. — С. 6–13

5. *Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В.* О некоторых вопросах, связанных с переходом на одноканальное финансирование//Менеджер здравоохранения. — 2012. — № 11. — С. 6–13.

UDC 614.2

Obuhova O.V., BrutovaA.S., Sovpel A.A. ***Changes in the Program of State guarantees for free medical aid provision to the population in 2015 and plans for 2016 and 2017 years*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)*

Abstract. By issuing a resolution № 1273 dated on 28th of November 2014 the Government of Russian Federation approved a Program of State guarantees for free medical aid provision to the population in 2015. In the new revision there was a new section dedicated to program of mandatory medical insurance, the program is expanded by appendix with a list of types of high technological medical aid with the indication of average financial expenses normatives. The changes have also affected the set of normative indexes. There has been conducted an analysis of changing values of normative indexes in comparison with the program for 2014–2016 years (further-PGG 2014).

Keywords: *Program of state guarantees for provision of free medical aid to the population, standard program of mandatory medical insurance system, high-technological medical aid.*

ВЕРОНИКА СКВОРЦОВА: НУЖНО ВОССОЗДАТЬ ВЕРТИКАЛЬ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В настоящее время в стране нет единой программы оптимизации систем здравоохранения субъектов. Существуют только единые критерии качества и эффективности работы системы здравоохранения. Об этом заявила глава Минздрава России **Вероника Скворцова**, выступая с докладом на заседании Общероссийского народного фронта. По словам министра, к таким критериям, в частности, относятся время ожидания плановой медицинской помощи и время приема участковых специалистов.

Министр при этом подчеркнула, что во время совместной работы с регионами были четко определены требования к оптимизационным мероприятиям. Опровергая слухи о якобы проводимой Минздравом реформе здравоохранения, предусматривающей сокращение коек, Вероника Скворцова отметила, что ни в коем случае нельзя сокращать маломощные лечебно-профилактические учреждения: участковые и районные, в сельской местности или в удаленных районах страны. Также нельзя сокращать детские койки и койки скорой медицинской помощи, сказала министр.

Источник: Medvestnik.ru

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

Сейчас на этапе подписания эффективного контракта с работниками возник вопрос — изменяется ли дата заключения нового трудового договора — эффективного контракта и его номер, который является приложением к дополнительному соглашению. Или эффективный контракт будет иметь тот же номер и дату, что и на момент трудоустройства? Если номер и дата договора присваиваются новые, нужно ли прописывать фразу, что «Настоящий трудовой договор отменяет действие договора от 12.11.2009, например...». И дату начала работы какую прописывать — когда человек был принят (а это, возможно, и 20 лет назад) или дату подписания договора? Но при этом тогда получается, что все социальные гарантии работник приобретает заново — например, отпуск.

В распоряжении Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы» (далее — Распоряжение № 2190-р) говорится: «в учреждениях будет проведена работа по заключению в установленном порядке ***дополнительных соглашений к трудовым договорам*** с работниками в целях уточнения показателей, критериев, условий и размеров осуществления стимулирующих выплат».

Таким образом, с сотрудниками, с которыми ранее уже были заключены трудовые договоры, эти трудовые договоры не расторгаются, в них лишь вносятся изменения. Это еще и требование Трудового кодекса. Соответственно даты, номер договора сохраняются прежними, действие прежнего трудового договора не отменяется.

Однако при этом нужно иметь в виду следующее. В Распоряжении № 2190-р говорится, что речь идет лишь об уточнении «показателей, критериев, условий и размеров осуществления стимулирующих выплат». Но в этом же распоряжении предложена новая форма трудового договора, которая может существенно отличаться от той, по которой трудовой договор заключался, например, 20 лет назад. Поэтому в дополнительном соглашении к трудовому договору целесообразно прописать фразу примерно следую-

щего содержания: «Изложить текст трудового договора в следующей редакции». А далее текст трудового договора приводится в редакции Распоряжения № 2190-р. При этом в целом форму берем новую, но даты и номер — старые.

Если после введения эффективного контракта, в дальнейшем, спустя какое-то время, возникнет необходимость внести изменения в алгоритм расчета баллов и т.д. при расчете выплат стимулирующего характера, то нужно будет менять и положение об оплате труда, и сам трудовой договор с работником? Нужно вновь повторять всю ту же сложную процедуру, что и при переходе на эффективный контракт?

Уведомлять работника за два месяца необходимо в любом случае. Но если в трудовом договоре приведена только ссылка на положение об оплате труда, в соответствии с которым рассчитываются баллы и т.д., то администрация учреждения обязана уведомить работника с этими изменениями в положении, однако сам трудовой договор при этом не меняется. Таким образом, если в трудовом договоре имеется только ссылка на порядок начисления выплат стимулирующего характера, то это облегчает работу по изменению условий оплаты труда в дальнейшем. Но эффективный контракт — это конкретизированный трудовой договор, поэтому прибегать к ссылкам (не указывая порядок начисления выплат в самом трудовом договоре) целесообразно лишь в случаях, когда алгоритм расчета баллов или иных показателей сложный, описание которого занимает много места, как это имеет место, например, в Приказе Минздрава России от 28.06.2013 № 421 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников».

Кто должен подписывать уведомление об изменении условий трудового договора? Главный врач или начальник отдела кадров?

Подписать уведомление об изменении условий трудового договора может лицо, уполномоченное выступать от имени работодателя — учреждения. В общем случае — это руководитель учреждения (главный врач, начальник медсанчасти и т.д.), что отражается в уставе учреждения. Но по доверенности или в соответствии с приказом подписывать уведомление может и иное лицо, уполномоченное руководителем учреждения, например, начальник отдела кадров.

Вы предлагали трудовой договор работнику выдавать без подписи руководителя. Наш отдел кадров утверждает обратное. Не могли бы вы обосновать как все-таки правильно?

Речь шла о том, что при уведомлении работника целесообразно вместе с уведомлением предложить работнику еще и проект дополнительного согла-

шения к трудовому договору, но в руки пациенту давать экземпляры, не подписанные руководителем учреждения.

Смысл одновременного вручения вместе с уведомлением проекта дополнительного соглашения к трудовому договору заключается в следующем. В соответствии со статьей 74 Трудового кодекса о предстоящих изменениях определенных сторонами условий трудового договора работодатель обязан уведомить работника в письменной форме не позднее, чем за два месяца. Введение эффективного контракта предполагает, что меняются условия трудового договора, связанные с оплатой труда (вводятся показатели и критерии оценки деятельности работников, условия начисления выплат стимулирующего характера и т.д.). Но вводимая форма эффективного контракта (трудового договора в новой форме) может существенно отличаться от той, что была заключена раньше (в связи с изменением трудового законодательства и т.д.). Указывать в уведомлении изменения всех положений трудового договора — крайне сложная и трудоемкая задача. Поэтому-то рекомендуется вместе с уведомлением вручать работнику еще и само дополнительное соглашение (обязательно указав это в самом уведомлении). Тогда уведомление работника будет исчерпывающим.

Однако, получив на руки подписанное со стороны администрации учреждения дополнительное соглашение к трудовому договору, работник может не пожелать подписывать это дополнительное соглашение со своей стороны. Если же работнику вручено дополнительное соглашение, не подписанное руководителем учреждения, то теперь уже сам работник становится заинтересованным иметь на руках документ, подписанный со стороны администрации (как четкое свидетельство взаимоотношения сторон, как документ, с которым можно обратиться в суд, и т.д.). Это один из способов «подтолкнуть» работника к подписанию дополнительного соглашения, объяснив, в соответствии со статьей 74 Трудового кодекса администрация вправе изменить условия трудового договора в одностороннем порядке и отсутствие подписи работника ничего не меняет. Но работники могут этого не понимать и полагать, что отсутствие подписи не позволит «запустить» механизм эффективного контракта. Работники не правы, но результатом этой неправоты могут стать жалобы, скандалы и т.д., которые лучше предотвратить. Да и проверяющие могут придираться к отсутствию в дополнительном соглашении подписи сотрудника. Непонимание проверяющих может иметь еще более неприятные последствия, чем непонимание работников. Поэтому нужно использовать весь арсенал аргументации для того, чтобы убедить работников подписать дополнительное соглашение.

Законодательство не регламентирует очередность подписания договоров, в том числе трудовых. Первым может подписать трудовой договор и сотрудник учреждения. Ваш отдел кадров, очевидно, исходил из того, что прикладывать к уведомлению «пустой» документ без всяких подписей нельзя. Да, для юридической корректности — нельзя. Но вовсе не обязательно на этом этапе (на этапе уведомления) ставить в договоре подпись именно руководителя (тем более, что работник может еще отказаться от продолжения работы на новых условиях). Достаточно все страницы проекта договора завизировать тем же лицом, кто будет подписывать уведомления (кто получил от руководителя такие полномочия). Скорее всего это будет начальник отдела кадров.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

О ФИНАНСИРОВАНИИ В 2015 Г. ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОМС

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2014 г. № 1559 «Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2015 году оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации в федеральных государственных учреждениях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в федеральный бюджет»

Разработаны правила финансового обеспечения в 2015 г. оказания россиянам высокотехнологичной медпомощи, не включенной в базовую программу ОМС, в ФГУ за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из бюджета ФФОМС.

Приведена формула расчета трансфертов. Минздрав России в течение первых 10 рабочих дней 2015 г. направляет в Фонд сведения о полученной сумме в отношении каждого главного распорядителя.

Фонд в течение 10 рабочих дней с момента получения информации принимает решение о предоставлении трансфертов. После этого вносит изменения в сводную бюджетную роспись своего бюджета. Затем направляет главным распорядителям уведомления о расчетах.

Главные распорядители определяют размер субсидии. Формула также приводится.

Неиспользованные на 1 января 2016 г. остатки трансфертов возвращаются в бюджет Фонда.

Постановление вступает в силу с 1 января 2015 г.

СФОРМИРОВАНЫ СПИСОК ЖНВЛ НА 2015 Г. И МИНИМАЛЬНЫЙ АССОРТИМЕНТ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ

Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. № 2782-р

На 2015 г. определен перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медприменения (ЖНВЛ).

Также составлен список препаратов для медприменения, в том числе назначаемых по решению врачебных комиссий. Приведен новый перечень лекарств для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом; лиц после трансплантации органов и (или) тканей. Прежний с учетом изменений утрачивает силу.

Определен минимальный ассортимент лекарственных препаратов для оказания медпомощи.

До 27 февраля 2015 г. Минздрав России должен будет зарегистрировать предельные отпускные цены производителей на препараты из списка ЖНВЛ.

Перечни и ассортимент вступают в силу с 1 марта 2015 г. До этой даты применяется список ЖНВЛ на 2012 г.

РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ РЕГИОНАМ СУБСИДИЙ НА КАПВЛОЖЕНИЯ В ОБЪЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И МУНИЦИПАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2014 г. № 1573 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета в рамках государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной собственности субъектов Российской Федерации, которые осуществляются из бюджетов субъектов Российской Федерации, или в целях предоставления соответствующих субсидий из бюджетов субъектов Российской Федерации местным бюджетам на софинансирование капитальных вложений в объекты муниципальной собственности, которые осуществляются из местных бюджетов»

Утверждены новые правила предоставления регионам субсидий на софинансирование капвложений в объекты госсобственности субъектов, которые производятся из бюджетов последних, или для выделения соответствующих средств местным бюджетам.

Мероприятия реализуются в рамках госпрограммы по развитию здравоохранения.

Субсидии предоставляются по итогам отбора регионов. Перечислены основные его критерии.

Размер субсидии определяется актом Президента РФ или Правительства РФ либо в соответствии с их поручениями о строительстве (реконструкции, в том числе с элементами реставрации, техническом перевооружении) или о приобретении с учетом количественной оценки соответствующих затрат. Уровень софинансирования расходного обязательства региона не может быть установлен выше 95% самого обязательства.

Средства перечисляются на основании соглашения с Минздравом России. Определены его условия. Перечислены показатели результативности использования субсидий.

Ранее изданные постановления Правительства РФ по вопросам предоставления субсидий на объекты в сфере здравоохранения и соцразвития признаны утратившими силу.

Постановление вступает в силу с 1 января 2015 г.

СЕЛЬСКИМ ФАРМАЦЕВТАМ И МЕДИКАМ РЕШЕНО ПОМОЧЬ С ОПЛАТОЙ ЖИЛЬЯ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ

Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2014 г. № 1607 «О ежемесячных денежных выплатах по оплате жилого помещения и коммунальных услуг медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и работающим в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятым на должностях в федеральных государственных учреждениях»

Медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и исполняющим обязанности в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), состоящим в штате по основному месту работы в ФГУ, ежемесячно выделяются средства на оплату жилья и коммунальных услуг. Размер — 1200 руб.

Исключения — сотрудники, пользующиеся правом на аналогичные выплаты, установленные федеральными законами, нормативными правовыми актами регионов и органов местного самоуправления.

Урегулированы вопросы покрытия возникающих затрат. Это происходит в пределах средств федерального бюджета, предусматриваемых федеральным органам исполнительной власти, к ведению которых относятся ФГУ.

В 2015 г. затраты производятся за счет ассигнований федерального бюджета по подразделу «Общеэкономические вопросы» раздела «Национальная экономика» классификации расходов на финансовое обеспечение по решениям Правительства РФ дополнительных мер соцподдержки граждан. В частности, для Минздрава России предусматриваются 24,3 млн. руб., для ФАНО России — 979,2 тыс. руб., для ФСКН России — 892,8 тыс. руб.

Минздраву России совместно с Минфином России поручено определить порядок предоставления вышеуказанных выплат. Постановление вступает в силу с 1 января 2015 г.

ПОСОБИЕ ПО УХОДУ ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ ДЕТЬМИ БУДУТ ВЫПЛАЧИВАТЬ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ИМИ 18 ЛЕТ

Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 495-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

Поправки касаются выплаты пособий по уходу за детьми (инвалидами; ВИЧ-инфицированными; при болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественных новообразованиях, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей).

Ранее пособие в указанных случаях выплачивалось при уходе за детьми в возрасте до 15 лет. Поправками возраст детей увеличен до 18 лет.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2015 г.

ОНКОБОЛЬНЫМ СТАНЕТ ПРОЩЕ ПОЛУЧИТЬ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ

Федеральный закон от 31 декабря 2014 г. № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах» (не вступил в силу)

Скорректирован Закон о наркотических средствах и психотропных веществах.

Определены понятия реализации и отпуска наркотических средств, психотропных веществ.

Госполитика в сфере оборота наркотиков, психотропных веществ и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту строится на определенных принципах.

К ним дополнительно отнесена доступность наркотических средств и психотропных веществ гражданам, которым они необходимы в медицинских целях.

Предусмотрен отпуск наркотических и психотропных препаратов гражданам в медорганизациях или обособленных подразделениях таких организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации.

Запрещено отпускать наркотические средства и психотропные вещества, внесенные в Список II, по рецепту, выписанному более 15 (а не 5) дней назад.

Нельзя требовать возврат первичных и вторичных (потребительских) упаковок использованных в медицинских целях наркотических и психотропных препаратов при выписке новых рецептов на такие препараты.

При осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и внесенных в Список I прекурсоров, любые операции, в результате которых изменяются количество и состояние данных субстанций, регистрируются в специальных журналах.

Журналы хранятся в течение 5 лет после внесения в них последней записи (ранее — 10 лет).

Федеральный закон вступает в силу по истечении 180 дней после даты его официального опубликования.

УВЕДОМЛЕНИЕ О НАЧАЛЕ ВЕДЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СФЕРЕ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЗДЕЛИЙ ПОДАЕТСЯ В РОСЗДРАВНАДЗОР

Постановление Правительства РФ от 17 декабря 2014 г. № 1385 «О внесении изменений в Правила представления уведомлений о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности и учета указанных уведомлений»

С 1 января 2014 г. был введен уведомительный порядок начала ведения деятельности в сфере обращения медицинских изделий (кроме проведения клинических испытаний медизделий, их производства, монтажа, наладки, применения, эксплуатации, в том числе техобслуживания, а также ремонта).

Установлено, что уведомление подается в Росздравнадзор.

Определен состав выполняемых в рамках указанной деятельности работ и услуг. Это технические испытания, токсикологические исследования, изготовление, ввоз в Россию, вывоз из нее, хранение, транспортировка, реализация, утилизация, уничтожение медизделий.

Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

КАКИЕ БОЛЕЗНИ — ПРЕПЯТСТВИЕ ДЛЯ ОТБЫВАНИЯ АДМИНИСТРАТИВНОГО АРЕСТА?

Постановление Правительства РФ от 12 декабря 2014 г. № 1358 «Об утверждении перечня заболеваний, препятствующих отбыванию административного ареста» (не вступило в силу)

Установлен перечень заболеваний, препятствующих отбыванию административного ареста.

В него, в частности, включены любые острые инфекционные заболевания в тяжелой стадии и (или) заразные для окружающих, злокачественные новообразования IV стадии, сахарный диабет с осложнениями, эпилепсия, все заболевания, травмы и отравления, требующие оказания экстренной медицинской помощи.

Наличие заболевания подтверждается медицинским заключением. На его основании исполнение постановления об административном аресте может быть приостановлено или прекращено.

НА КАКИЕ ЕЩЕ ЦЕЛИ ФГБУ МИНЗДРАВА РОССИИ ПОЛУЧАТ СУБСИДИИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 ноября 2014 г. № 736н «О внесении изменений в перечень субсидий на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ), предоставляемых Министерством здравоохранения Российской Федерации федеральным государственным бюджетным учреждениям, в отношении которых Министерство здравоохранения Российской Федерации осуществляет функции и полномочия учредителя, и цели их предоставления, являющийся приложением № 1 к Правилам предоставления в 2013–2015 годах из федерального бюджета федеральным государственным бюджетным учреждениям, в отношении которых Министерство здравоохранения Российской Федерации...»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 26 ноября 2014 г. Регистрационный № 34 931.

Дополнен перечень субсидий на цели, не связанные с возмещением нормативных затрат на оказание (выполнение) государственных услуг (работ), предоставляемых Минздравом России ФГБУ, в отношении которых оно реализует функции и полномочия учредителя.

Речь идет о следующих направлениях. Компенсация расходов, связанных с оказанием в 2014 г. медпомощи гражданам Украины и апатридам, постоянно проживавшим на данной

территории, вынужденно покинувшим страну и прибывшим в Россию в экстренном массовом порядке. Возмещение затрат на оплату стоимости проезда и провоза багажа к месту использования отпуска и обратно для лиц, работающих в бюджетных организациях, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, и членов их семей. Финансирование услуг по сопровождению реализации крупных инвестпроектов с госучастием в сфере капстроительства (реконструкции и реставрации).

КАКОВЫ ТРУДОВЫЕ ФУНКЦИИ МИКРОБИОЛОГА?

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 октября 2014 г. № 865н «Об утверждении профессионального стандарта «Микробиолог» (не вступил в силу)
Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 ноября 2014 г. Регистрационный № 34 868.

Разработан профстандарт «Микробиолог». Он содержит описание трудовых функций, требования к образованию, опыту работы, особые условия допуска к исполнению обязанностей. Возможное наименование должности — лаборант-микробиолог.

Цель деятельности — оценка качества и безопасности гидробионтов, среды их обитания и продуктов из них.

СПЕЦОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА НЕ ДОЛЖНА ПОВЛИЯТЬ НА ЗАРПЛАТУ МЕДИКОВ, ДАЖЕ ЕСЛИ УСЛОВИЯ РАБОТЫ СТАНУТ ДОПУСТИМЫМИ?

Телеграмма Минтруда России (Министерство труда и социальной защиты РФ) от 19 декабря 2014 г. № 15-0/10/П-7498

В Минтруд России поступает информация о недопустимых фактах снижения уровня гарантий и компенсаций отдельным медработникам. В связи с этим указано следующее.

С 1 января 2014 г. введена специальная оценка условий труда. Она заменила аттестацию рабочих мест. Однако нельзя снижать ранее действовавшие размеры компенсаций за «вредность», ухудшать условия их предоставления без подтверждения улучшения условий труда результатами специальной оценки.

Если объективно будут установлены допустимые условия труда, то ранее получаемые надбавки можно направлять на сохранение уровня оплаты труда работников с учетом выполнения показателей эффективности.

Нельзя уменьшать фонд оплаты труда. Необходимо сохранить достигнутый уровень зарплаты медработников.

ПРИВЛЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ИЗ ОДНИХ РЕГИОНОВ В ДРУГИЕ: ПОПРАВКИ К ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ

Федеральный закон от 22 декабря 2014 г. № 425-ФЗ «О внесении изменений в Закон Российской Федерации «О занятости населения в Российской Федерации» в части повышения мобильности трудовых ресурсов и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации»

Скорректирован Закон о занятости населения. Поправки касаются повышения мобильности трудовых ресурсов. Предусмотрено, что Правительство РФ вправе утверждать перечень регионов, привлечение трудовых ресурсов в которые является приоритетным.

Регионы при этом смогут разрабатывать и реализовывать программы повышения мобильности трудовых ресурсов, предусматривающие создание условий для привлечения трудовых ресурсов регионов, не включенных в перечень.

Программа разрабатывается с учетом реализации в регионе инвестиционных проектов и заключенных с работодателями соглашений об участии в программе.

Правительство РФ установит правила предоставления регионам, включенным в перечень, субсидий на реализацию дополнительных мероприятий, направленных на повышение мобильности трудовых ресурсов.

В соглашении прописываются меры поддержки, включая выплаты, предоставляемые работодателем гражданину, привлекаемому с целью трудоустройства из другого региона.

Введена статья об информационно-аналитической системе Общероссийской базы вакансий «Работа в России». Она будет содержать сведения о возможностях трудоустройства, работодателях, испытывающих потребность в работниках, актуальных свободных рабочих местах и вакантных должностях, гражданах, ищущих работу.

Поправки вступают в силу с 01.01.2015.

СКОРРЕКТИРОВАНА ФОРМА ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ И ОПЛАТУ МЕДПОМОЩИ ПО ОМС

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2014 г. № 590н «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 5 ноября 2014 г. Регистрационный № 34 561.

Внесены изменения в Приказ Минздравсоцразвития России, которым утверждена типовая форма договора о финансовом обеспечении ОМС.

С 30 до 50% увеличен размер средств заявки на авансирование и получение целевых средств на 2015 г.

Аналогичные изменения внесены в форму типового договора на оказание и оплату медпомощи по ОМС.

ЧТО ГРОЗИТ МЕДОРГАНИЗАЦИИ, ПРИМЕНЯЮЩЕЙ СТАВКУ ПО НАЛОГУ НА ПРИБЫЛЬ 0%, ЕСЛИ ОНА ВОВРЕМЯ НЕ ПРЕДСТАВИТ В НАЛОГОВУЮ СВЕДЕНИЯ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНА ПОДАВАТЬ ЕЖЕГОДНО?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина России от 10 ноября 2014 г. № 03-03-10/56596 «О правомерности применения организацией, осуществляющей медицинскую деятельность, ставки налога на прибыль организаций 0% в последующих налоговых периодах в случае представления сведений, предусмотренных пунктом 6 статьи 284.1 Налогового кодекса РФ, с нарушением срока при соблюдении условий, установленных пунктом 3 статьи 284.1 Налогового кодекса РФ»

Организации, осуществляющие меддеятельность, вправе применять нулевую ставку по налогу на прибыль при соблюдении условий, установленных НК РФ.

НК РФ также установлено дополнительное требование к организациям, осуществляющим меддеятельность. По окончании каждого налогового периода, в течение которого применяется ставка 0%, и в сроки, установленные для подачи налоговой декларации, нужно представлять в налоговый орган сведения о доле доходов от осуществления меддеятельности, о количестве работников, о численности медперсонала, имеющего сертификат специалиста.

При несоблюдении установленных сроков с начала налогового периода, данные за который не были представлены, применяется ставка 20%.

Кроме того, отмечается следующее. Организации, применявшие нулевую ставку и перешедшие на ставку 20%, не вправе повторно перейти на ставку 0% в течение 5 лет.

Таким образом, указанное ограничение права на повторное применение ставки 0% действует только в том случае, когда организация применяла ставку 0%, а потом перешла на ставку 20%.

При этом в случае несвоевременного представления сведений по итогам налогового периода, в котором организация рассчитывала применить нулевую ставку, указанное ограничение права на повторное применение ставки 0% не действует.

В рассматриваемой ситуации сумма налога на прибыль подлежит восстановлению и уплате в бюджет по ставке 20% с первого числа этого налогового периода. Следовательно, ставка 0% в этом налоговом периоде фактически не применялась.

КАКИЕ ЕЩЕ ВАКЦИНЫ ЗАКУПАЮТСЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 октября 2014 г. № 668н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 апреля 2013 г. № 195н «О формах заявок на поставку медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках Национального календаря профилактических прививок, и отчетов об использовании медицинских иммунобиологических препаратов, закупленных в рамках Национального календаря профилактических прививок» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 ноября 2014 г. Регистрационный № 34 804.

Скорректирована форма заявки на поставку медицинских иммунобиологических препаратов в рамках Национального календаря профилактических прививок.

Она дополнена графами для отражения сведений о вакцинах для профилактики пневмококковых инфекций.

Напомним, что заявку подают в Минздрав России подведомственные ему федеральные медучреждения, ФМБА России и региональные органы власти в области здравоохранения. Срок предоставления — не позже 15 декабря текущего года.

Соответствующие изменения внесены в форму отчета об использовании препаратов.

ВВОЗ В РОССИЮ УЗИ АППАРАТОВ: НУЖНА ЛИ ЛИЦЕНЗИЯ МИНПРОМТОРГА РОССИИ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций от 23 сентября 2014 г. № 06ПА-62367 «Об импорте ультразвукового медицинского оборудования»

Организации радиочастотной службы выдают заключения о соответствии технических характеристик ввозимого в Россию ультразвукового медицинского диагностического оборудования требованиям ГКРЧ. При этом в заключениях указано, что названная аппаратура не является ни радиоэлектронным средством, ни высокочастотным устройством (ВЧУ). Следовательно, импортируется без лицензии Минпромторга России.

Роскомнадзор разъясняет данную ситуацию.

В составе УЗИ аппарата имеется генератор электрических сигналов. Он является высокочастотным и подпадает под определение ВЧУ. ВЧУ — это оборудование или приборы, которые предназначены для генерирования и использования радиочастотной энергии в том числе в медцелях. Исключение — применение в области электросвязи.

ВЧУ, оборудование и аппаратура промышленного, научного и медназначения, включающие в себя высокочастотные генераторы, ограничены к ввозу на территорию Таможенного союза (ТС). Частота электрических сигналов генератора, входящего в состав УЗИ аппаратуры, находится в диапазоне радиочастотного спектра от 3 кГц до 3 ТГц. УЗИ оборудование — это аппаратура УЗИ сканирования. Она входит в группу ТН ВЭД ТС 9018.

Таким образом, все товары указанной группы ТН ВЭД ТС, которые имеют высокочастотные генераторы, ограничены к ввозу в ТС. Исключение — ВЧУ мощностью не более 5 Вт, использующие определенные полосы радиочастот или радиочастоты (установлены решением Коллегии ЕЭК от 16.08.2012 № 134).

УСТАНОВЛЕНИЕ ИНВАЛИДНОСТИ: СТЕПЕНЬ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА БУДУТ ОЦЕНИВАТЬ ПО НОВОЙ СИСТЕМЕ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 сентября 2014 г. № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 20 ноября 2014 г. Регистрационный № 34 792.

Обновлена классификация основных видов стойких расстройств функций организма человека. Предусмотрены 4 степени стойких нарушений функций организма. Они выделены на основе количественной системы оценки степени выраженности нарушений, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100 (с шагом в 10%).

Приведена количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Она содержит наименования болезней, травм или дефектов и их последствия; клинико-функциональную характеристику стойких нарушений функций организма и соответствующую количественную оценку степени их выраженности.

Классификации основных категорий жизнедеятельности человека и степени выраженности ограничений этих категорий не изменились. Критерии установления групп инвалидности также остались прежними.

В 2015–2017 ГГ. РАСХОДЫ ФФОМС ПРЕВЫСЯТ ЕГО ДОХОДЫ НА 94,8 МЛРД. РУБ.

Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»

Утвержден бюджет ФФОМС на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг.

Запланированы доходы в сумме 1632,3 млрд. руб., 1706,5 млрд. руб. и 1804,1 млрд. руб. по годам соответственно. Они складываются в основном за счет поступлений взносов на ОМС (в 2015 г. — 98,5%, в 2016 г. — 98,5%, в 2017 г. — 99,9%).

Общий объем расходов на 2015 г. составит 1675,3 млрд. руб., на двухлетний плановый период — соответственно 1758,3 млрд. руб. и 1804,1 млрд. руб. Таким образом, ожидается дефицитный бюджет (превышение расходов над доходами — 94,8 млрд. руб.).

В 2015 г. с учетом принятых решений предусматривается увеличение зарплаты медработников на уровень инфляции — на 5,5%, что потребует пересмотра соответствующих «дорожных карт».

На оказание высокотехнологичной медпомощи с учетом увеличения ее объемов к 2017 г. в 1,5 раза потребуются 82,1 млрд. руб. в 2015 г., 99,5 млрд. руб. — в 2016 г. и 103,5 млрд. руб. — в 2017 г. Распределены межбюджетные трансферты.

Для привлечения медкадров на село выделяются ассигнования на единовременные компенсационные выплаты в размере 3,2 млрд. руб.

Установлен коэффициент удорожания стоимости медуслуг для определения размера взносов на ОМС неработающего населения. В 2015 г. — 1.

КРЫМ И СЕВАСТОПОЛЬ: ПОПРАВКИ К ЗАКОНУ ОБ ОМС И НЕКОТОРЫМ ДРУГИМ

Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 418-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»

Урегулированы вопросы расчета взносов на ОМС неработающего населения в Крыму и Севастополе. В 2015 г. он определяется как произведение численности неработающего населения на 1 апреля 2014 г. и тарифа.

В 2015 г. объем субвенций из бюджета Фонда, выделяемых территориальным фондам Республики и города, устанавливается исходя из численности постоянного населения на 1 апреля 2014 г. и коэффициента дифференциации 1.

Продлено действие единовременных компенсаций медработникам в возрасте до 45 лет, имеющим высшее медобразование, прибывшим в 2015 г. на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок. В 2015 и 2016 гг. предусматривается передача из бюджета ФФОМС федеральному дотации на сбалансированность.

Ряд изменений касается финансирования высокотехнологичной медпомощи. Так, сохранен порядок финансового обеспечения, в том числе посредством предоставления субсидий регионам. Это позволит увеличить объемы оказания таких услуг к 2017 г. в 1,5 раза.

Закреплены особенности финансирования меддеятельности, связанной с донорством органов человека в целях трансплантации (пересадки).

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2015 г., за исключением отдельных положений, для которых предусмотрены иные сроки.

ДОСТУПНАЯ СРЕДА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ: ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПОПРАВКИ

Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов»

Усовершенствован порядок установления инвалидности. Критерий «ограничение жизнедеятельности» не применяется при установлении группы инвалидности и категории «ребенок-инвалид». Вместе с тем этот критерий сохраняется для признания лица инвалидом и для принятия индивидуальной программы реабилитации. Такой подход позволяет свести к минимуму роль субъективных оценок экспертов и устанавливать группу инвалидности по объективным критериям степени нарушений функций организма.

Закрепляется принцип недопущения дискриминации по признаку инвалидности. Вводится абилитация инвалидов. Это система и процесс формирования отсутствующих у них способностей к образовательной, профессиональной, бытовой, общественной, досугово-игровой и иной деятельности.

Ряд мер призван повысить обязательность и эффективность выполнения мероприятий индивидуальной программы реабилитации (абилитации) инвалида.

Предусмотрено ведение федерального реестра инвалидов.

Особое внимание уделено обеспечению доступности для инвалидов различных объектов и услуг (учреждений культуры и искусства, медицинских организаций, транспортных объектов, объектов связи, избирательных участков и др.). Прописываются минимальные стандарты доступности. Закрепляется, что инвалидам оказывается помощь в преодолении различных барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Предусмотрена возможность вызова инвалидами экстренных оперативных служб путем отправки СМС-сообщения. Более доступными для инвалидов должны стать и многоквартирные дома. Официальные сайты органов власти всех уровней также должны стать доступными для инвалидов по зрению.

Кроме того, в органах внутренних дел должны появиться сотрудники, владеющие навыками русского жестового языка.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2016 г., кроме отдельных положений, для которых предусмотрены иные сроки введения в действие.

ВО СКОЛЬКО ОБОЙДЕТСЯ МЕДОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЬГОТНИКОВ В 2015 Г.?

Федеральный закон от 1 декабря 2014 г. № 400-ФЗ «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2015 год» (не вступил в силу)

Некоторые граждане вправе получать дополнительную бесплатную медпомощь. Речь идет об обеспечении лекарствами, медизделиями и специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

Согласно поправкам норматив затрат на оплату указанной помощи в 2015 г. составит 707 руб. на 1 гражданина в месяц.

В 2014 г. норматив установлен в сумме 671 руб.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2015 г.

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

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

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

Периодичность — 10 выпусков в год.

В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:
Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **660 руб.**
- на полугодие – **3300 руб.**
- **5800 руб. – годовая** *(стоимость 1 номера по годовой подписке — 580 руб.)*

НДС не облагается.
Доставка включена в стоимость подписки.

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

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

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

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2015 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Уважаемые читатели!

В последнее время участились случаи невыполнения некоторыми альтернативными агентствами своих обязательств по доставке журналов нашим подписчикам. Просим Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

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

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

В Н И М А Н И Е !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису. Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы. Вопросы принимаются по факсу *(495) 618-07-92* и электронной почте *idmz@mednet.ru.*

Менеджер
здравоохранения