ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1.2016

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Продолжается подписка на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2016 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 2016 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 «Агентство «Урал-Пресс» http://www.ural-press.ru/ Тел.: (495) 789-86-36

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.*

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Организация профилактической помощи в центре здоровья медицинского учреждения, не имеющего прикрепленного населения, в современных условиях
- ☑ Анализ нормативно-правовой базы организации амбулаторной помощи пациентам с поздними осложнениями сахарного диабета
- ☑ Оценка качества и эффективности медицинской помощи по медицинской реабилитации
- ☑ Оценка нуждаемости населения региона в кардиохирургических вмешательствах
- ☑ Экономическая эффективность мероприятий по противодействию распространения наркомании и алкоголизма
- ☑ Структурный подход при диагностике заболеваний почек по биохимическим данным

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

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№1
2016

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

Определены победители в номинациях «Наиболее оригинальная публикация, или цикл публикаций 2015 года» и «Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением» Издательского дома «Менеджер здравоохранения» 6–7

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Организация и результаты мониторинга медико-экономических показателей высокотехнологичной медицинской помощи
В.И. Перхов, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, С.Г. Горин 8-13

Результаты экспертной оценки существующей организации амбулаторной специализированной помощи больным с поздними осложнениями сахарного диабета и ее эффективности
О.В. Удовиченко, Е.А. Берсенева, Д.О. Мешков 14-23

SWOT-анализ как инструмент стратегического планирования при совершенствовании диагностической службы частной медицинской клиники
М.Г. Москвичева, Д.В. Бережков 24-32

Оптимизация организационных моделей санаторно-курортного лечения как фактор эффективности международной интеграции в области здравоохранения
О.Е. Перфилова, Е.Е. Шиган 33-38

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

Случаи заболеваний и исходы беременности у женщин в г. Москве за период с 2010 по 2014 г.
М.А. Иванова, А.В. Ворыханов, А.В. Поликарпов 39-44

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

О некоторых проблемах определения потребности в больничных койках (по материалам Самарской области)
И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева 45-51

ТОЧКА ЗРЕНИЯ

Проблема учета различных элементов при оценке величины минимального размера оплаты труда в медицинской организации
П.В. Волжанин 52-55

КОНСУЛЬТИРУЕТ МЗ

Парадоксы финансирования здравоохранения в 2016 году: в системе ОМС обнаружились лишние средства, которые будут изъяты в федеральный бюджет
Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.С. Брутова 56-67

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

Проблемы оплаты имплантов, не вошедших в утвержденный перечень имплантов, используемых при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий
Ф.Н. Кадыров 68

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 69-72

ОБЗОР НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

73-80

«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 в 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 2016 г.
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

№1
2016

Contents:

NOMINEES

There are defined winners in nominees of Publishing House «Manager of Health Care» 6-7

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Organisation and outcomes of monitoring medical-economical factors of high-technology medical aid
V.I. Perkhov, O.V. Obukhova, I.N. Bazarova, S.G. Gorin 8-13

Chronic complications of diabetes mellitus: specialized outpatient medical service organization and efficacy according to experts' opinion survey
O.V. Udovichenko, E.A. Berseneva, D.O. Meshkov 14-23

SWOT analysis as an instrument of strategic planning while enhancing private medical clinic diagnostic service
M.G. Moskvicheva, D.V. Berezhkov 24-32

Optimization of organizational models sanatorium treatment as a factor in the effectiveness of international integration in the field of health
O.E. Perfilova, E.E. Shigan 33-38

MEDICAL STATISTICS

Incidents of morbidity and outcomes of pregnancy among women in Moscow in the period between 2010 and 2014 years
M.A. Ivanova, A.V. Vorihanov, A.V. Polikarpov 39-44

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

FINANCIAL MANAGEMENT

On particular issues of defining the demand for hospital beds (according to data from Samara region)

I.A. Geht, G.B. Artemieva 45-51

SPECIAL OPINION

The issue of accounting various elements of payroll while evaluating the minimal wage

P.V. Volzhanin 52-55

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

The paradoxes of health care funding in 2016: the system of mandatory health care insurance policies recorded extra funds, which will be withdrawn back into the federal budget

F.N. Kadyrov, O.V. Obuhova, A.S. Brutova 56-67

PROBLEM STATEMENT

The issues with payments for implants, not registered on the approved list of implants, used when providing medical aid within a state guarantees program

F.N. Kadyrov 68

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 69-72

ACTUAL NORMATIVE DOCUMENT 73-80

ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ГОЛОСОВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНЫ ПОБЕДИТЕЛИ В НОМИНАЦИИ «НАИБОЛЕЕ ОРИГИНАЛЬНАЯ ПУБЛИКАЦИЯ, ИЛИ ЦИКЛ ПУБЛИКАЦИЙ 2015 ГОДА» И «НАИБОЛЕЕ ОРИГИНАЛЬНОЕ МЕНЕДЖЕРСКОЕ РЕШЕНИЕ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ» ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

На основании подведения итогов голосования членов редколлегии и читателей журнала победителем в номинации **«Наиболее оригинальная публикация, или цикл публикаций 2015 года»** признаны

Игорь Абрамович Гехт,

д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, г. Самара

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»
Конкурс «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2015 года»
Менеджер здравоохранения
ДИПЛОМ
Награждается
Игорь Абрамович ГЕХТ
За цикл публикаций:
• Особенности финансирования общей врачебной практики: опыт Самарской области... (МЗ-1, с. 23-27)
• О некоторых проблемах функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования... (МЗ-2, с. 35-36)
• О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования... (МЗ-3, с. 16-21)
• О некоторых вопросах межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования... (МЗ-9, с. 31-36)
Главный редактор журнала
Академик РАМН
В.И.Стародубов
Москва, 2015 год

Галина Борисовна Артемьева,

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

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»
Конкурс «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2015 года»
Менеджер здравоохранения
ДИПЛОМ
Награждается
Галина Борисовна АРТЕМЬЕВА
За цикл публикаций:
• Особенности финансирования общей врачебной практики: опыт Самарской области... (МЗ-1, с. 23-27)
• О некоторых проблемах функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования... (МЗ-2, с. 35-36)
• О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования... (МЗ-3, с. 16-21)
• О некоторых вопросах межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования... (МЗ-9, с. 31-36)
Главный редактор журнала
Академик РАМН
В.И.Стародубов
Москва, 2015 год

за цикл публикаций:

• Особенности финансирования общей врачебной практики: опыт Самарской области... (*МЗ-1,* с. 23–27)

• О некоторых проблемах функционирования страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования... (*МЗ-2,* с. 33–36)

• О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования... (*МЗ-3,* с. 16–21)

• О некоторых вопросах межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования... (*МЗ-8,* с. 31–36)

Алексей Анатольевич Старченко,

член Общественного совета при Минздраве России, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, Россия

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»
Журнал «Менеджер здравоохранения»

Конкурс «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2015 года»

Менеджер здравоохранения

ДИПЛОМ

Награждается

Алексей СТАРЧЕНКО

За цикл публикаций:

• Понижающий коэффициент к штрафным санкциям в системе ОМС – угроза равноправию граждан на надлежащее качество медицинской помощи вне зависимости от места их проживания... (МЗ-2, с. 51–58)

• Цена экспертной деятельности в системе ОМС: объективный и субъективный взгляд на моральные и материальные стимулы... (МЗ-3, с. 58–64)

• Поручения Президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения... (МЗ-4, с. 64–67)

• Страсти по независимой медицинской экспертизе – какой ей быть в России? ... (МЗ-5, с. 51–59)

• Экспертная деятельность страховых медицинских организаций как вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию... (МЗ-6, с. 47–53)

• Конституционный Суд Российской Федерации об институте посмертной врачебной тайны... (МЗ-8, с. 57–61)

• Критерии оценки качества медицинской помощи: важный шаг в направлении уважения прав пациентов, врачей и экспертов... (МЗ-9, с. 55–62)

Главный редактор журнала
Академик РАМН *В.И.Стародубов*

Москва, 2015 год

за цикл публикаций:

• Понижающий коэффициент к штрафным санкциям в системе ОМС – угроза равноправию граждан на надлежащее качество медицинской помощи вне зависимости от места их проживания... (*МЗ-2,* с. 51–58)

• Цена экспертной деятельности в системе ОМС: объективный и субъективный взгляд на моральные и материальные стимулы... (*МЗ-3,* с. 58–64)

• Поручения Президента России: обязательства медицинских страховщиков по действенной защите прав граждан в сфере здравоохранения... (*МЗ-4,* с. 64–67)

• Страсти по независимой медицинской экспертизе – какой ей быть в России? ... (*МЗ-5,* с. 51–59)

• Экспертная деятельность страховых медицинских организаций как вариант реализации предоставления страхового обеспечения по обязательному медицинскому страхованию... (*МЗ-6,* с. 47–53)

• Конституционный Суд Российской Федерации об институте посмертной врачебной тайны... (*МЗ-8,* с. 57–61)

• Критерии оценки качества медицинской помощи: важный шаг в направлении уважения прав пациентов, врачей и экспертов... (*МЗ-9,* с. 55–62)

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» на 2015 год.

В.И. Перхов,
д.м.н, заведующий отделением ценообразования высокотехнологичной медицинской помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России,
О.В. Обухова,
к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России,
И.Н. Базарова,
экономист отделения ценообразования высокотехнологичной медицинской помощи ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России
С.Г. Горин,
заместитель главного врача по хирургии госпиталя для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы

ОРГАНИЗАЦИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 614.2

Перхов В.И., Обухова О.В., Базарова И.Н., Горин С.Г. ***Организация и результаты мониторинга медико-экономических показателей высокотехнологичной медицинской помощи*** *(ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы)*

Аннотация. В статье рассматриваются некоторые организационно-методические подходы к построению мониторинговых информационных систем высокотехнологичной медицинской помощи. Авторы приходят к выводу, что существует необходимость формирования специальных мониторинговых систем и баз данных, основанных на персонифицированном учете наиболее существенных признаков объекта наблюдения. Материалы статьи могут быть использованы при проектировании информационных систем для сферы практического применения высоких медицинских технологий в условиях одноканального финансирования.

Ключевые слова: *информатизация здравоохранения, одноканальное финансирование, высокотехнологичная медицинская помощь*

Актуальность. Современная, особенно высокотехнологичная медицинская помощь (далее по тексту – ВМП) есть результат работы сложной системы, предполагающей взаимодействие не только врачей, медсестер и другого персонала медицинских организаций, а также руководителей этих организаций, их учредителей, страховых фондов и компаний. В результате этого взаимодействия вырабатываются в том числе управленческие решения.

В условиях расширения хозяйственной самостоятельности государственных учреждений, сокращения бюджетного финансирования здравоохранения, расширения базовой программы ОМС и внедрения способов оплаты медицинской помощи на основе клинико-статистических групп особую ценность для управленческих решений приобретает информация о результатах медицинской и финансовой деятельности медицинских учреждений. Источником этой информации могут служить

© В.И. Перхов, О.В. Обухова, И.Н. Базарова, С.Г. Горин, 2016 г.

систематизированные базы данных, формируемые во внутриучрежденческих информационных системах [1,2,3,4]. Информационной технологией, обеспечивающей значительные преимущества информационных систем, реализованных современными программно-техническими средствами, является организация наблюдения объектов и процессов на постоянной основе (мониторинг) [5].

Мониторинговые системы, содержащие медико-экономические показатели деятельности медицинских учреждений, должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить простой и эффективный поиск информации и ее предоставление пользователям, имеющим доступ к этой информации (органам государственной власти или учредителям государственных учреждений, а также научным организациям).

Показатели деятельности медицинских учреждений содержатся в формах статистического учета, а также в документах, размещенных в Интернете. В частности, казенные и государственные бюджетные учреждения обязаны ежегодно, начиная с 2012 г., размещать в Интернете (http://bus.gov.ru/) в установленном порядке документы о своей деятельности (п.п. 3.3–3.5 ст. 32 Федерального закона № 7-ФЗ). Эти документы включают план финансово-хозяйственной деятельности учреждения, государственное задание на оказание услуг (выполнение работ), годовую бухгалтерскую отчетность, отчет о результатах своей деятельности и об использовании закрепленного за ними государственного (муниципального) имущества и другие материалы.

Приказом Минздрава России от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи...» утверждены соответствующие формы статистического учета и отчетности.

Данные, содержащиеся в формах статистического учета, а также документы, размещенные в Интернете, безусловно, позволяют выполнить общую оценку результативности (уровень достижения плановых показателей) и эффективности (затраты на единицу объема услуг или работ) работы учреждений. Однако эти данные нельзя использовать для углубленного управленческого анализа, включающего, например, разделение затрат между различными профилями, видами и методами высокотехнологичной помощи, а также по направлениям расходов (зарплата, материальные запасы и т.д.), проведение сравнительного анализа расходов между учреждениями.

Цель работы: определить особенности построения мониторинговых информационных систем, позволяющих получить совокупность выходных показателей, необходимых для анализа, контроля, планирования, управления высокотехнологичной медицинской помощью.

В качестве базы исследования послужили 9 учреждений, получивших в 2015 году государственное задание на предоставление ВМП за счет средств федерального бюджета. Для получения необходимого объема сведений была разработана таблица в приложении Excel, которую заполняли исследуемые учреждения. При заполнении формы использовались справочники диагнозов (на основе МКБ-Х), а также методов ВМП (в соответствии с приложениями к постановлению Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» [6]).

Для изучения расходов, которые несут медицинские организации при оказании ВМП по профилю «травматология и ортопедия» в рамках настоящего исследования нами был разработан специальный статистический инструмент сбора информации. В качестве единицы исследования выбран случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств федерального бюджета с применением одного или нескольких методов ВМП, завершившийся выпиской пациента из медицинской организации, переводом в другую медицинскую организацию или смертью пациента (т.н. «законченный случай госпитализации»).

Сфера охраны здоровья гражданина требует первоочередной защиты информации о частной жизни лица. Однако аналитическая работа, основанная на уже агрегированных данных, не дает тех тонких результатов, которые можно получить при анализе персонифицированной информации. В рамках данного исследования обезличивание выполнено путем уменьшения перечня сведений, подлежащих автоматизированной обработке. В частности, исключены сведения о фамилии, имени и отчестве пациента, а также о его месте проживания.

Одной из особенностей представления экономической информации в рамках настоящего исследования является разнесение затрат на 2 группы:

• непосредственно связанные с оказанием ВМП (включая затраты на оплату труда с начислениями на выплаты по оплате труда работников, непосредственно связанных с оказанием государственной услуги, включая страховые взносы, затраты на приобретение материальных запасов и особо ценного движимого имущества, потребляемых (используемых) в процессе оказания государственной услуги, в том числе затраты на арендные платежи, иные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной услуги в соответствии со статьями КОСГУ)

• затраты на общехозяйственные нужды в рамках случая оказания ВМП (включая затраты на коммунальные услуги, затраты на содержание объектов недвижимого имущества, необходимого для выполнения государственного задания и для общехозяйственных нужд, в том числе на основании договора аренды или договора безвозмездного пользования (далее – имущество, необходимое для выполнения государственного (муниципального) задания, в том числе затраты на арендные платежи)); затраты на содержание объектов особо ценного движимого имущества, необходимого для выполнения государственного задания; затраты на приобретение услуг связи; затраты на приобретение транспортных услуг; затраты на оплату труда с начислениями на выплаты по оплате труда работников, которые не принимают непосредственного участия в оказании государственной услуги; затраты на прочие общехозяйственные нужды в соответствии со статьями КОСГУ)

Всего форма сбора содержит 41 графу с наиболее существенными признаками законченного случая оказания медицинской помощи. К этим признакам были отнесены пол пациента, сведения о дате рождения пациента, сведения о дате госпитализации, хирургического вмешательства и выписки, код основного диагноза по МКБ-Х. Основной диагноз отражает состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов.

Фактические расходы, связанные с оказанием ВМП, включали: затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании ВМП (КОСГУ 211–213); затраты на приобретение нефинансовых активов (материальных запасов), потребляемых в процессе оказания ВМП (КОСГУ 340); расходы на медикаменты, перевязочные средства; расходы на изделия медицинского назначения, медицинскую технику, вживляемые в организм пациента; расходы на питание; прочие расходы; затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников, которые не принимают непосредственного участия в оказании ВМП (АУП, АХЧ и иной персонал) (КОСГУ 211–213); затраты на приобретение услуг связи (КОСГУ 221); затраты на приобретение транспортных услуг (КОСГУ 222); затраты на коммунальные услуги (КОСГУ 223); затраты на содержание имущества, налоги (КОСГУ 225;226;290); увеличение стоимости основных средств (КОСГУ 310); прочие затраты.

В результате проведенного сбора информации удалось создать базу данных и осуществить

углубленный анализ случаев оказания ВМП по профилю «травматология и ортопедия».

В частности, анализ позволил выявить связь затрат на оказание ВМП с половозрастной характеристикой пролеченных больных. В ходе исследования установлено, что преимущественно ВМП по профилю «травматология и ортопедия» оказывается в основном лицам старше трудоспособного возраста, в большей степени женщинам.

Исследование нозологической структуры пролеченных больных в разрезе возрастных групп, типов вмешательств и объемов затрат позволило провести оценку частоты применения тех или иных методов ВМП, а также обосновать необходимость перегруппировки методов высокотехнологичной медицинской помощи с учетом фактических затрат на их применение.

Анализ средней длительности лечения пациентов в объеме законченного случая лечения, включая длительность предоперационной подготовки пациентов, позволил определить оптимальные сроки госпитализации и сроки предоперационной подготовки для случаев применения методов ВМП с указанием допустимых пределов отклонения от средних значений. Например, в рамках исследования выявлено, что длительность лечения пациентов в объеме законченного случая с применением методов ВМП по профилю «травматология и ортопедия» находится в интервале от 2 до 72 дней и в среднем составляет 12,7 дня. Средняя длительность предоперационной подготовки пациентов для оказания высокотехнологичной медицинской помощи составляет 4 дня и находится в интервале от 0 до 9 дней.

Исследование показало, что нормативные затраты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» соответствуют фактическим затратам в среднем всего на 30%. При этом наименьшие различия между фактическими и нормативными затратами имеют место в новых федеральных центрах травматологии, ортопедии и эндопротезирования.

В ходе исследования установлено, что в среднем долевое соотношение прямых и косвенных расходов медицинских организаций, оказывающих ВМП по профилю «травматология и ортопедия», составляет 80% и 20% соответственно. Анализ также показал наличие существенных различий между нормативными показателями доли расходов на заработную плату, утвержденными приказом Минздрава России от 31.12.2014 № 968н «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации 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» и фактическими данными. Эти различия достигают двукратной величины по таким методам ВМП, как различные способы имплантации эндопротеза сустава, декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства на позвоночнике и другим.

Выводы и рекомендации

Существует проблема обеспечения органов государственной власти, а также учредителей и руководителей государственных учреждений аналитической информацией о фактических медико-экономических показателях медицинской помощи, оказываемой в рамках государственных заданий или по договорам ОМС. Эти показатели могут стать основой для оценки результативности работы учреждений, в том числе путем сравнения учреждений, а также для оптимизации тарифов в системе ОМС и нормативов финансовых затрат в бюджетной системе финансирования.

Безусловно, согласно закону Спенсера, каждый может принять решение, располагая

достаточной информацией. Хороший руководитель способен принять решение, располагая недостаточной информацией, а идеальный руководитель способен принять решение, не зная решительно ничего. Однако вряд ли этот закон распространяется на современную систему здравоохранения.

Во-первых, профессиональные организаторы здравоохранения («идеальные руководители») в последнее десятилетие по ряду причин утратили возможность существенно влиять на планы развития и результаты деятельности системы общественного здравоохранения.

Во-вторых, действующая система статистической отчетности медицинских учреждений отражает агрегированные данные и не позволяет изучить медико-экономические характеристики конкретных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Поэтому существует необходимость формирования специальных управленческих мониторинговых систем и баз данных. Вся информация в этих системах должна быть увязана с физическим лицом, получившим медицинскую помощь, а цельный образ законченного случая оказания медицинской помощи должен быть сформирован путем накопления и сбережения наиболее существенных признаков этого случая, включающих затраты на оказание медицинской помощи.

Затраты лечебного учреждения очень разнородны. Однако и все их виды можно разделить всего на две группы: на непосредственно связанные с оказанием ВМП («прямые» или «переменные») и накладные («косвенные» или «постоянные»), включающие содержание административно-управленческих подразделений, общехозяйственные затраты. Первая группа затрат включает оказанные медицинские услуги и потребленные пациентом аптечные товары. Вторая группа – все остальные затраты за определенный период времени, отнесенные на случай госпитализации как доля их суммарного размера за отчетный период. Вычисление этой доли можно выполнить разными способами, например, с учетом количества койко-дней, проведенных пациентом в рамках каждого случая госпитализации. Исследование затрат в разрезе статей расходов позволяет обоснованно нормировать расходы и производить их индексацию с целью защиты от инфляции.

Анализ соотношения размера действующего норматива финансовых затрат и фактически произведенных затрат позволяет не только оценить полноту действующих тарифов на ВМП, но и планировать объемы приносящей доход деятельности для покрытия дефицита финансирования из бюджета и ОМС. Важно также отметить, что в условиях поступления денежных средств из разных источников необходимо обеспечить распределение суммарных «косвенных» расходов по каждому конкретному источнику финансирования.

Литература

1. *Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В., Бурштейн Б.Д., Солодкий В.А., Перхов В.И.* Результаты и перспективы использования административных баз данных для анализа результатов оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «сердечно-сосудистая хирургия» // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – № 6. – С. 5–12.

2. *Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Сорокина Ю.А.* Проблемы финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 1. – С. 54–64.

3. *Кущ О.В., Артамонова Г.В., Барбараш Л.С.* Социальная эффективность инновационных технологий оказания медицинской помощи при болезнях системы кровообращения в Кемеровской области // Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2015;41(1).

URL: http://vestnik.mednet.ru /content/view/646/30/lang.ru/ (дата обращения: 23 августа 2015).
4. *Обухова О.В.* Высокотехнологичная медицинская помощь в системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 4. – С. 33–41.
5. *Савостина Е.А.* Автореферат диссертации д.м.н. по теме «Научное методологическое обоснование формирования региональной информационной системы здравоохранения на основе современных программных технологий». URL: http://tekhnosfera.com/view/257108/a#?page=1
6. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». URL: http://government.ru/media/files/z4YWAm1KswA.pdf (дата обращения: 23 июня 2015).

UDK 614.2

Perkhov V.I., Obukhova O.V., Bazarova I.N., Gorin S.G. ***Organisation and outcomes of monitoring medical-economical factors of high-technology medical aid*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, veteran's hospital № 2 Moscow Public Health Department)*

Abstract. This article explores individual organisational-methodological approaches to constructing monitoring informational systems of high technology medical aid. Authors conclude that there is a necessity to create unique monitoring systems and databases, formed by personified audit of the most significant signs of surveillance subject.

Article's materials can be used while modelling information systems for practical implementation of high medical technology in circumstances of one stream financing.

Keywords: *informatization of healthcare, one channel financing, high technology medical aid*

12-й международный форум
MedSoft - 2016
Выставка и конференция
«Медицинские информационные технологии»

22-24 марта
Москва
ЭКСПОЦЕНТР

Генеральный спонсор
InterSystems

Спонсоры
smart delta systems
СП АРМ информационные технологии

Информация по тел.:
(495) 728-64-32

ВХОД НА ВЫСТАВКУ СВОБОДНЫЙ,
УЧАСТИЕ В МЕРОПРИЯТИЯХ ДЕЛОВОЙ ПРОГРАММЫ БЕСПЛАТНОЕ

ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИИ:
- Информационные системы медучреждений и органов управления здравоохранением
- Региональные системы
- Электронные регистратуры ЛПУ
- Компьютерные системы для исследований и диагностики (функциональная и лучевая диагностика, лабораторные исследования)
- Системы компьютеризации массовых исследований и профилактики
- Лабораторные информационные системы
- Системы обработки изображений
- Электронные медицинские карты
- Компьютерные системы в фармации
- Компьютерные системы в стоматологии
- Телемедицинские системы. Медицинский Интернет
- Интеллектуальные медицинские системы
- Обучающие системы. Электронные атласы. Мультимедийные системы

и многое другое

Адрес:
ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»,
павильон №2, зал №5
Краснопресненская наб.,14

Проезд:
ст.м. «Выставочная»

Программа конференции и список участников опубликованы на сайте WWW.ARMIT.RU

О.В. Удовиченко,
к.м.н., врач-эндокринолог кабинета «Диабетическая стопа» ГБУЗ «Городская поликлиника № 22 ДЗМ», Москва, Россия, email: ovu2003@mail.ru
Е.А. Берсенева,
д.м.н., заведующая отделом информационных технологий в здравоохранении ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Семашко», Москва, Россия, e-mail: eberseneva@gkb-31.ru
Д.О. Мешков,
д.м.н., руководитель сектора координации научных исследований ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Семашко», Москва, Россия, email: meshkovdo@nriph.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПОЗДНИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

УДК 614.2

Удовиченко О.В., Берсенева Е.А., Мешков Д.О. ***Результаты экспертной оценки существующей организации амбулаторной специализированной помощи больным с поздними осложнениями сахарного диабета и ее эффективности*** *(ГБУЗ «Городская поликлиника № 22 ДЗМ»; ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Семашко», Москва, Россия)*

Аннотация. В России с конца 1990-х годов действуют междисциплинарные структуры для оказания специализированной амбулаторной помощи пациентам с поздними осложнениями сахарного диабета: кабинеты «Диабетическая стопа», кабинеты диабетической ретинопатии, иногда – кабинеты диабетической нефропатии. Нами был проведен опрос экспертов (общим числом 22 из 12 регионов РФ) для анализа нынешнего состояния системы специализированной амбулаторной помощи больным с указанными состояниями, оценки необходимости и разработки возможных путей ее улучшения. Необходимость в специализированных кабинетах «Диабетическая стопа» видят 100% экспертов, кабинетах диабетической ретинопатии – 95%, кабинетах диабетической нефропатии – 52%. О работе таких кабинетов в их регионах сообщили, соответственно, 85%, 52% и 15% экспертов. Основными преградами для создания и развития таких амбулаторных структур названы во всех трех случаях недостаток финансирования и отсутствие квалифицированных кадров. Эффективность лечения пациентов в кабинетах «Диабетическая стопа» (там, где они действуют) считают эффективной 47% опрошенных, в кабинетах диабетической ретинопатии – 55%.
Таким образом, (1) необходимость специализированных амбулаторных структур по лечению и профилактике синдрома диабетической стопы и диабетической ретинопатии неоспорима, но сомнительна в отношении диабетической нефропатии; (2) эффективность работы этих кабинетов недостаточно высока, что требует значительной работы по укомплектованию их квалифицированными кадрами (что невозможно без достаточного финансирования), обучению врачей и контролю качества их работы; (3) имеются признаки недостаточного охвата пациентов с СД такой специализированной амбулаторной помощью, что требует увеличения числа таких кабинетов, формирования потока больных от врачей первичного звена.

Ключевые слова: *сахарный диабет; синдром диабетической стопы; диабетическая ретинопатия; диабетическая нефропатия; организация амбулаторной помощи; экспертный анализ*

© О.В. Удовиченко, Е.А. Берсенева, Д.О. Мешков, 2016 г.

Сахарный диабет (СД) – хроническое заболевание с неуклонно возрастающей распространенностью, представляющее собой серьезную медико-социальную и экономическую проблему. Основной причиной инвалидизации и смертности при СД являются его осложнения, которые подразделяются на ранние («острые») и поздние («хронические»). К острым осложнениям относятся коматозные состояния, а к хроническим (поздним) – поражения ряда органов вследствие многолетней гипергликемии. В силу повышенной чувствительности ряда органов и тканей к гипергликемии, наиболее актуальными хроническими осложнениями сахарного диабета являются диабетическая нефропатия (ДН), диабетическая ретинопатия (ДР), полинейропатия, ангиопатия и синдром диабетической стопы (СДС). О социальной значимости этих осложнений говорит то, что при относительно небольшой распространенности СД в российской популяции (до 4%) более половины членов Московского общества слепых – больные с СД, а более 50% нетравматических ампутаций в мире и в России являются результатом синдрома диабетической стопы.

Поздние осложнения СД находятся на стыке разных медицинских дисциплин. В 1980–90-е гг. было показано, что создание специальных междисциплинарных структур (кабинеты или клиники специализированной амбулаторной помощи) значительно повышает эффективность лечения по сравнению с «традиционным» подходом, где лечение СД проводит эндокринолог, а лечение осложнений – другие специалисты (хирурги, окулисты, неврологи), которые часто плохо знают особенности диабетических поражений этих органов [1–4].

С учетом того, что СД – хроническое пожизненное заболевание, оптимальной моделью организации помощи таким пациентам является амбулаторная. Значительная часть госпитализаций пациентов с осложнениями СД является необоснованной, но стационарному лечению не было альтернативы в силу низкой эффективности лечения при «традиционном» амбулаторном подходе. Создание вышеупомянутых междисциплинарных структур позволяет в значительной мере перенести лечение осложнений СД из стационарной в амбулаторную службу (стационар-замещающая технология).

В России такие междисциплинарные структуры созданы относительно недавно (с конца 1990-х годов). Действующий в настоящее время Приказ МЗРФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология»»* содержит в числе приложений Положения о кабинете диабетической стопы и кабинете диабетической ретинопатии, регламентирующие их деятельность. Находясь на стыке различных медицинских дисциплин, эти структуры занимают особое место в системе амбулаторной помощи. И хотя оказание специализированной медицинской помощи – прерогатива стационаров, используется также термин «**первичная специализированная** медико-санитарная помощь», определяемая как специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях**.

Однако не следует полагать, что выпуск нормативных документов, регламентирующих деятельность упомянутых структур в системе амбулаторной помощи, автоматически приводит к созданию этих структур и их эффективной деятельности. Поэтому нами был проведен опрос экспертов для анализа нынешнего состояния системы специализированной амбулаторной помощи больным с поздними осложнениями сахарного диабета, оценки необходимости и разработки возможных путей ее улучшения.

---

* Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология»» от 12 ноября 2012 г. №899н

** Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы «О дальнейшем совершенствовании организации оказания медицинской помощи больным с эндокринными заболеваниями в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» от 09.07.2013 №684

Объект и методы исследования

В качестве экспертов были опрошены руководители эндокринологической службы (главные эндокринологи) регионов, заведующие отделениями эндокринологии областных больниц, ведущие специалисты научных организаций (д.м.н., профессоры) в данной области. В общей сложности были опрошены 22 эксперта из 12 регионов Российской Федерации. Анкетирование было анонимным, чтобы предотвратить намеренное или ненамеренное снижение объективности мнения эксперта в условиях опроса.

Текст опросника, который эксперты заполняли в письменной или электронной форме, приведен в *таблице 1*. Опросник состоял из трех страниц с идентичным текстом, каждая из которых касалась одного позднего осложнения сахарного диабета (синдрома диабетической стопы, диабетической ретинопатии, диабетической нефропатии).

Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica for Windows 8.0. методами описательной статистики, вычисления долей.

Таблица 1. **Текст опросника для изучения мнения экспертов**

Анкета для экспертов: **Состояние специализированной амбулаторной помощи больным с осложнениями сахарного диабета**
(указывалось название соответствующего осложнения СД)

1. Считаете ли Вы необходимым создание специализированных структур (амбулаторных кабинетов), оказывающих помощь больным с этим осложнением СД?:
   да / нет / не знаю
2. Действует ли такой вид амбулаторной специализированной помощи в Вашем регионе?
   да / нет / кабинет(ы) еще в процессе создания
3. Пользуетесь ли Вы существующими приказами МЗРФ в работе по организации специализированной амбулаторной помощи пациентам с этим осложннием?
   да / нет / нет таких приказов
4. Каковы, на Ваш взгляд, основные преграды для создания и функционирования таких структур (подчеркните один или несколько вариантов):
   - недостаточное финансирование
   - недостаток квалифицированных кадров
   - низкая мотивированность врачей
   - географическая удаленность пациентов

   Если такие структуры работают:
5. Как Вы оцениваете соблюдение современных рекомендаций по диагностике и лечению данного осложнения в указанных специализированных кабинетах:
   соблюдаются / не соблюдаются / соблюдаются лишь частично
6. Как Вы оцениваете соблюдение существующих стандартов и порядков оказания помощи врачами указанных специализированных кабинетов:
   соблюдаются / не соблюдаются / соблюдаются лишь частично
7. Как Вы оцениваете эффективность работы указанных кабинетов по сравнению с неспециализированной амбулаторной помощью?
   - На уровне отдельно взятого пациента, эффективность **высокая / умеренная / низкая**
   - Влияние на уровне региона (сокращение инвалидизации, приостановка развития осложнений): эффективность **высокая / умеренная / низкая**
8. Ваши комментарии. Укажите, пожалуйста, какие изменения, на Ваш взгляд, целесообразны:
   _____

Результаты и обсуждение

Анализ мнения экспертов выявил значительное число проблем, связанных с оказанием специализированной помощи изучаемому контингенту больных в амбулаторных условиях.

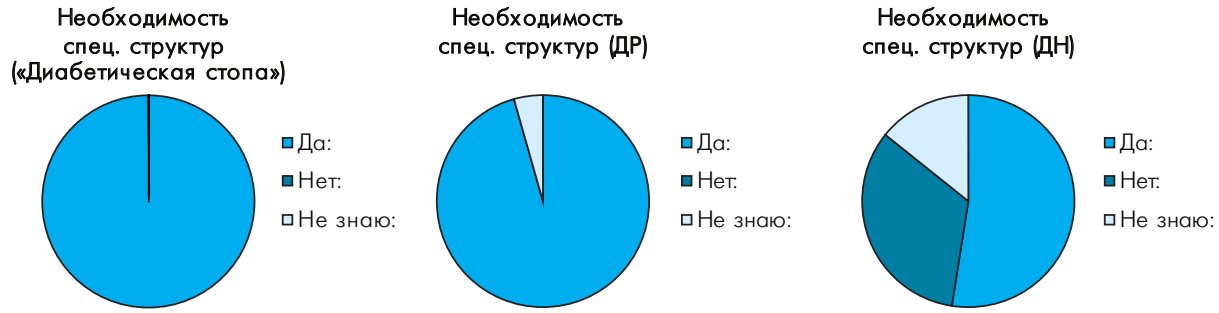
Так, в отношении **синдрома диабетической стопы** 100% опрошенных считают необходимым создание специализированных структур (кабинетов «Диабетическая стопа») для оказания амбулаторной помощи этим больным *(рис. 1.а)*. В большинстве случаев (85%) эксперты сообщили о том, что указанные структуры в их регионе действуют, 10% – отсутствуют, и еще 6% – о том, что кабинеты – в процессе создания *(рис. 2.а)*.

Нормативную базу для организации работы таких кабинетов знают (и используют в своей работе) 90% экспертов, 5% – не используют, и еще 7% считают, что приказы Минздрава не регламентируют этот вопрос *(рис. 3.а)*.

Основные трудности при организации работы специализированных структур, по мнению экспертов, изложены на *рис. 4.а*

Как видно из рисунка, наиболее часто эксперты сообщали о недостаточности финансирования (81%) и отсутствии квалифицированных кадров (75%).

Вместе с тем, несмотря на наличие КДС в регионах у подавляющего большинства опро-



а. Синдром диабетической стопы | б. Диабетическая ретинопатия | в. Диабетическая нефропатия

Рис. 1. **Необходимость в работе специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по мнению опрошенных экспертов**

а. Синдром диабетической стопы | б. Диабетическая ретинопатия | в. Диабетическая нефропатия

Рис. 2. **Наличие функционирующих специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по данным опроса экспертов**

а. Синдром диабетической стопы

б. Диабетическая ретинопатия

в. Диабетическая нефропатия

Рис. 3. **Знание и использование нормативной базы для организации специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД опрошенными экспертами**

шенных, их работу эксперты оценили достаточно критически *(рис. 5.а–8.а)*

Так, современные рекомендации по лечению СДС соблюдаются лишь в 29% случаев (но в остальных 71% – соблюдаются частично), а стандарты и порядки оказания помощи – лишь в 12% случаев (и в 88% – соблюдаются частично).

Лишь 47% экспертов оценили эффективность лечения пациента в КДС как высокую (но еще 41% – как умеренную). При этом эффективность работы таких специализированных структур на уровне региона (популяции больных СД) оценили как высокую лишь 19% опрошенных (и еще 50% – как умеренную).

В отношении **диабетической ретинопатии (ДР)** ситуация в целом аналогична, но специализированные структуры в амбулаторной службе развиты хуже.

Создание специализированных структур (кабинетов диабетической ретинопатии) считают необходимым 95% опрошенных, лишь 5% сомневаются в этом *(рис. 1.б)*.

Однако действуют такие кабинеты лишь в 52% случаев, отсутствуют – в 33% и создаются – в 14% *(рис. 2.б)*.

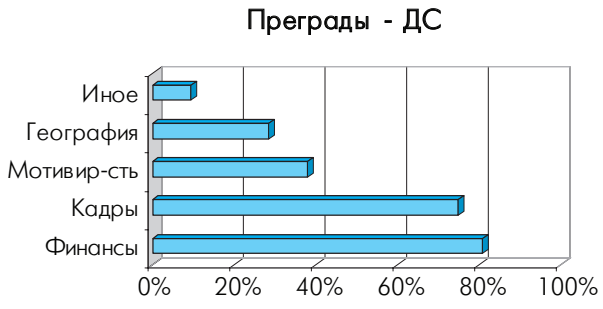
Нормативную базу для организации работы таких кабинетов знают (и используют в своей работе) 79% экспертов, 5% – не используют, и еще 16% считают, что приказы Минздрава не регламентируют этот вопрос *(рис. 3.б)*.

Основные трудности при организации работы специализированных структур, по мнению экспертов, изложены на *рис. 4.б*. Как видно из рисунка, они аналогичны ситуации с кабинетами «Диабетическая стопа»: наиболее часто эксперты сообщали о недостаточности финансирования (75%) и отсутствии квалифицированных кадров (85%).

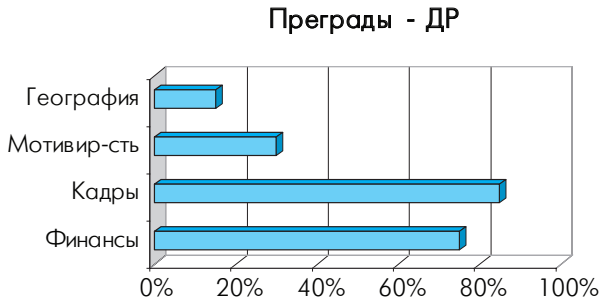
Вместе с тем, несмотря на наличие кабинетов диабетической ретинопатии в регионах примерно у половины опрошенных, их работу эксперты оценили достаточно критически *(рис. 5.б–8.б)*

Так, современные рекомендации по лечению ДР соблюдаются лишь в 18% случаев (но еще в 73% – соблюдаются частично), а стандарты и порядки оказания помощи – в 30% случаев (но в остальных 70% – соблюдаются частично).

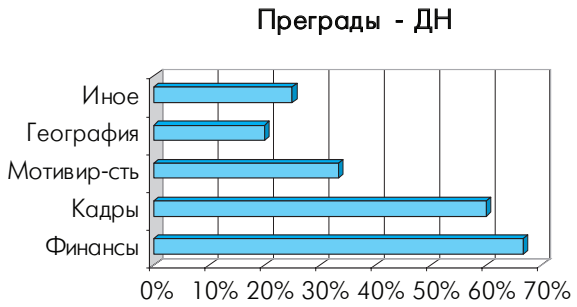
Лишь 55% экспертов оценили эффективность лечения пациента в кабинетах диабетической ретинопатии как высокую (но еще 18% – как умеренную). При этом эффективность работы таких специализированных структур на уровне региона (популяции больных СД) оценили как высокую лишь 36% опрошенных (и еще 27% – как умеренную).



а. Синдром диабетической стопы



б. Диабетическая ретинопатия



в. Диабетическая нефропатия

Рис. 4. **Основные преграды для организации работы специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по мнению опрошенных экспертов**

В отношении **диабетической нефропатии (ДН)** ситуация принципиально отличается.

Считают необходимым создание специализированных амбулаторных структур для лечения этого осложнения лишь 52% опрошенных (что, тем не менее, достаточно много, учитывая существующие нормативные акты МЗРФ по этой проблеме). 33% опрошенных считают, что такие структуры не нужны, и 14% – затруднились с ответом *(рис. 1.в)*.

При этом 15% (трое из опрошенных экспертов) сообщили, что в их регионе такие кабинеты действуют *(рис. 2.в)*.

Нормативную базу *(рис. 3.в)* для организации амбулаторной помощи больным с ДН знают (и используют в своей работе) 38% экспертов, 31% – не используют, и еще 31% сообщили, что приказы Минздрава не регламентируют этот вопрос (что верно, если речь идет о Приказе МЗРФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Эндокринология»» от 12 ноября 2012 г. №899н).

Основные трудности при организации работы специализированных структур, по мнению экспертов, изложены на *рис. 4.в*. Как видно из рисунка, недостаточность финансирования (67%) и отсутствие квалифицированных кадров (60%) являются лидерами среди названных причин и в данном случае.

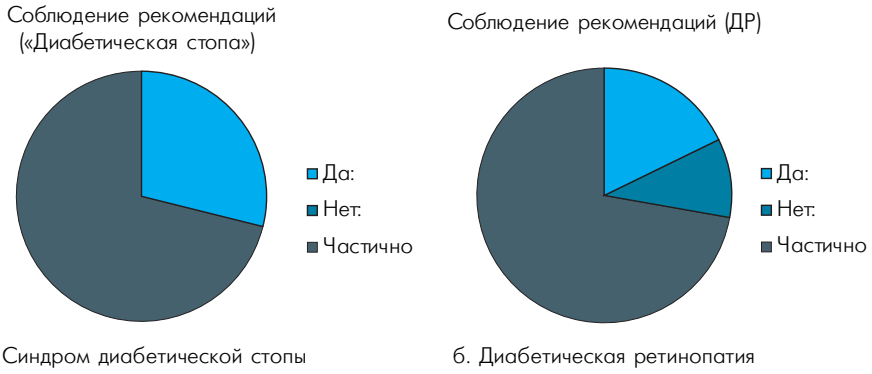
Оценка качества и эффективности работы существующих амбулаторных кабинетов для лечения диабетической нефропатии не проводилась в связи с малым объемом исследуемой совокупности (лишь 3 эксперта сообщили о работающих кабинетах).

В качестве **предложений** по совершенствованию системы амбулаторной помощи больным с названными осложнениями эксперты назвали следующее:

Синдром диабетической стопы:

– Повышение преемственности между различными специалистами

– Улучшение нормативных документов (более подробные, междисциплинарные, межведомственные) (2 голоса)



а. Синдром диабетической стопы

б. Диабетическая ретинопатия

Рис. 5. **Степень соблюдения современных рекомендаций врачами специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по мнению опрошенных экспертов**

– Введение норм обеспеченности региона специализированными кабинетами (с соответствующими кадрами и оборудованием) для лечения СДС (1 кабинет на определенное количество населения)

– Формирование реалистичных медико-экономических стандартов оказания помощи

– Подготовка специализированного среднего медицинского персонала (подиатры***, специализированные медицинские сестры (3 голоса).

– Сертификация специалистов по лечению синдрома диабетической стопы.

– Введение пункта об ампутациях и их уровнях в статистической форме отчетности хирургических отделений (для полноценного учета количества ампутаций на территории, ведения регистра ампутаций).

– В критерии эффективности эндокринологической службы территорий и отдельно взятых ЛПУ (дорожная карта) ввести критерий «Снижение числа ампутаций у больныхх СД»

– Нормативно закрепить: «решение об ампутации конечности при СДС только после оценки кровотока (!)»

– Оснащение кабинета «Диабетическая стопа» расходными материалами для наложения иммобилизирующих повязок (ТСС)

– Экпертиза всех амбулаторных карт пациентов, госпитализированных для ампутации конечности (через ФОМС)

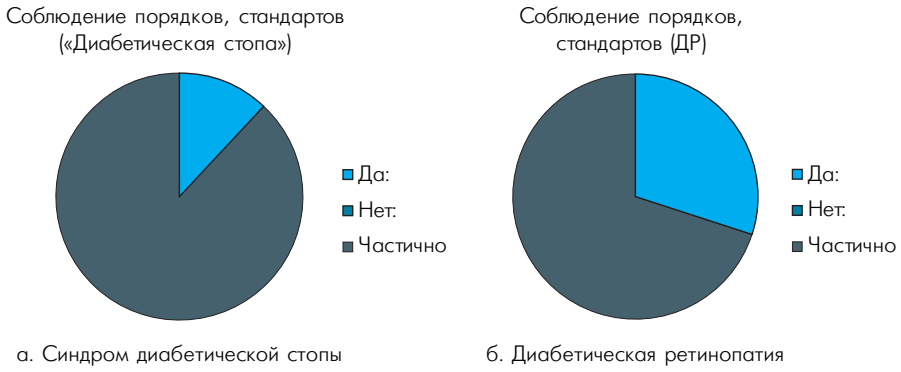
– Обучение специалистов по производству ортопедической обуви особенностям пациентов с сахарным диабетом

– Развивать ортопедическую службу в каждом регионе, специализирующуюся на проблеме диабетической стопы (необходимо иметь возможность изготовления современной ортопедической обуви и других изделий в государственных ортопедических предприятиях, возможно, нужно менять ГОСТы по ортопедической обуви)

– Внести специальность врач-подолог в номенклатуру специальностей РФ,

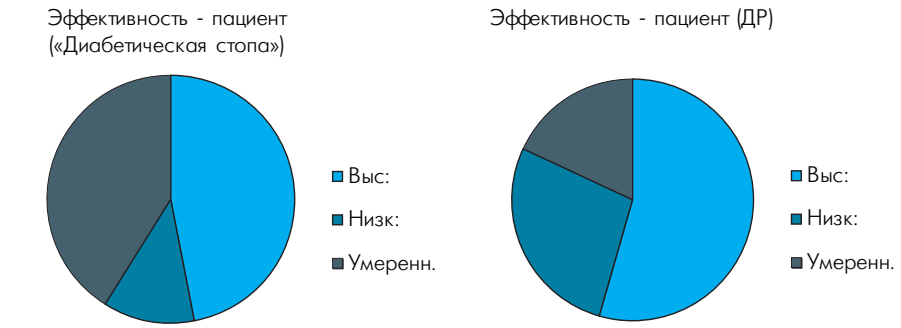
– В порядок помощи по эндокринологии – внести возможность работы в кабинетах диабетической стопы не только эндокринологу, но и хирургу.

*** За рубежом подиатр – представитель среднего медицинского персонала (фельдшер), прошедший обучение по специализированной программе (4 года) и выполняющий как лечебные мероприятия (самостоятельно или в многопрофильной команде) при синдроме диабетической стопы (перевязки, обработка ран и др.), так и профилактическую работу (профилактическая обработка ногтей, удаление гиперкератозов, изготовление ортопедических стелек и др.). В Российской Федерации такая специальность отсутствует.



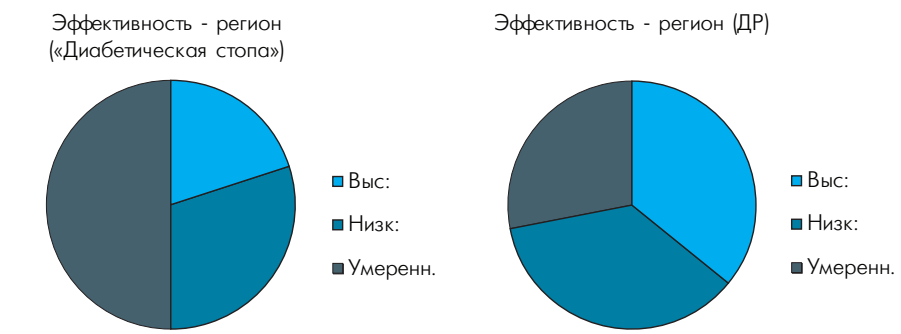
а. Синдром диабетической стопы б. Диабетическая ретинопатия

Рис. 6. **Степень соблюдения соответствующих стандартов и порядков оказания помощи врачами специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по мнению опрошенных экспертов**



а. Синдром диабетической стопы б. Диабетическая ретинопатия

Рис. 7. **Эффективность работы (на уровне пациента) специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по мнению опрошенных экспертов**



а. Синдром диабетической стопы б. Диабетическая ретинопатия

Рис. 8. **Эффективность работы (на уровне региона) специализированных структур для лечения различных поздних осложнений СД, по мнению опрошенных экспертов**

Диабетическая ретинопатия:

– Повышение преемственности между различными специалистами

– Улучшение нормативных документов (более подробные, междисциплинарные, межведомственные)

– Обеспечение амбулаторной службы фундус-камерами в достаточном количестве для фотографирования глазного дна.

– Экспертизы (через ФОМС) амбулаторных карт пациентов, у которых развились тяжелые инвалидизирующие формы ДР (гемофтальм и др.)

– В статистической отчетности офтальмологов выделить поражения, являющиеся осложнением сахарного диабета

– «Исходящая свыше регламентирующая инициатива, т.к. административные барьеры зачастую встают на пути у инициативы врачей окулистов; часть предложений врачей-энтузиастов (окулистов) остается не услышанной»

– «Жесткие указания, приказ на федеральном уровне о создании амбулаторных центров по лечению ДР»

– Выделение в поликлиниках одного дня в неделю по типу «глаукомного дня» в советское время для приема больных СД

– Оснащение окружных центров аппаратурой для диагностики (ФАГ) и лазеркоагуляции

Диабетическая нефропатия:

– Повышение доступности заместительной почечной терапии (увеличение количества диализных центров) (2 голоса).

– Создание кабинетов диабетической нефропатии (для полноценного наблюдения за пациентами с ДН и их лечения на ранних стадиях ХПН).

– «Диабетической нефропатией должны заниматься эндокринологи, нефрологи (врачи гемодиализа) и терапевты в ежедневной клинической практике» (3 голоса).

По всем перечисленным осложнениям:

– Развитие программ специальной подготовки кадров (7 голосов).

– Обеспечение достаточного финансирования (5 голосов).

– Открытие региональных эндокринологических центров, оснащенных в соответствии со Стандартами и Порядками оказания медицинской помощи, при необходимости – при многопрофильных областных больницах.

– Рекомендации по лечению СД и его осложнений должны иметь не рекомендательный (как сейчас), а обязательный к исполнению характер.

– При обучении организаторов здравоохранения включать вопросы оказания специализированной и амбулаторно-поликлинической помощи больным сахарным диабетом.

Выводы:

Для синдрома диабетической стопы и диабетической ретинопатии необходимость работы специализированных амбулаторных структур по лечению и профилактике этих осложнений неоспорима. Эти структуры уже работают на основании существующих нормативных документов, и значительных изменений в нормативной базе не требуется.

Однако эффективность работы этих кабинетов недостаточно высока, что требует значительной работы по укомплектованию их квалифицированными кадрами (что невозможно без достаточного финансирования), обучению врачей и контролю качества их работы (качества процессов и результата).

Более высокая эффективность работы на уровне пациента, чем на уровне региона, говорит о недостаточном охвате пациентов с СД такой специализированной амбулаторной помощью и требует повышения доступности таких кабинетов (увеличения их числа, формирования потока больных от врачей первичного звена).

Проблемы специализированной амбулаторной помощи для больных с ДР не отличаются принципиально от больных с СДС, но этот вид помощи в силу ряда причин развит хуже.

В отношении ДН большинство экспертов не видит необходимости в создании

специализированных амбулаторных структур (отдавая предпочтение совместной работе эндокринолога и нефролога для успешной профилактики, скрининга и лечения данного осложнения). Поэтому принципиальных изменений в нормативной базе для развития амбулаторной помощи больным с этим осложнением СД также не требуется.

Литература

1. *Chiu C.C., Huang C.L., Weng S.F., Sun L.M., Chang Y.L., and Tsai F.C.* A multidisciplinary diabetic foot ulcer treatment programme significantly improved the outcome in patients with infected diabetic foot ulcers. J Plast Reconstr Aesthet Surg, Jul 2011; 64(7): 86772.

2. *Dargis V., Pantelejeva O., Jonushaite A., Vileikyte L., Boulton A.J.* Benefits of a multidisciplinary approach in the management of recurrent diabetic foot ulceration in Lithuania: a prospective study. Diabetes Care, Sep 1999; 22: 1428 1431.

3. *Knowles E.A., Gem J., Boulton A.J.* The diabetic foot and the role of a multidisciplinary clinic. J Wound Care, Nov 1996; 5(10): 4524.

4. *Larsson J., Apelqvist J., Agardh C.D., Stenstrom A.* Decreasing incidence of major amputation in diabetic patients: a consequence of a multidisciplinary foot care team approach? Diabet Med, Sep 1995; 12(9): 7706.

UDK 616.072

Udovichenko O.V., Berseneva E.A., Meshkov D.O. ***Chronic complications of diabetes mellitus: specialized outpatient medical service organization and efficacy according to experts' opinion survey*** *(Moscow City out-patient clinic № 22, Russia, National Research Institute of Public Health, Moscow, Russia)*

Abstract. Multidisciplinary outpatient care structures for patients with late complications of diabetes (diabetic foot, retinopathy, and somewhere – for diabetic nephropathy) were established in Russia since late 1990s. We conducted a survey of 22 experts from 12 regions of the Russian Federation for the analysis of the current state of specialized outpatient care for patients with these conditions, assess demand in this type of care and develop possible improvements. The necessity of outpatient diabetic foot clinics was obvious for 100% of the experts, of diabetic retinopathy consultative rooms – for 95%, of diabetic nephropathy consultative rooms – for 52%. Eighty five percent, 52% and 15% of the experts respectively reported about work of such outpatient structures in their regions. In all three fields lack of funding and lack of qualified personnel were pointed as the main barriers for establishment and development of such outpatient structures. The efficacy of patients treatment in outpatient diabetic foot clinics (where they work) was considered an effective by 47% of experts, in diabetic retinopathy consultative rooms – by 55%.

In conclusion, (1) the demand in outpatient diabetic foot and diabetic retinopathy specialized structures is obvious, but is questionable with regard to diabetic nephropathy; (2) the performance of these service is not sufficiently high, which requires appealing of qualified specialists there (which is impossible without adequate funding), training of specialists and quality management; (3) we found evidence of inadequate availability of such specialized outpatient care for patients with diabetes, which requires increase of such offices number, and targeted referral of patients there from primary care physicians.

Keywords: *diabetes mellitus, diabetic foot, diabetic retinopathy, diabetic nephropathy, organization of outpatient care, experts survey*

М.Г. Москвичева,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения ФДПО ГБОУ ВПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Минздрава России
Д.В. Бережков,
заочный аспирант кафедры Общественного здоровья и здравоохранения ФДПО Южно-Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, заместитель главного врача по клинико-экспертной работе ООО МЦ «Лотос», e-mail: berezh_ds@mail.ru

SWOT-АНАЛИЗ КАК ИНСТРУМЕНТ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ПРИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИНИКИ

УДК 614.2:616–072

Москвичева М.Г., Бережков Д.В. ***SWOT-анализ как инструмент стратегического планирования при совершенствовании диагностической службы частной медицинской клиники*** *(ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск)*

Аннотация. Представлен анализ реорганизации диагностической службы крупной частной медицинской клиники г. Челябинска путём объединения высокорентабельного подразделения ультразвуковой диагностики и кабинетов эндоскопии с низкой маржинальной доходностью в единое отделение. На основании SWOT-анализа были выявлены внешние и внутренние факторы, влияющие на развитие диагностической службы. В результате объединения двух ранее раздельных фондов материального развития и внедрения системы комплексного обследования больных была укреплена материальная база единого отделения, что способствовало росту экономической эффективности его деятельности, проанализированной с помощью показателей рентабельности: активов, продукции и продаж.

Ключевые слова: *SWOT-анализ, диагностические исследования, экономическая эффективность, частная медицинская клиника.*

Введение

Частная система здравоохранения сегодня является тем механизмом, посредством которого пациент может за плату получить качественную и своевременную медицинскую помощь, являющуюся либо дополнением, либо альтернативой медицинской помощи, оказываемой государственными медицинскими организациями. Проблемой частного медицинского сектора является отсутствие значительных финансовых средств для вложений в развитие бизнеса. Поскольку основным источником доходов частных медицинских учреждений являются прямые платежи пациентов (в среднем их доля составляет 86% доходов), а платежеспособный спрос меняется в зависимости от экономической ситуации, приобретение негосударственными клиниками необходимого оборудования, строительство и реконструкция помещений, расширение деятельности, повышение квалификации персонала тормозятся. Так, расширение перечня диагностических услуг приводит к необходимости приобретения

© М.Г. Москвичева, Д.В. Бережков, 2015 г.

инновационного оборудования, что в свою очередь отражается на стоимости медицинской услуги. В связи с этим встает вопрос о необходимости рационального использования имеющихся на вооружении медицинских организаций современных технологических процессов для обеспечения медицинской и экономической эффективности[1–3,7,9].

Повышение экономической эффективности частных медицинских центров требует концептуальных решений организации диагностической службы и создания новых, оптимальных для современной ситуации и перспективных в будущем подходов к совершенствованию деятельности диагностических подразделений.

Цель исследования: проведение SWOT-анализа как механизма стратегического планирования совершенствования диагностической службы частной медицинской клиники.

Методы исследования. С целью формирования стратегических направлений развития медицинской организации нами был использован SWOT-анализ. Появившийся с 60-х годов благодаря работе группы ученых Стэнфордского Исследовательского Института, в настоящем SWOT-анализ широко применяется в процессе стратегического планирования. По мнению Филипа Котлера, в каждом бизнес-плане, в каждом плане маркетинга обязательно должен быть раздел «SWOT-анализ». Данные SCIP (The Society of Competitive Intelligence Professionals) указывают, что SWOT-анализ также используется в конкурентной разведке [6,8,15].

Для оценки достоверности различия показателей или средних величин при правильном распределении единиц наблюдения был использован однофакторный анализ с помощью расчёта коэффициента Фишера (F). Различие величин признавалось, когда расчетный коэффициент был больше критического ($F > F_{Kp}$). При правильном распределении единиц наблюдения был рассчитан коэффициент Стьюдента (t). Различие величин признавалось, когда расчетный коэффициент был больше 2. Для оценки деятельности единого подразделения перспективных эндоскопических и УЗ-технологий были рассчитаны коэффициенты медицинской результативности и социальной удовлетворённости по методике, предложенной А.Л. Линденбратеном с соавторами [5].

$$\text{Коэффициент медицинской результативности} = \frac{\text{число достигнутых результатов}^{*}}{\text{число диагностических вмешательств}}$$

$$\text{Коэффициент социальной удовлетворенности} = \frac{\text{число удовлетворенных полученной медицинской помощью}}{\text{число получивших медицинскую помощь}}$$

Экономическая эффективность работы отделения была проанализирована с помощью трёх показателей рентабельности:

$$\text{Рентабельность активов} = \frac{\text{чистая прибыль} \times 100\%}{\text{среднегодовая величина активов}}$$

$$\text{Рентабельность продукции} = \frac{\text{чистая прибыль} \times 100\%}{\text{себестоимость реализованной продукции}}$$

$$\text{Рентабельность продаж} = \frac{\text{прибыль (до уплаты налога на прибыль)} \times 100\%}{\text{выручка от реализации продукции услуг}}$$

Результаты. Основанный на средства частных акционеров крупного инвестиционно-промышленного холдинга ЗАО «Евразийская строительная компания» медицинский центр «Лотос» на начальных этапах ориентировался на медицинские услуги, пользующиеся наибольшим спросом у населения. На основании проведенного в 2003 году маркетологами холдинга ЗАО «ЕСК» анализа рынка медицинских услуг города Челябинска

* достигнутый результат – диагностически достоверное вмешательство с клинической точки зрения и верифицирующих методик, не имеющее дефектов при проведении внутреннего контроля качества

было установлено, что наиболее востребованными являлись медицинские услуги по ультразвуковой диагностике. В период 2003–2005 годов работа осуществлялась в одном кабинете УЗИ с постепенным формированием потока пациентов.

Период с 2006 по 2010 год характеризовался устойчивым позиционированием частной клиники «Лотос» на рынке медицинских услуг, открытием двух новых клинико-диагностических филиалов в разных районах города. За этот период количество УЗ-исследований выросло в 4 раза с 3198 в 2006 году до 16142 в 2010 году, а число обследованных пациентов соответственно с 2645 человек в 2006 году до 10089 в 2010 году. В данный период происходило внедрение эндоскопических услуг в МЦ «Лотос», в 2006 году был организован кабинет эндоскопии. Анализ количества исследований выявил неполное удовлетворение растущих запросов пациентов на предоставление диагностических услуг высокого качества. Для выявления ряда внешних и внутренних факторов, препятствующих поступательному развитию диагностических подразделений в клинике и повышению качества услуг, был применён SWOT-анализ работы диагностических подразделений *(таблица 1)*.

Таблица 1. **SWOT-таблица диагностических подразделений МЦ «ЛОТОС»**

Сильные стороны клиники	*Возможности со стороны внешней среды*
Наличие административного ресурса	Рост среднедушевого дохода, что обеспечит рост совокупного спроса на медицинские услуги к 2014 году
Доступность инвестиций	Рост требований населения к уровню диагностических услуг при прочих равных условиях
Развитая система анализа передового опыта (бенчмаркинг)	Лояльная налоговая среда, позволяющая вести эффективную деятельность
Эффективность продаж	Поддержка отрасли со стороны государственной власти, добавление с каждым годом различных форм сотрудничества частной медицины с государственной
Регулярная постановка и достижение перспективных целей по развитию.	Рост в 1,5–2 раза среднедушевого потребления медицинских услуг к 2014 году, связанный с повышением внимания населения к своему здоровью
Слабые стороны диагностических подразделений	*Угрозы со стороны внешней среды*
Недостаточность необходимых помещений и условий их пользования	В диагностической отрасли существует тенденция нехватки кадров, с годами проблема ощущается острее
Невысокая маржинальная доходность эндоскопических исследований	Низкий уровень чистой прибыли в эндоскопии в результате высокой доли затрат на исследования
Высокая стоимость диагностического оборудования.	Высокий темп технологических изменений и инноваций в диагностике
Ограниченная номенклатура предоставляемых в центре эндоскопических услуг. Отсутствие возможности проведения эндоскопии под седацией (наркозом)	Увеличение государственных затрат на финансирование медицинских услуг для населения, ориентация на комфорт и качество медицинских услуг частных клиник – конкурентов
Отсутствие предлагаемых в центре экспертных ультразвуковых исследований в акушерстве и гинекологии с опциями пространственно-временного ультразвука.	Высокий уровень конкуренции между частными и государственными медицинскими центрами по направлению «Акушерство и гинекология». Конкуренция на сервисе, количестве услуг, скорости изменений под потребности клиента.

На основании результатов проведенного SWOT-анализа с целью минимизации угроз и развития возможностей с учетом сильных и слабых сторон было проведено объединение подразделений УЗ-диагностики и эндоскопии с созданием отделения перспективных эндоскопических и УЗ-технологий. В его состав вошли два кабинета эндоскопии и три кабинета ультразвуковой диагностики, два из которых функционировали в районных филиалах Диагностического центра «Лотос». Анализ рынка диагностических услуг и существующих конкурентов в Челябинске, изучение запросов пациентов обосновали необходимость не столько увеличения парка ультразвукового оборудования, сколько приобретения сканеров экспертного класса (Волюсон E 6, Волюсон S8), с пространственно-временными технологиями ультразвука: advanced 3D/4D, TUI, STIC. [10,13,14]

Это позволило привлечь к работе специалистов-экспертов, широко известных в профессиональном сообществе, имеющих сертификаты FMF-Fetal Medicine Foundation (Международный Фонд Медицины плода), что вывело медицинский центр «Лотос» в 2011 году в лидеры среди частных клиник города в организации кабинетов Экспертных ультразвуковых исследований. В эндоскопическом блоке вместо гастроскопов «Fujinon» была приобретена линейка эндоскопов фирмы «Olympus» 40-й серии с переменной жесткостью вводимого зонда.

В 2013 году работа по ультразвуковой диагностике и эндоскопическим исследованиям проводилась в пяти кабинетах УЗИ и двух кабинетах эндоскопии, кадровый состав отделения достиг 17 врачей, из которых 1 доктор медицинских наук, 3 кандидата медицинских наук, 6 врачей высшей квалификационной категории, 4 врача первой квалификационной категории.

На основании SWOT-анализа совершенствование эндоскопической части отделения с целью придания конкурентного преимущества среди государственных и частных медицинских организаций решалось не только модернизацией оборудования, но и внедрением передовой, ориентированной на потребности пациентов технологии, называемой «комфортная эндоскопия» через использование седации и общей анестезии в амбулаторных диагностических исследованиях. Для этой цели в составе отделения была развёрнута палата дневного пребывания для пробуждения и мониторинга состояния пациентов после эндоскопии, проведённой с применением анестезии. Поскольку в Российской Федерации технологии «Non-anesthesiologist» при работе с пропофолом и его аналогами не используются, был выработан регламент проведения исследований совместно с анестезиологической бригадой [11,12].

Освоение исследований с применением седации и наличие в составе отделения палаты дневного пребывания создавали предпосылки для развития лечебной эндоскопии. Для реализации данного направления деятельности в 2012 году был приобретён электрохирургический блок «ESGF-100 Olympus», предназначенный для проведения эндоскопических малоинвазивных операций по удалению опухолей желудочно-кишечного тракта. Для предупреждения осложнений малоинвазивных лечебных эндоскопических операций пациенты госпитализировались в палату круглосуточного пребывания хирургического стационара. Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре за 2012 год составила 1,9±0,4 койко-дня. В 2013 году этот показатель изменился несущественно ($t < 2$) – до 1,8±0,5 койко-дня.

Одновременно с модернизацией диагностического оборудования преодоление внешних угроз повлекло за собой серьёзные изменения в кадровом менеджменте Центра, главным направлением его работы явилась выработка мотивации врачей на профессиональный рост, членство в профессиональных сообществах, таких как Российская Ассоциация Специалистов Ультразвуковой Диагностики в Медицине (РАСУДМ), Международное Общество Ультразвука в Акушерстве

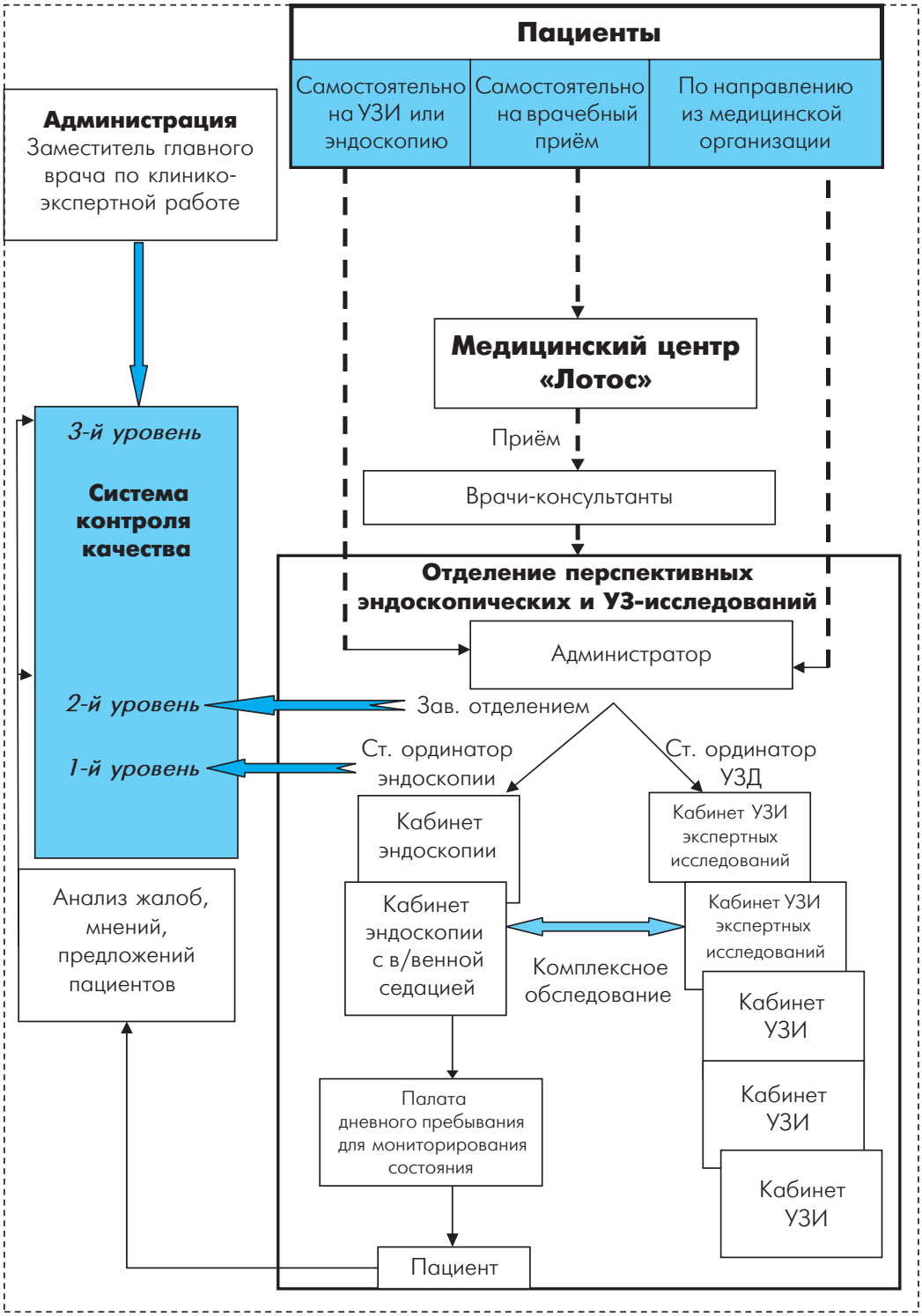


Рис. 1. **Организационная модель единого отделения перспективных эндоскопических и УЗ-технологий**

и Гинекологии (ISUOG), Международный Фонд Медицины Плода (FMF), Российское эндоскопическое общество (РЭНДО). Результатом явилось повышение квалификации специалистов и следование всем новейшим тенденциям в консультативно-диагностической практике.

В результате структурных изменений, модернизации материально-технической части диагностических отделений и оптимизации кадрового менеджмента были созданы условия для разработки организационной модели отделения перспективных эндоскопических и УЗ-технологий (Отделение) *(рисунок 1)*. Нормативно-методической базой организации работы Отделения явились разработанные в 2011 году регламенты проведения УЗ и эндоскопических исследований. В соответствии с ними все потенциальные пациенты Отделения подразделены на три группы. Первая – больные, направленные врачами из сторонних медицинских организаций на ультразвуковое или эндоскопическое исследование. Вторая группа – жители Челябинска или иногородние граждане, решившие самостоятельно пройти какой-либо из двух методов визуализации патологии. И третья группа пациентов (внутренний поток) обращается в Медицинский центр «Лотос» на врачебно-консультативный приём. Первым двум категориям определяется время приёма, исходя из особенностей подготовки к диагностическому или малоинвазивному вмешательству. В отношении третьей группы пациентов предлагается строгое соблюдение рекомендаций по применению имеющихся диагностических методов, согласно «Стандартов...», «Порядков оказания медицинской помощи...» и «Клинических рекомендаций ведения больных...» соответствующего профиля.

Таким образом, определенная часть пациентов поступает в единое отделение, предполагая комплексное обследование и ультразвуковыми методами, и эндоскопическими. Это не только облегчает дифференциальную диагностику различных заболеваний, но и приводит к росту выявляемости патологии, что очень важно для выбора тактики ведения пациента. Это позволило клинике разработать программы обследования: «Онкокомплекс», «Здоровый желудочно-кишечный тракт», «Комплексное профилактическое обследование организма – check-up»; обеспечить развитие лечебно-диагностических пункционных методик под ультразвуковой навигацией в урологии и эндокринологии.

Обсуждение

Для оценки разработанной и внедренной модели единого отделения перспективных эндоскопических и УЗ-технологий частной медицинской клиники был использован комплексный подход, заключающийся в анализе медицинской результативности, социальной удовлетворенности и экономической эффективности.

Медицинская результативность УЗИ и эндоскопии в Медицинском центре «Лотос» до объединения достоверно различалась ($F > F_{кр}$ при $p = 0{,}006$). Однако в 2011 году медицинская результативность услуг эндоскопии выросла до 0,89, а в 2013 году уровни медицинской результативности двух диагностических подразделений стали статистически неразличимыми – 0,96 и 0,93 соответственно.

Целесообразность и оптимальность любых преобразований в здравоохранении определяется не только по положительным сдвигам в диагностике и лечении. Большую помощь в определении правильности совершаемой реорганизации оказывает субъективное мнение пациентов, оценивающих результативность здравоохранения с позиций доступности, психологической комфортности и соотношения между ценой и качеством медицинской услуги.

В период самостоятельного функционирования двух диагностических отделений (2008–2010 годы) социальная удовлетворённость услугами эндоскопии была существенно ниже ($F > F_{кр}$ при $p = 0{,}04$), чем услугами УЗД, удовлетворённость которыми в тот период была на высоком уровне (0,9–0,94). После внедрения инновационных технологий, модернизации оборудования в новом подразделении показатель социальной удовлетворённости пациентов

Таблица 2. **Динамика рентабельности диагностических отделений**

Год / Отделения / Показатели	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Самостоятельные кабинеты УЗД и эндоскопии			Единое отделение		
Рентабельность активов: – УЗД	4,8%	83,8%	94,9%	119,2%	126,4%	152,4%
– эндоскопия	4,5%	4,8%	8,0%			
Рентабельность продукции: – УЗД	137,6%	136,5%	126,9%	213,8%	203,3%	214,2%
– эндоскопия	15,3%	15,4%	15,1%			
Рентабельность продаж: – УЗД	71,2%	71,3%	70,9%	88,1%	88,9%	90,0%
– эндоскопия	16,1%	16,1%	16,1%			

вырос уже в первый год объединённого функционирования и достиг высокого уровня – 0,90. В последующие годы показатели социальной удовлетворённости по двум диагностическим направлениям также были статистически неразличимыми и высокими – 0,94–0,97.

Экономическая эффективность работы единого отделения перспективных эндоскопических и УЗ-технологий была проанализирована с помощью показателей рентабельности: активов, продукции и продаж *(таблица 2)*.

Установлено, что показатель рентабельности продукции, оценивающий влияние себестоимости на эффективность хозяйствования, в двух диагностических отделениях в период их раздельного функционирования существенно различается. После создания Отделения рентабельность продукции возросла до 203,3–214,2%, причём этот рост обусловлен не простым сложением показателей двух служб, а дополнительным снижением себестоимости диагностической продукции в результате сокращения косвенных расходов.

Показатель рентабельности продаж, указывающий на степень конкурентности оказываемых услуг, в двух диагностических отделениях в период их раздельного функционирования существенно различается между собой. В среднем рентабельность продаж УЗД-услуг была в 4,4 раза выше, чем эндоскопических услуг, и составляла 71,1% против 16,1%. Объединение двух подразделений в единое отделение сделало эти услуги ещё более конкурентноспособными, доведя показатель рентабельности продаж в 2013 году до 90,0%, вследствие дополнительного увеличения выручки при проведении услуг в результате комплексного дообследования пациентов.

Важным показателем, характеризующим отдачу денежных средств, авансированных на формирование активов, является показатель рентабельности активов. В период раздельного существования отделений рентабельность активов эндоскопии составила в среднем всего 5,8%, т.е. каждый рубль, вложенный в активы, давал в год всего 5,8 копеек чистой прибыли, в то время как в отделении УЗД на каждый рубль, вложенный в активы, приходилось 61,2 копейки чистой прибыли. По результатам анализа работы Отделения в первом году после объединения установлен рост рентабельности активов до 119,2%, то есть один вложенный рубль в диагностическую аппаратуру, её модернизацию и т.п. в 2011 году уже давал 1 рубль 19 копеек чистой прибыли, что превосходит возможную суммарную прибыль, если бы эти подразделения продолжили функционировать раздельно. Полученные денежные

средства были направлены на дальнейшее увеличение активов объединённого отделения, что в свою очередь привело к последующему росту их рентабельности, который в 2013 году достиг величины 152,4%, т.е. каждый рубль, вложенный в активы Отделения, давал в год более полутора рублей чистой прибыли.

Выводы

1. Проведение SWOT-анализа является эффективным инструментом совершенствования деятельности и развития диагностической службы медицинской клиники.

2. Организационное и структурное преобразование диагностических подразделений в частной клинике определило возможность внедрения инновационных технологий обследования пациентов и комплексных программ.

3. Положительные результаты внедрения организационных и диагностических технологий подтверждены достижением высокой экономической эффективности работы отделения, повышением медицинской результативности и социальной удовлетворенности пациентов.

Литература

1. *Бреусов Р.А.* Медико-организационные аспекты оптимизации деятельности консультативно-диагностических центров: автореф. дис. ...канд. мед. наук – М.: 2010. – 24с.

2. *Войцехович Б.А., Редько А.Н., Козиева И.С.* Предпринимательская деятельность в здравоохранении//Ростов н/Д.: 2001. – 208с.

3. *Герасименко И.Н.* Использование новых технологий в формировании сети в целях оказания медицинских услуг//Проблемы управления здравоохранением. 2008. – № 4(41) – С. 45–54

4. *Дементьев В.В., Пономаренко Г.С.* Использование SWOT-анализа при анализе деятельности медицинского учреждения//Сибирское медицинское обозрение. – 2012. – № 4 (76). – С. 90–92

5. *Линденбратен А.Л.* Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: методические материалы//Под ред. О.П. Щепина. – М.: 1999. – 66с.

6. *Майсак О.С.* SWOT-анализ: объект, факторы, стратегии. Проблема поиска связей между факторами//Прикаспийский журнал: управление и высокие технологии. – 2013. – № 1 – С. 7.

7. *Попкова Ю.В.* Региональные тенденции развития негосударственного сектора здравоохранения: взгляд пациентов и медицинских работников: автореф. дис. ...канд. мед.наук. – Волгоград. 2006. – 31с.

8. *Котлер Ф., Бергер Р., Бикхофф Н.* Стратегический менеджмент по Котлеру. Лучшие приемы и методы. М.: Альпина Паблишер, 2012. – 144 с.

9. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения. Под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова и профессора Д.В. Пивеня. М.: ИД «Менеджер здравоохранения». – 2007. – С. 121–129.

10. *Bermejo C., Martнnez Ten P., Cantarero R. et al.* Three-dimensional ultrasound in the diagnosis of Mьllerian duct anomalies and concordance with magnetic resonance imaging. Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2010. – V. 35. – P. 593–601.

11. *Radaelli F., Meucci G., Sgroi G., Minoli G.* and the Italian Association of Hospital Gastroenterologists (AIGO). Technical performance of colonoscopy: the key role of sedation/analgesia and other quality indicators. Am J Gastroenterol – 2008. – V.103. – P. 1122–1130

12. *Kulling D., Orlandi M., Inauen W.* Propofol sedation during endoscopic procedures: how much staff and monitoring are necessary? Gastrointest Endosc –2007. – V.66. – P. 443–449

13. *Slimani S., Kehila M., Hammami A. et al.* Role of early ultrasound in prenatal screening for morphological abnormalities in the first trimester. 13thWorld Congress in Fetal Medicine. https://fetalmedicine.org/abstracts/2014. (Дата обращения: 24.11.2014).

14. *Sonek J.* First trimester ultrasonography in screening and detection of fetal anomalies. Am J Med. Genet – 2007. – V.145. P. 45–61.

15. SWOT-анализ. Программы для стратегического планирования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL: www.swot-analysis.ru (дата обращения: 17.07.15.

UDK 614.2:616–072

Moskvicheva M.G., Berezhkov D.V. ***SWOT-analysis as an instrument of stratigic planning while enhancing private medical clinic diagnostic service*** *(Department of Social Health and Healthcare; South Ural Medical University, Chelyabinsk)*

Abstract. The analysis of the reorganization of diagnostic service of a big Chelyabinsk private medical clinic by means of joining of a high-profitable ultrasound diagnostic department and endoscopic cabinets with low marginal profitability in the one whole. SWOT-analysis gave basis for pointing out inner and outer factors, influencing the diagnostic service development. As a result of two previously separated material development funds and introducing the system of complex examination of patients the material basis of the whole department was strengthened, that caused economic efficiency at its activity, analysed with the help of profitability markers: assets, production and selling.

Keywords*: SWOT-analysis; diagnostic examination; economic efficiency; private medical clinic.*

Здравоохранение-2016

МОЛОДЫЕ ВРАЧИ НЕ СМОГУТ УХОДИТЬ В КОММЕРЧЕСКИЕ КЛИНИКИ, НЕ ОТРАБОТАВ НА ГОСУДАРСТВО

Минздрав России готовит документ, который запретит молодым врачам работать в коммерческих структурах, не отработав определенный срок в государственных медучреждениях, заявила журналистам 18 января Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. «Мы подготовили проект нормативного акта, который позволит молодым врачам уходить в коммерческое здравоохранение лишь после того, как они отработают на государство определенное время. К примеру, в Великобритании этот срок составляет пять лет», – сказала Вероника Скворцова.

По ее словам, в настоящее время в заинтересованных структурах идет обсуждение временного отрезка, который будет принят в России. Но это не должно быть более пяти лет, – подчеркнула министр.

Минздрав России активно занимается ликвидацией дефицита кадров в отрасли. Скопировано с Medvestnik.ru. К настоящему времени количество бюджетных мест в медицинских вузах и интернатурах превышает 50%.

По словам министра, итоги 2015 года показали, что более 85% обучавшихся по медицинским специальностям возвращаются в учреждения, которые направляли их на учебу.

Источник: Интерфакс

О. Е. Перфилова,
к. п. н., соискатель степени магистра по направлению «Менеджмент в здравоохранении» (кафедра общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института РУДН), perfilova.niimt@yandex.ru
Е. Е. Шиган,
к. м. н., заместитель директора ФГБНУ «НИИ медицины труда» по организационной работе и международному сотрудничеству, shigan-niimt@rambler.ru

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕЖДУНАРОДНОЙ ИНТЕГРАЦИИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Перфилова О.Е., Шиган Е.Е. ***Оптимизация организационных моделей санаторно-курортного лечения как фактор эффективности международной интеграции в области здравоохранения*** *(ФГБНУ «НИИ медицины труда», г. Москва)*

Аннотация. В статье рассматривается возможность позиционирования России как лидирующего международного субъекта в части оказания услуг по санаторно-курортному лечению применительно к решению задач развития профилактических направлений отечественного здравоохранения (на примере анализа тематических подпрограмм государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на период до 2020 года).

Ключевые слова: *история медицины, менеджмент в здравоохранении, качество жизни, рекреационные ресурсы, санаторно-курортное лечение, экологический баланс*

Введение

На 2015 год приходится завершение первого этапа государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» до 2020 года (далее – Программа) [4], [6]. **Цель Программы** – обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объёмы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Перечень приоритетных задач **Программы составлен с учётом вектора** развития здравоохранения Российской Федерации в целом. Структура Программы прослеживается через паспортизацию отдельных тематических подпрограмм.

На период реализации Программы создана межведомственная комиссия, в состав которой включены ведущие специалисты в области здравоохранения и государственного управления [5].

Цель работы. Исследование посвящено рассмотрению актуальных вопросов, решение которых потенциально может способствовать поиску новых организационных моделей развития системы отечественного здравоохранения с использованием возможностей международной интеграции.

© О.Е. Перфилова, Е.Е. Шиган, 2016 г.

Предметом комплексного анализа являются следующие положения Программы:

- совершенствование системы санаторно-курортного лечения;
- повышение роли Российской Федерации в глобальном здравоохранении.

Материалы и методы. Исследование выполнено с учётом современных условий высокой геополитической и экономической активности, предопределяющих выбор оптимальных алгоритмов сохранения человеческого потенциала России, эффективность которых можно будет оценить через целевую индикацию по шестнадцати разработанным в Программе показателям. Применительно к теме исследования были отобраны две ключевые социально значимые величины:

- по показателю 1 «Смертность от всех причин (на 1000 населения)» – ожидаемо снижение смертности от всех причин до 11,4 случая на 1000 населения;
- по показателю 16 «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» – увеличение возраста до 74,3 года.

Известно, что объёмы бюджетных ассигнований Программы на 2015 год (по предварительной оценке) учитывают общий размер средств, в том числе:

- средства федерального бюджета – 260503600,8 тыс. рублей;
- средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации – 1336464817,5 тыс. рублей;
- средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 1452032467,1 тыс. рублей [4].

Для достижения цели данного исследования был проведён детальный анализ двух подпрограмм, совместная реализация которых потенциально может служить основой процесса оптимизации системы отечественного здравоохранения в режиме реальной политико-экономической ситуации.

Паспорт подпрограммы 5 «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям» разработан, исходя из необходимости увеличения активного периода жизни населения. Ожидается, что поддержка развития инфраструктуры системы санаторно-курортного лечения позволит по показателю подпрограммы 5.1 «Охват санаторно-курортным лечением пациентов» увеличить его доступность до уровня не менее 45% от числа нуждающихся. Размер средств федерального бюджета, выделяемых для реализации подпрограммы в 2015 году, по предварительной оценке составляет 10614920,4 тыс. рублей (с учётом ассигнований на совершенствование системы медицинской реабилитации) [4].

Паспорт подпрограммы 8 «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья» конкретизирует её цель через необходимость увеличения значимости Российской Федерации в глобальном здравоохранении. Задачи подпрограммы носят комплексный характер:

- повышение роли Российской Федерации в международных организациях в сфере охраны здоровья;
- продвижение продуктов (услуг), производимых в Российской Федерации, и проектов на рынки зарубежных стран;
- подготовка предложений по совершенствованию нормативно-правовой и институциональной базы российского участия в международных отношениях в сфере охраны здоровья;
- развитие международных многосторонних исследовательских и иных проектов, в которых участвует Российская Федерация;
- поддержание устойчивых отношений с иностранными государствами в сфере охраны здоровья;
- привлечение отечественных организаций к выполнению международных проектов;
- обеспечение согласованной и скоординированной деятельности российских ведомств, участвующих в международных отношениях в сфере охраны здоровья.

Индикация эффективности системы межгосударственного сотрудничества в сфере охраны здоровья будет проводиться с учётом

показателя подпрограммы 8.1 «Количество реализованных совместных международных проектов в области здравоохранения» – ожидаемо увеличение их числа до 50 единиц. Общий размер средств федерального бюджета на реализацию подпрограммы составляет (по предварительной оценке) на 2015 год – 485959 тыс. рублей [4].

Исследования показывают, что оптимизация своевременного доступа граждан России к рекреационным ресурсам связана сегодня с реконструкцией, модернизаций и территориальным укрупнением существующей базы санаторно-курортного лечения, а также с использованием экологического подхода к оценке стратегического потенциала страны в целом [1], [3]. Выбор курорта для проведения лечебно-профилактических мероприятий детерминирован прежде всего географически и технологически, а не административно, что увеличивает возможности расширения масштабов международного трансграничного сотрудничества в области здравоохранения. При этом России может принадлежать значительная доля рынка рекреационных и медицинских услуг, взаимовыгодная продажа которых иностранным потребителям или предоставление на иных коммерческих основаниях позволят нашей стране занять лидирующие позиции в данном сегменте.

Российская Федерация обладает уникальными природными ресурсами (климатическими, орографическими, гидрологическими, минеральными, биологическими), распределёнными практически по всей территории страны. В совокупности с самобытным культурным ландшафтом мировое значение экологического потенциала страны трудно переоценить. В свою очередь отечественная медицина накопила многовековой опыт использования данных ресурсов на благо человечества, для лечения и оздоровления многих поколений людей. В Российской Федерации находятся центры академической науки о санаторно-курортном деле (Москва, Пятигорск, Томск, Сочи, Евпатория и др.), проводятся научно-клинические исследования, результаты которых используются в практике оказания медицинских услуг на третьем этапе реабилитации пациентов.

Прошедший I Международный конгресс «Санаторно-курортное лечение» (18–19 марта 2015 г., Москва) обозначил повышенный интерес со стороны представителей медицинской науки, организаторов здравоохранения, бизнес-сообществ к проблеме оптимизации и диверсификации рынка данных услуг. Вместе с тем, большое внимание было уделено вопросам поддержания экологического баланса российских лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Результаты и обсуждение. Создание санаторно-курортных кластеров на территории России подразумевает развитие медицинского туризма. Следует признать, что практика организации зарубежных «медтуров» не является новой, но происходят они в основном с целью добровольного получения людьми (на коммерческой основе) высокотехнологичного оперативного лечения сложных заболеваний, коррекции внешности по эстетическим показаниям, паллиативной помощи или родовспоможения. То есть, в большинстве случаев эти люди испытывают (или потенциально могут испытать) на себе действие хирургических методов лечения и являются прежде всего пациентами медицинских учреждений, а не просто «обычными туристами». Несомненно, что при оказании хирургической помощи природно-климатические особенности местности, в пределах которой расположены медицинские учреждения, не могут быть определены как «главные лечебные факторы».

Новые организационные модели могут актуализировать социально значимое направление медицинского туризма – профилактическое. В данном случае речь идёт не только о донозологической форме реабилитации пациентов, коррекции преморбидных состояний, продлении сроков ремиссии хронических или трудноизлечимых (неоперабельных) заболеваний. Научно-технологическое оснащение учреждений санаторно-курортного профиля,

статистическая достоверность результатов фундаментальных и прикладных исследований об эффектах позитивного воздействия естественно-природных компонентов на организм человека – ключевые основания для грамотного привлечения инвестиций и пропаганды позитивной «моды» на здоровье, атрибуты которой связаны в том числе и с посещением курортов. Необходимо изменить самоидентификацию потенциального потребителя санаторно-курортных услуг, перейдя от категории «пациент» (т.е. «больной») к категории «турист». При этом туристу, решившему посетить курорты России, будут доступны высокотехнологичные медико-профилактические услуги, которые он не может получить, посещая иные зарубежные курорты, ориентированные только на развлекательные мероприятия, последствия которых не всегда позитивно отражаются на состоянии здоровья потребителя.

Заслуживает внимания опыт привлечения иностранных пациентов, который накоплен в практике деятельности ФГБУ Объединённый санаторий «Подмосковье», входящем в подведомственную структуру Управления делами Президента Российской Федерации. В настоящее время она включает в себя 11 многопрофильных санаториев, где сохранены и с успехом используются главные принципы санаторно-курортного лечения. По информации директора санатория С.А. Воронцова, в последние годы комплексным восстановительным лечением пользуются бывшие соотечественники – нынешние граждане Израиля, Германии, Перу, ранее уже имеющие положительный опыт оздоровления, основанного на достижениях санаторно-курортной медицины СССР и России.

В мае 2015 года в течение 14 дней в санатории находились 20 граждан Арабской Республики Египет – это сделавшие сознательный выбор в пользу покупки путёвок на санаторно-курортное лечение в России коммерсанты, рестораторы, промышленники, инженеры [2]. Все туристы из Египта прибыли в Россию впервые. В структуре заболеваний данной группы пациентов преобладала ортопедическая, сердечно-сосудистая, ревматическая и эндокринная патологии.

Климатическая и диетическая адаптация египтян проходила без осложнений. По результатам диагностики пациентам было назначено лечение, которое наряду с другими лечебно-оздоровительными мероприятиями включало порционное пятиразовое питание без использования свинины (из-за повышенного содержания жиров и холестерина данный продукт полностью исключён из лечебного меню санатория), что также отвечает вкусовым предпочтениям жителей арабского мира и не противоречит их религиозным установкам.

По окончании лечения пациенты отметили его эффективность и высокое качество оказанных санаторно-курортных услуг. Этому способствовали профессионализм и высокий образовательный уровень врачебного состава санатория, грамотное проведение медицинских назначений, оптимальное использование современного диагностического оборудования и инфраструктуры санатория.

Анализ показал, что на позитивное восприятие туристами из Египта процесса санаторно-курортного лечения в России оказали также экологические (свежий, в сравнении с египетским столичным Каиром, воздух), ландшафтные (санаторий расположен на 125 гектарах лесного массива, имеет терренкуры 1700 и 3400 м), фенологические (весенний сезон), исторические (год 70-летия Победы над фашизмом), культурные (экскурсия в Москву, посещение цирка, оперного театра, Парка Победы), этические (уважительное отношение со стороны медицинских работников и обслуживающего персонала) эмоционально-положительные моменты. Кроме того, пациент санатория – врач-нефролог с 45-летним стажем работы в медицинских клиниках Египта – в общении с российскими коллегами смог удовлетворить свой профессиональный интерес к передовым методикам лечения и реабилитации. Египтяне отметили «упорядоченность» и «правильность» жизни российских

людей (в том числе интерес к «жизни по расписанию» и соблюдению диеты).

Рассмотренный пример свидетельствует о том, что именно вышеуказанные обстоятельства (уровень российской медицины, природные возможности российской территории и культурный потенциал страны) имеют определяющее значение для оптимизации системы работы санаторно-курортных учреждений с иностранными пациентами. Действительно, принадлежность конкретного санатория к элитной «кремлёвской медицине» (как значительный мотивационный фактор выбора медицинского учреждения для получения услуг по оздоровлению) в данном случае не являлась доминирующим обстоятельством из-за ограниченности у большинства иностранцев представлений о системе организации здравоохранения в России. Факторы финансовой и логистической доступности медицинских услуг также не были для египтян приоритетными, т.к. данная группа пациентов представлена людьми хорошо оплачиваемых в арабском мире профессий, не имеющими трудностей в трансграничной мобильности.

В интервью «Российской газете» египетские туристы с сожалением отметили дефицит своевременной объективной информации о России в целом, о достижениях её медицины (в том числе в вопросах массового оздоровления, профилактики заболеваний), а также о возможности совмещения отдыха и квалифицированного лечения [2]. В их случае это привело к потере времени, финансовых средств и здоровья.

Выводы и рекомендации. Данное исследование доказывает возможность выполнения статьи дохода от эксплуатации санаторно-курортных мощностей в части оказания услуг иностранным гражданам. Однако в современных геополитических условиях информационная блокада по отношению к России является сложным препятствием в решении задач привлечения иностранных потребителей российских санаторно-курортных услуг.

Представляется необходимым проведение целенаправленной информационно-рекламной кампании по трансляции достижений и современных возможностей российской медицинской науки о санаторно-курортном деле по двум ключевым направлениям:

- маркетинг – формирование активных туристических предложений по курортным и медицинским услугам российских регионов с учётом общих и специфических потребностей зарубежного потребителя (на основании изучения перечней преобладающей профессиональной патологии у работающего населения, национальных и религиозных традиций в подходах к здоровьесбережению и отдыху, пищевых предпочтений, специфики процессов акклиматизации, культурно-познавательных интересов, логистических схем сезонных и внесезонных туристических потоков, количественной оценки представителей разновозрастных групп зарубежного населения, потребностей в педиатрических и геронтологических учреждениях постоянного пребывания и т.д.);
- образование – базовые санаторно-курортные учреждения могут стать коммерческими международными учебными площадками для проведения тематического усовершенствования и профессиональных стажировок специалистов из разных стран.

Первоначально полученные дивиденды от предоставления санаторно-курортных услуг иностранным гражданам должны инвестироваться в комплексное социально-экономическое развитие территории, улучшение материального положения работников отрасли, в досуг и отдых персонала, обслуживающего рекреационные базы. Затем, с учётом расширения предложения и увеличения объёмов выручки, они смогут обеспечивать финансовое покрытие (минимизацию) расходов российских граждан на профилактические мероприятия, что в сложной для России демографической ситуации будет способствовать снижению смертности и увеличению продолжительности жизни. Поиск путей повышения эффективности международного сотрудничества тем более актуален, т.к. фактически

требующиеся объёмы санаторно-курортных услуг, необходимых российским гражданам, представляются намного выше запланированных в одноимённой подпрограмме за счёт:

- гериатрических и педиатрических пациентов, не подпадающих под льготные категории;
- значительной доли работающего населения, нуждающегося в своевременной профилактике профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний;
- населения, проживающего в экологически неблагоприятных природно-климатических условиях.

Данные обстоятельства должны быть приняты во внимание для принятия действенных мер по сохранению трудоспособности и повышению качества жизни населения Российской Федерации, особенно с целью компенсации человеческих потерь при пролонгации пенсионного возраста.

Литература

1. *Ализаде Ю.С.* Инновации в управлении рекреационно-туристическим потенциалом природных территорий: экологический подход / Модернизация экономики и управления: II Международная научно-практическая конференция. 27 февраля 2014 года: Сборник научных статей/ Под общ.ред. д.э.н., проф.В.И.Бережного; Северо-Кавказский федеральный университет. – Ставрополь: Ставролит, 2014. – Часть II. – 318 с. – ISBN978–5–904436–94–0 – с.100–102.

2. *Елков И., Корольков М.* Медицинский туризм меняет направление потока отдыхающих / Российская газета, 14.05.2015. – Федеральный выпуск 6674 (103). – Электронная версия http://www.rg.ru/2015/05/15/sanatorii.html.

3. *Корчажкина Н.Б.* Совершенствование системы санаторно-курортного лечения в Российской Федерации. – «Медицина: целевые проекты», № 16. – 2013.

4. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. №294 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». – http://base.garant.ru/70643470/#block_1000.

5. Приказ Минздрава РФ от 12 ноября 2014 г. №722 «О создании межведомственной комиссии по реализации мероприятий государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», с изменениями и дополнениями. – http://base.garant.ru/70804768.

6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 4 сентября 2014 г. № 1727-р «О плане реализации государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 гг. – http://base.garant.ru/70733282.

UDC 614.2

Perfilova O.E., Shigan E.E. ***Optimization of organizational models sanatorium treatment as a factor in the effectiveness of international integration in the field of health*** *(FSBSI Research Institute of Occupational Health, Moscow)*

Abstract. In the article is shown the possibility for Russia as one of the leading positions in sphere of the provision of services in sanatorium treatment in relation to the tasks of the national preventive health areas (for example, analysis of the thematic sub-programs of the Russian Federation's State program «Health Development» for the period up to 2020).

Keywords*: medical history, health care management, life quality, recreation resources, sanatorium treatment, ecological balance*

М.А. Иванова,
д.м.н, профессор, заведующая отделением нормирования труда медицинских работников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, e-mail: maisa@mednet.ru
А.В. Ворыханов,
заведующий отделением анестезиологии и реаниматологии 6 ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, врач-анестезиолог – реаниматолог, e-mail: avorykhanov@narod.ru
А.В. Поликарпов,
к.м.н, заведующий отделом статистики ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, e-mail: polikarpov@mednet.ru

СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН В Г. МОСКВЕ ЗА ПЕРИОД С 2010 ПО 2014 Г.

УДК 614.2

[1]Иванова М.А., [2]Ворыханов А.В., [1]Поликарпов А.В. Случаи заболеваний и исходы беременности у женщин в г. Москве за период с 2010 по 2014 г. ([1]ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; [2]Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова ДЗ г. Москва)

Аннотация. Анализ исходов беременностей в г. Москве за период с 2010 по 2014 гг. показал рост числа беременностей на 9,2%. При этом выросло число абортов на 5,7% и внематочных беременностей – на 15,6%. Число беременных с различной патологией возросло с 78,5% (2010г) до 80,7% (2014г). При этом общая заболеваемость среди беременных уменьшилась с 206,41 до 191,65 к 2014 г., в то же время прогнозная оценка свидетельствует о возможном росте. Прослеживается снижение заболеваемости болезнями мочеполовой системы на 4,8%, анемией на 7,6% и системы кровообращения на 1,3%, на фоне роста венозных осложнений на 5,1% с 5,86 (2010г) до 6,16 (2014г) на 100 закончивших беременность, и рост заболеваний эндокринной системы.

***Ключевые слова**: беременность, заболеваемость, исходы беременности, анемия, рост.*

Здоровье населения является важнейшим источником и неотъемлемым компонентом благосостояния общества, его экономического и культурного развития (Стародубов В.И., Соболева Н.П., Лукашев А.М., 2003). Однако на рубеже веков был отмечен рост общей смертности и снижение рождаемости (Стародубов В.И., Суханова Л.П., 2012). Из соматической патологии в период беременности часто встречается анемия, среди которой до 80,0% приходится на железодефицитную анемию (Тютюнник В.Л., Балушкина А.А., Докуева Р.С., 2013).

Из репродуктивных потерь следует отметить прерывание беременности. Так, при наличии в анамнезе у женщин подряд 3 и более самопроизвольно прерванных беременностей в срок до 20 недель, по определению ВОЗ, выкидыш считается привычным (Gibson G., Costa L.S., Koifman S.. 2009), составляя среди репродуктивных потерь от 5 до 20% (Суханова Л.П., 2006).

По данным N. Macklon и соавт. (2002), только до 30% зарегистрированных беременностей заканчивается рождением ребенка, до 10% беременностей не вынашивается.

Ежегодно в мире в пределах 13 млн. родов происходит преждевременно (Баев О.З, Козлова О.А. и др.2015). Причем за последние 40 лет не

© М.А. Иванова, А.В. Ворыханов, А.В. Поликарпов, 2016 г.

отмечается возможность снижения (Usta I.M., Khalil A., Nassar A.N., 2011).

В связи с вышеизложенным, изучение исходов беременности и соматической патологии беременных является актуальной проблемой.

Целью исследования явился анализ числа беременностей, их исходов и случаев заболеваний среди беременных в г. Москве в динамике с 2010 по 2014 гг.

Проведен анализ форм федерального статистического наблюдения № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Результаты и их обсуждение: За период 2010–2014 гг. в городе Москве наблюдается стабильный рост числа беременностей (на 9,2%). Положительным явилось увеличение числа родов в Москве с 124747 в 2010 г. до 136839 в 2014 г., или на 9,1%. Максимальный темп роста родов произошёл в 2012 году, в год перехода на критерии ВОЗ.

Негативным последствием на репродуктивное здоровье женщин является увеличение числа абортов только за последние пять лет на 5,7%. Количество внематочных беременностей выросло на 15,6%. Неблагоприятная

Таблица 1.

Исходы беременностей у женщин г. Москвы за период с 2010 по 2014 гг.

	2010	*2011*	*2012**	*2013**	*2014**	*Рост/снижение 2014г к 2010г*
г. Москва						
Всего беременностей	153762	155987	168682	166962	167865	+ 9,2%
из них закончились родами	124747	127099	136832	135911	136839	+ 9,7%
прервано	25392	24472	27729	26823	26839	+ 5,7%
внематочная	3623	4416	4121	4228	4187	+ 15,6%
Структура исходов (доля от всех беременностей в%)						
роды	81,1	81,5	81,2	81,4	81,5	
аборты	16,5	15,7	16,4	16,1	16,0	
внематочная	2,4	2,8	2,4	2,5	2,5	

**Роды регистрируются с 22 недель беременности*

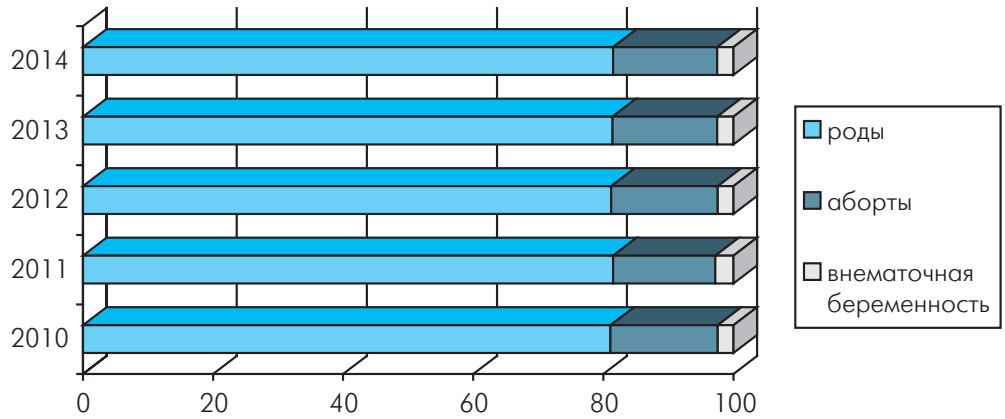


Рисунок 1. **Структура исходов беременностей в г. Москве за 2010–2014 годы**

Таблица 2.

Заболеваемость беременных, наблюдавшихся в женской консультации (на 100 закончивших беременность)

исходы	*2010*	*2011*	*2012*	*2013*	*2014*	*Рост/снижение 2014г к 2010г*
Закончили беременность всего	104838	106266	112524	111586	112210	+7,0
Женщин с заболеваниями (абс)	82317	84317	90051	89410	90593	+10,0
(%)	78,5	79,3	80	80,1	80,7	
Количество заболеваний на 1 беременную	2,1	1,99	1,99	2	1,9	–9,5
Всего заболеваний	216397	211508	224903	223500	215049	–0,6
Общая заболеваемость беременных	206,41	199,04	199,87	200,29	191,65	–7,2

динамика распространенности внематочной беременности за анализируемый период указывает на ощутимое нарушение репродуктивного здоровья женщин.

Структура исходов беременностей существенно не изменилась *(таблица 1, рис. 1)*. Изменение количества всех беременностей и структуры их исходов связано не только с репродуктивным здоровьем, но и социально-экономическим положением в обществе. На полученные данные по исходам беременностей значительное влияние оказали организация учёта (не учитываются прерывания беременностей, проведённых в негосударственных медицинских организациях), переход на рекомендуемые ВОЗ критерии перинатального периода с 22 недель беременности, а также качество оказания акушерско-гинекологической помощи.

При этом анализируемый период характеризовался неуклонным ростом числа беременных женщин с сопутствующей патологией среди состоящих на диспансерном наблюдении. Число беременных с различной патологией возросло с 78,5% (2010г) до 80,7% (2014г), что на 10,0% превышает уровень 2010 г. На каждую беременную женщину приходилось в среднем по два заболевания *(таблица 2.)*.

Всего зарегистрированных заболеваний уменьшилось на 0,6%. При этом общая заболеваемость беременных женщин за анализируемый период уменьшилась с 206,41 до 191,65 к 2014 г. (на 7,2%) *(табл. 2.)*.

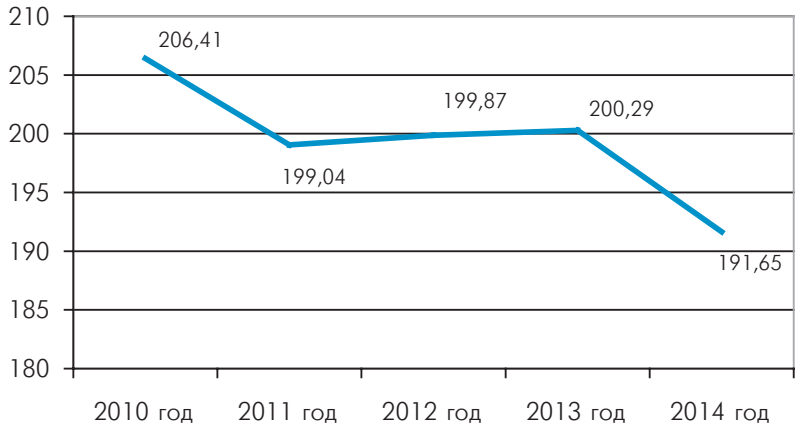


Рисунок 2. **Общая заболеваемость беременных на 100 закончивших беременность в г. Москве в 2010–2014 годах**

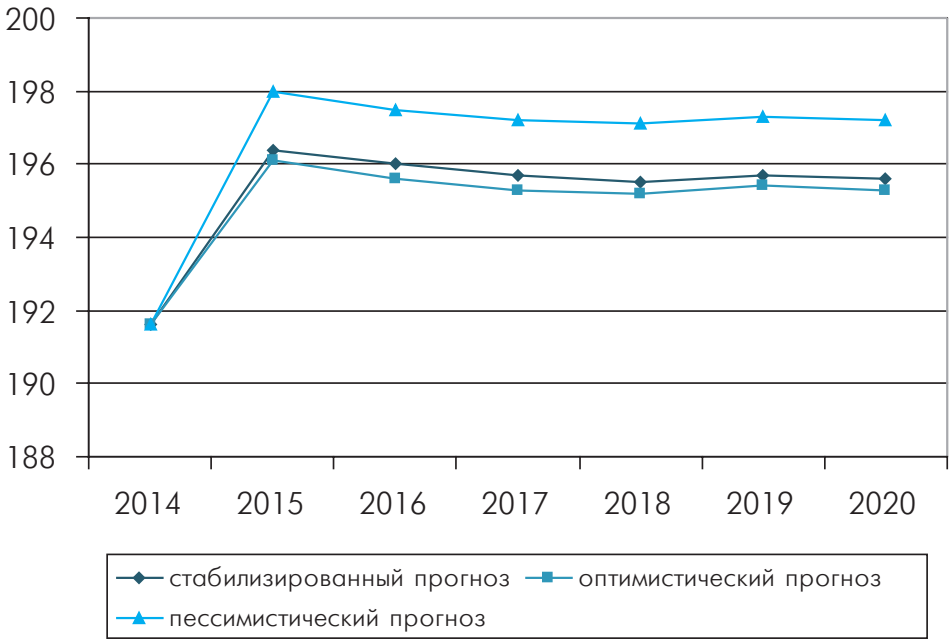


Рисунок 3. **Прогнозная оценка по показателю общей заболеваемости беременных на 100 закончивших беременность в г. Москве**

Проведена прогностическая оценка по показателю общей заболеваемости беременных на 100 закончивших беременность в г. Москве до 2020 года по фактическим показателям, полученным в период с 2010 по 2013 г.г., оценка 2014 г., прогноз составлен на 2015–2020 г.г. *(рис. 3.)*

Для оптимистического прогноза по показателю заболеваемости беременных в г. Москве выбраны значения 2011 и 2012 годов, когда значение показателя в отрезке интервала времени с 2010 г. по 2014 г. было самым наименьшим и наблюдалась положительная динамика.

Для пессимистического прогноза выбраны значения 2012 и 2013 годов, когда значения показателя были наиболее высокими и наблюдалась отрицательная динамика. По пессимистическому прогнозу возможен рост показателя с 191,65 до 198,0 с дальнейшим снижением до уровня 197,24.

По стабилизированному прогнозу возможен также рост показателя общей заболеваемости с 191,65 до 196,39 с дальнейшим снижением до уровня 195,7.

По оптимистическому прогнозу показатель может вырасти до 195,3 к 2020 г. *(рис. 3)*

Среди учитываемых соматических заболеваний отмечается снижение заболеваемости болезнями мочеполовой системы на 4,8%, анемией – на 7,6% и системы кровообращения – на 1,3% *(табл. 3)*.

Наиболее высокий показатель среди экстрагенитальных заболеваний, предшествовавших или возникших во время беременности, является заболеваемость анемией, которой страдает каждая 4–5 беременная женщина. По данным официальной статистики, заболеваемость анемией в течение анализируемых 5 лет составляет в пределах 24–22 на 100 закончивших беременность.

Среди женщин, состоявших на учёте по поводу беременности, наблюдается рост венозных осложнений на 5,1% (с 5,86 (2010 г.) до 6,16 (2014 г.) на 100 закончивших беременность).

Особую тревогу вызывает рост заболеваемости среди беременных болезнями эндокринной системы, в том числе щитовидной

Таблица 3.

Заболеваемость беременных, наблюдавшихся в женской консультации (на 100 закончивших беременность)

Экстрагенитальные заболевания предшествовавшие или возникшие во время беременности						
Венозные осложнения	6142	6501	7191	7017	6515	+6,1
	5,86	6,12	6,39	6,29	6,16	+5,1
Болезни мочеполовой системы	13622	13608	15124	15113	13869	+1,8
	12.99	12,81	13,44	13,54	12,36	-4,8
Сахарный диабет	696	770	958	1334	1731	+148,7
	0,66	0,72	0,85	1,2	1,54	+133,3
Анемия	25142	25380	26771	27320	24863	-1,1
	23,98	23,88	23,79	24,48	22,16	-7,6
Болезни щитовидной железы	6324	6570	7718	8754	8664	+37,0
	6,03	6,18	6,86	7,85	7,72	+28,0
Болезни системы кровообращения	11286	10722	11341	11437	10509	-6,9
	10,77	10,09	10,08	10,25	9,37	–1,3

железы на 28,0% и сахарным диабетом в 2,3 раза, представляя высокий риск на тяжёлые осложнения беременности. Частота сахарного диабета у беременных превысила рост всех остальных нозологических форм заболеваний, достигнув в 2014 г. 1,54 против 0,66 в 2010 г. на 100 закончивших беременность *(таблица 3., рис. 4).*

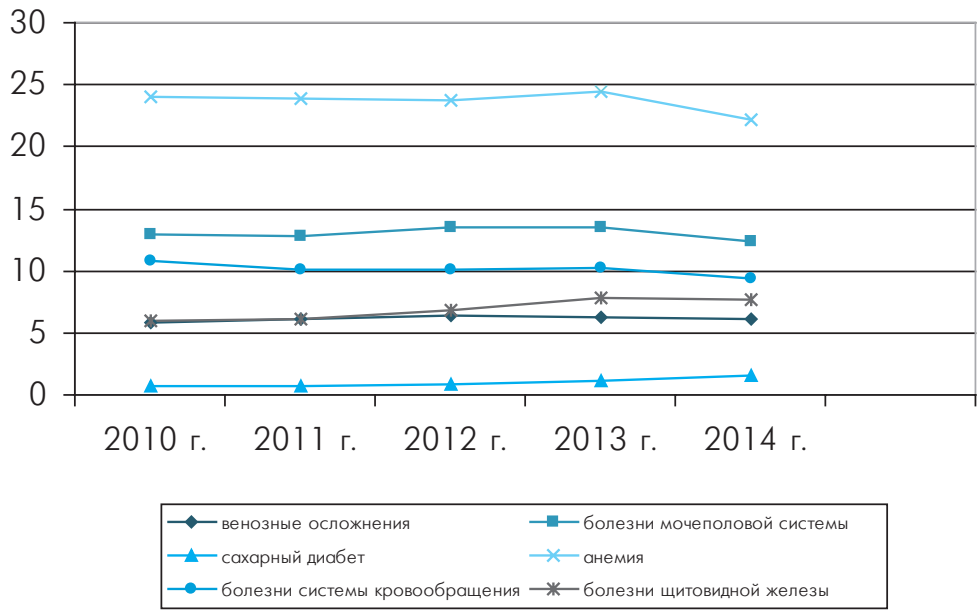


Рисунок 4. **Экстрагенитальные заболевания, предшествовавшие или возникшие во время беременности на 100 закончивших беременность по г. Москве**

Выводы:

Анализ числа беременностей и их исходов среди женщин г. Москвы за период с 2010 по 2014 гг. показал, что на фоне роста числа беременностей на 9,2% выросло число прерываний беременности (на 5,7%) и внематочной беременности на 15,6%.

Выросло число беременных с различной патологией с 78,5% (2010г) до 80,7%., хотя общая заболеваемость беременных уменьшилась с 206,41 до 191,65 к 2014 г.

За анализируемый период среди соматической патологии беременных прослеживается снижение заболеваемости болезнями мочеполовой системы на 4,8%, анемией – на 7,6% и системы кровообращения – на 1,3% на фоне роста патологии эндокринной системы на 28,0% и венозных осложнений на 5,1% с 5,86 (2010 г.) до 6,16 (2014 г.) на 100 закончивших беременность. Каждая 4–5 женщина во время беременности страдает анемией.

Литература

1. *Стародубов В.И., Соболева Н.П., Лукашев А.М.* Управленческие факторы в профилактике заболеваний. Москва. 2003. Издательство: РИО «ГУ ЦНИИОИЗ» МЗ РФ. – 175 с.

2. *Стародубов В.И., Суханова Л.П.* Репродуктивные проблемы демографического развития России. М.: Менеджер здравоохранения. 2012. 312 с.

3. *Тютюнник В.Л., Балушкина А.А., Докуева Р.С.* Профилактика и лечение железодефицитной анемии при беременности. Российский медицинский журнал. № 1. 2013. http:// rmj.ru/articles_8589.htm.

4. *Gibson G., Costa L.S., Koifman S.* Time trend of the male proportion at birth in Brazil, 1979–2004. Int J Environ Res Public Health 2009;6:8:2193–204.

5. *Суханова Л.П.* Тенденции улучшения репродуктивно-демографической ситуации в России в 2000–2004 гг. (с позиций службы охраны материнства и детства). Менеджер здравоохранения/ 2006; 3.

6. *Macklon N.S., Geraedts J.P., Fauser B.C.* Conception to ongoing pregnancy: the 'black box' of early pregnancy loss. Hum Reprod Update 2002; 8:4:333–343.

7. *Баев О.З.* Применение блокатора окситоциновых рецепторов – Атозибана для торможения спонтанной родовой деятельности. / Баев О.З, Козлова О.А., Тысячный О.В., Усова Е.А// Акушерство и гинекология. 2015. № 1. – С. 5–11.

8. *Usta I.M., Khalil A., Nassar A.N.* Oxitocyn antagonists for the management of preterm birth: a review. Am. J. Perinatol. 2011; 28(6):449–60. doi: 10.1055/s-0030–1270111.

UDC 614.2

Ivanova M.A., Vorihanov A.V., Polekarpov A.V.

Incidents of morbidity and outcomes of pregnancy among women in Moscow in the period between 2010 and 2014 years *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, O.M. Filatov's State clinical hospital № 15, Moscow)*

Abstract. Analysis of pregnancy outcomes in Moscow in the period between 2010 and 2014 years demonstrated a growth of some pregnancies 9.2%. Whereas there was recorded an increase in the number of abortions by 5.7% and extra-uterine pregnancies by 15.6%.

The number of pregnant women with various pathologies has increased from 78.5% (2010) to 80.7% (2014). Wherein the total morbidity rate among pregnant women decreased from 206.41 to 191.65 in 2014, and the forecasted estimate demonstrates a possible growth. There is also a decline in cases of diseases of the genitourinary system by 4.8%, cases of anaemia by 7.6% and blood circulatory system disease by 1.3%. At the same time, there was recorded a growth in the number of venous complications by 5.1% from 5.86 (2010) to 6.16 (2014) per 100 who ended their pregnancy, and growth of endocrine system diseases.

Keywords: *pregnancy, morbidity, pregnancy outcomes, anaemia, growth.*

И.А. Гехт,
д.м.н., профессор кафедр общественного здоровья и здравоохранения и медицинского страхования ИПО Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ. Россия, Самара. I.Gext@yandex.ru
Г.Б. Артемьева,
д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения Рязанского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, Россия, Рязань

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В БОЛЬНИЧНЫХ КОЙКАХ (ПО МАТЕРИАЛАМ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ)

УДК 614.2
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. ***О некоторых проблемах определения потребности в больничных койках (по материалам Самарской области)*** *(Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия, Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Россия, Рязань)*

Аннотация. Определение истинной потребности в больничных койках в последние годы стало весьма актуальной задачей. Предлагается несколько вариантов расчетов потребности, из которых наиболее предпочтительными выглядят методы, основанные на учете заболеваемости населения.

Ключевые слова: *потребность в больничных койках, заболеваемость населения.*

Для характеристики больничного коечного фонда, развернутого на определенной территории, в статье используются следующие понятия численности больничных коек:

- численность фактически развернутых больничных коек;
- численность больничных коек в соответствии с нормативами объемов медицинской помощи, утвержденными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ТПГГ);
- численность больничных коек, которая необходима для обеспечения фактической потребности в оказании медицинской помощи населению в условиях круглосуточного стационара.

Численность фактически развернутых больничных коек часто не бывает связана с планируемыми объемами стационарной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, а обусловлена исторически сложившимися обстоятельствами, особенностями расселения населения в прошлом, имеющимся кадровым составом медицинских работников, особенностями сформировавшегося больничного устройства.

ТПГГ, формируемая в соответствии с федеральной программой государственных гарантий (ПГГ), содержит нормативы объемов медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров, выраженных в числе госпитализаций на 1 жителя региона или застрахованного по ОМС, то есть было решено отойти от обозначения объемов стационарной медицинской помощи в койко-днях [4]. Учитывая, что госпитализации имеют

© И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2016 г.

различную среднюю длительность, ориентировка только на случаи стационарного лечения представляется достаточно уязвимой.

По нашему мнению, нормативы объемов медицинской помощи целесообразно представлять и в госпитализациях, и в койко-днях. Например, внедрение новых медицинских технологий позволяет в одних случаях значительно сокращать среднюю длительность пребывания стационаре – в этих случаях растет оборот койки и число госпитализаций, в других случаях даже применение новых технологий при сложной патологии у пожилых пациентов ведет к росту длительности пребывания на больничной койке и к уменьшению числа госпитализаций.

В последнее время заслуженно большое внимание уделяется реабилитации. Перевод пациентов на реабилитационную койку, особенно если реабилитационные отделения находятся в другой медицинской организации, часто ведет к необоснованному увеличению количества госпитализаций. В то же время, когда реабилитационные койки находятся в этой же больнице, возможно применение единой «сквозной» истории болезни. В этом случае, если считать число госпитализаций по «законченному» случаю, их число уменьшится, но вырастет и, порой значительно, средняя длительность пребывания в стационаре.

В ПГГ нормативы объемов медицинской помощи представлены в виде рекомендуемых показателей в расчете на одного жителя[4]. Рекомендательный характер показателей очень важен, так как регионы значительно отличаются друг от друга по разным характеристикам: 1) условия расселения, которые значительно влияют на доступность медицинской помощи, в том числе стационарной; 2) демографическая ситуация, когда выраженное постарение населения заставляет учитывать возросшую потребность пожилых граждан во всех видах медицинской помощи, в том числе и в стационарной, следовательно, следует предусмотреть некоторое увеличение объемов госпитализаций там, где постарение населения особенно выражено; 3) особенности оказания медицинской помощи за пределами своего региона. Например, госпитализированная заболеваемость жителей республики Башкортостан, застрахованных в Самарской области, получающих медицинскую помощь по месту регистрации, составляет 358 на 1000, но эти объемы так же, как и другие, оказанные за пределами области, входят в общие запланированные объемы стационарной помощи в ТП ОМС Самарской области. Таким образом, чем больше объемов стационарной помощи оказывается за пределами региона, тем меньше госпитализаций надо планировать в самой области, соответственно должно несколько уменьшиться и число больничных коек, развернутых на территории, так как число пролеченных за пределами региона застрахованных в Самарской области почти вдвое превышает число пролеченных в Самарской области иногородних жителей. Уровень госпитализации застрахованных в Самарской области и за ее пределами претерпевает значительные колебания по годам. И в этом состоит также одна из трудностей определения нормативов ТПОМС и планирования оказания стационарной помощи в самой области.

Нормативными документами, регламентирующими формирование ТПГГ, подчеркивается необходимость подхода к планированию объемов медицинской помощи с учетом региональных особенностей[6]. В первую очередь в расчет принимается состояние здоровья населения, которое характеризуется заболеваемостью. Именно поэтому вызывает сомнение правомерность претензий, которые предъявляются различными надзорными и контролирующими органами, когда показатели ТПГГ и ТП ОМС отличаются от рекомендуемых нормативов Федеральной программы.

В Самарской области, как и во многих других регионах, остро стоит вопрос с превышением объемов медицинской помощи в системе ОМС. Так, в 2014 году фактическое число госпитализаций (665116) превысило плановое их значение поТПГГ (619756) на 7,3%.

В этом вопросе особая роль принадлежит комиссии по разработке территориальной программы ОМС и страховым медицинским организациям (СМО). В соответствии с типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Министерства здравоохранения РФ от 24.12.2012 г. № 1355н, СМО оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по территориальной программе ОМС, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Сверхплановые объемы медицинской помощи остаются неоплаченными, при этом нередко встречаются необоснованные или не показанные по медицинским критериям госпитализации, повторные госпитализации, вызванные несоблюдением сроков (ранняя выписка) или дефектами в оказании медицинской помощи, а также несвоевременным направлением пациента на другой этап лечения, что увеличивает сроки пребывания на больничной койке.

При превышении объемов стационарной помощи следует учитывать еще одно обстоятельство. Сверхплановые объемы медицинской помощи требуют соответствующего обеспечения ресурсами. В случае неоплаты счетов за превышенные объемы медицинской помощи на диагностические, лечебные и сервисные услуги «сверхплановых» пациентов используются поступившие средства в соответствие с финансовым планом, тем самым уменьшаются нормативы затрат на диагностику, медикаментозное лечение, питание, и фактическая стоимость госпитализации и единицы медицинской помощи становится меньше.

Следует отметить, что коечный фонд в каждом субъекте Российской Федерации неоднороден. Он включает в себя койки, развернутые в государственных, ведомственных, частных медицинских организациях, что затрудняет организацию единого управления здравоохранением: определенную трудность составляет рациональное распределение кадров, больничных коек по профилям, оборудования. Гораздо эффективнее вопросы взаимодействия решаются там, где большинство медицинских организаций осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. В этом случае все медицинские организации работают в рамках единой территориальной программы ОМС, пользуются едиными тарифами, подчиняются единому порядку оплаты медицинской помощи, подвергаются контролю за сроками, условиями, качеством и организацией медицинской помощи.

Особо деликатный вопрос возникает при необходимости сокращения избыточных коек. В этом случае велик соблазн сохранить коечный фонд в государственных медицинских учреждениях, а все сокращение осуществлять за счет ведомственных и частных медицинских организаций, сокращая плановые объемы медицинской помощи при распределении их по медицинским организациям в рамках ТПОМС, что в конечном итоге приведет к свертыванию и сокращению больничных коек. Поэтому в случае предстоящего сокращения коечного фонда внимание следует обратить не на ведомственную принадлежность, а на потребность населения в тех или иных профилях больничных коек, доступность медицинской помощи, эффективность функционирования стационаров[6].

Число коек, необходимых для выполнения нормативных объемов медицинской помощи, утвержденных ТПГГ, рассчитывается по формуле:

$$X = \frac{N \times P \times L}{R}, \text{ где}$$

X – число коек, необходимых для выполнения нормативных объемов медицинской помощи,

N – норматив госпитализаций на 1 жителя в год,

P – численность жителей в регионе,

L – средняя длительность пребывания в стационаре,
R – работа койки в году, определенная по методике, приведенной в методических рекомендациях МЗСР РФ (2011)[3].

Для Самарской области число коек, необходимых для выполнения нормативных объемов медицинской помощи, утвержденных ТПГГ, учитывая, что норматив госпитализации в Самарской области соответствует федеральному нормативу – 0,193 на 1 жителя, население области – 3211170 человек, средняя длительность госпитализации 11,9 дней, занятость больничной койки – 323 дня в году, составляет 22833 коек:

$$22833 = \frac{0{,}193 \times 3211170 \times 11{,}9}{323}$$

Фактические объемы стационарной помощи в 2014 году в Самарской области составили 665116 госпитализаций, или 0,207 госпитализации на 1 жителя (без учета госпитализируемых на паллиативных койках и койках сестринского ухода). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре фактически составила 10,9 дня, средняя занятость больничной койки в году – 312 дней. Пользуясь этими исходными данными, находим, что для выполнения указанных объемов стационарной помощи достаточно было задействовать при рекомендованной средней занятости койки в году 323 дня 22445 коек:

$$22445 = \frac{665116 \times 10{,}9}{323}$$

При исходном уровне госпитализации и фактической занятости койки 312 дней в году число фактически используемых коек будет составлять 23236 коек:

$$23236 = \frac{665116 \times 10{,}9}{312}$$

Таким образом, можно сделать вывод о том, что фактический уровень госпитализации превосходит уровень, выступающий в качестве норматива ТПГГ, на 7,3%. При сравнении нормативных и фактических объемов медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах, в койко-днях картина представляется более благоприятной. Так, при нормативе объемов 7375094 койко-дней за год выполнены объемы в размере 7238639 койко-дней, или на 2% меньше. Это еще раз подтверждает целесообразность планирования объемов стационарной помощи в госпитализациях и койко-днях.

Сравнение расчетного числа необходимых для выполнения ТПГГ больничных коек и число фактически развернутых коек показывает их сопоставимость: в 2014 году в Самарской области было развернуто 23251 койка без учета паллиативных коек и коек сестринского ухода, на начало 2015 года число коек уменьшилось до 22877 коек при потребности для выполнения нормативов ТПГГ 22833 койки.

Для подтверждения правильности приведенных расчетов региональной потребности в больничных койках нами была использована формула И.И. Розенфельда(1955 г.)[5]:

$$X = \frac{G}{\frac{R}{L}}, \text{ где}$$

X – число больничных коек,
G – плановое число госпитализаций;
R – работа (занятость) койки в году;
L – средняя продолжительность госпитализации.

По формуле И.И. Розенфельда, для Самарской области необходимо 22835 коек:

$$22835 = \frac{619756}{\frac{323}{11{,}9}},$$

что подтверждает предыдущие расчеты.

Приведенные методики определения потребности в больничных койках просты и удобны для расчетов, но они не учитывают состояние здоровья населения. В связи с этим, на наш взгляд, заслуживают внимания методы, которые при определении потребности в больничных койках учитывают заболеваемость населения[7].

Один из таких методов разработан авторами [1,2,3] по следующему алгоритму:

1. Определить число госпитализаций на 100 зарегистрированных заболеваний:

$$G_s = \frac{N_g}{S \times 100}, \text{ где}$$

G_s – число госпитализаций на 100 заболеваний,
N_g – норматив стационарной помощи в госпитализациях на 1000 населения,
S – общая заболеваемость на 1000 населения.

2. Определить число койко-дней на 100 заболеваний:

$$K_s = G_s \times L_n, \text{ где}$$

K_s – число койко-дней на 100 заболеваний,
G_s – число госпитализаций на 100 заболеваний,
L_n – норматив средней длительности пребывания на больничной койке.

3. Определить число коек на 100 заболеваний:

$$X_s = \frac{K_s}{R}, \text{ где}$$

X_s – число коек на 100 заболеваний,
K_s – число койко-дней на 100 заболеваний,
R – работа (занятость) койки в году.

4. Определить необходимое число коек в регионе:

$$X = \frac{X_s \times S \times P}{100 \times 1000}, \text{ где}$$

X – число необходимых больничных коек,
X_s – число коек на 100 заболеваний,
S – зарегистрированная общая заболеваемость на 1000 населения,
P – численность населения.

Ниже представлен расчет числа больничных коек, необходимых для реализации ПГГв Самарской области по предложенной методике.

1. Число госпитализаций на 100 заболеваний:

$$\frac{193}{2296.9 \times 100} = 8{,}4, \text{ где}$$

193 – норматив госпитализаций на год на 1000 населения,
2296,9 – общая заболеваемость (распространенность) на 1000 населения за год,
8,4 – число госпитализаций на 100 заболеваний.

2. Число койко-дней на 100 заболеваний:

$$8{,}4 \times 11{,}9 = 99{,}96, \text{ где}$$

8,4 – число госпитализаций на 100 заболеваний,
11,9 – норматив средней длительности лечения,
99,96 – число койко-дней на 100 заболеваний.

3. Число необходимых коек на 100 заболеваний:

$$\frac{99{,}96}{323} = 0{,}3095, \text{ где}$$

99,96 – число койко-дней на 100 заболеваний,
323 – норматив работы койки в году,
0,3095 – число необходимых коек на 100 заболеваний.

4. Потребность в больничных койках в Самарской области:

$$\frac{0{,}3095 \times 2296{,}9 \times 3211170}{100 \times 1000} = 22828, \text{ где}$$

0,3095 – необходимое число коек на 100 заболеваний,
2296,9 – общая заболеваемость на 1000 населения за 2014 год,
3211170 – численность населения области,
22828 – потребность в больничных койках в Самарской области в 2015 году.

По нашему мнению, заслуживает внимания и метод, предложенный Г.А. Поповым в 1967 г.[6]:

$$X = \frac{S \times D \times L}{R \times 100}, \text{ где}$$

X – необходимое количество среднегодовых коек на 1000 населения,
S – общая заболеваемость населения,
D – процент отбора больных на госпитализацию от числа зарегистрированных в поликлинике,
L – среднее число дней пребывания пациента на койке,
R – среднее число дней работы койки в году (занятость койки).

В приведенной методике трудность вызывает определение процента отбора на госпитализацию. Мы предлагаем следующий

алгоритм определения процента отбора на госпитализацию. Используя число посещений за год, определяем число посещений, приходящихся на одно заболевание, как частное от деления числа посещений на число зарегистрированных заболеваний:

$$T_s = \frac{T}{S}, \text{ где}$$

T_s – число посещений, приходящихся на одно заболевание,
T – число посещений в год,
S – зарегистрированная заболеваемость.

Число обращений за медицинской помощью определяем путем деления общего числа посещений на число посещений, приходящихся на 1 заболевание:

$$O = \frac{T}{T_s}, \text{ где}$$

O – число обращений за медицинской помощью,
T – число посещений в год,
T_s – число посещений, приходящихся на одно заболевание.

Процент отбора на госпитализацию определяется как частное от деления числа госпитализаций по нормативу ТПГГ на число обращений в поликлинику, умноженное на 100:

$$D = \frac{G_n}{O} \times 100, \text{ где}$$

D – процент отбора на госпитализацию,
G_n – число госпитализаций по нормативу ТПГГ,
O – число обращений в поликлинику.

В нашем примере число посещений за год в Самарской области составило 29542764; число посещений, приходящихся на одно заболевание, – 3,96; число обращений за медицинской помощью – 7460294, число госпитализаций по нормативу ТПГГ – 619756, процент отбора на госпитализацию составит 8,3:

$$\frac{619756}{7460294 \times 100} = 8{,}3.$$

По формуле, предложенной Г.А. Поповым, численность коек, необходимых для реализации ПГГ в Самарской области, составляет:

$$\frac{8{,}3 \times 2296{,}9 \times 11{,}9}{323 \times 100} = 7{,}02 \text{ на 1000 населения, где}$$

8,3 – процент отбора на госпитализацию,
2296,9 – заболеваемость на 1000 населения,
11,9 – среднее число дней пребывания в стационаре,
323 – работа койки в году (нормативная занятость),
7, 02 – число коек на 1000 населения.

Абсолютное число коек, рассчитанное по формуле Г.А. Попова, составляет:

$$\frac{7{,}02 \times 3211170}{1000} = 22542 \text{ коек, где}$$

22542 – абсолютное число коек,
7,02 – численность коек на 1000 населения,
3211170 – население области.

Таким образом, число коек, необходимых для реализации ПГГ в Самарской области, рассчитанное по предложенным методикам, сопоставимо: по нормативам, рекомендованным для формирования ПГГ, – 22833 койки, по формуле И.И. Розенфельда – 22835 коек, по методике И.А. Гехта и Г.Б. Артемьевой – 22828 коек, по формуле Г.А. Попова – 22542 койки (отличие от среднего показателя сопоставимых значений – 1,27%). Из приведенных методик определения коечного фонда наиболее ценными, по нашему мнению, являются те, которые связывают потребность в больничных койках с состоянием здоровья населения (заболеваемостью).

Динамика показателей общей заболеваемости населения Самарской области демонстрирует увеличение ее за три последних года на 2,9%. При сохранении подобной тенденции общая заболеваемость в 2017 году составит 2363,5 на 1000 населения, что потребует развернуть в Самарской области 23 490 коек (по формуле Г.А. Попова – 23 120 коек). То есть, «избыток» развернутых коек нивелируется при условии сохранения нормативов уровня госпитализации, средней длительности лечения, средней занятости койки в году.

Таким образом, необходимо учитывать, что с ростом заболеваемости, который обусловлен

многими причинами, среди прочих – постарение населения, улучшение выявляемости болезней при диспансеризации и профилактических осмотрах, потребность в стационарном лечении и, следовательно, в больничных койках увеличивается. Поэтому предстоит очень взвешенно и деликатно подойти к вопросу расчета и оптимизации коечного фонда.

Литература

1. *Артемьева Г.Б.* Медико-экономическая оценка реформирования региональной системы обязательного медицинского страхования (на примере Рязанской области): диссертация ... доктора медицинских наук. Рязань, 2013. – 343 с.

2. *Артемьева Г.Б., Гехт И.А.* Определение потребности в больничных койках в Рязанской области. //Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 2. – С. 27–35.

3. *Гехт И.А. / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева* О некоторых методических подходах к организации медицинской помощи, формированию стоимости медицинских услуг и их оплате в региональной системе обязательного медицинского страхования. Самара, 2013. – 144 с.

4. О методике расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах. /Письмо Минздравсоцразвития России от 26.12.2011 г. № 16–1/10/2–13164.

5. О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов. /Письмо Министерства здравоохранения РФ от 02.12.2014 г. № 11–9/10/2–9388.

6. Стационарная медицинская помощь (основы организации) под ред. А.Г. Сафонова, Е.А. Логиновой. – М., Медицина. – 1989. – 352 с.

7. *Тараканова С.Ю.* Совершенствование организации медико-санитарной помощи детскому населению в регионах расположения производства по утилизации ракетных двигателей твердого топлива: диссертация ... кандидата медицинских наук. Москва, 2015. – 149 с.

UDC 614.2

Geht I.A., Artemieva G.B. ***On particular issues of defining the demand for hospital beds (according to data from Samara region)*** *(Samara State Medical University, Samara, Russia, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia)*

Abstract. The task to define the real demand for hospital beds has become one of the most relevant ones in the recent times. There are suggested several options to estimate demand, out which the most attractive are those based on the audits of the population's morbidity.

Keywords: *demand for hospital beds, morbidity of population.*

П.В. Волжанин,
экономист по финансовой работе, ГУЗ «ЦГКБ», г. Ульяновск, Россия

ПРОБЛЕМА УЧЕТА РАЗЛИЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ОЦЕНКЕ ВЕЛИЧИНЫ МИНИМАЛЬНОГО РАЗМЕРА ОПЛАТЫ ТРУДА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

УДК 614.254

Волжанин П.В. ***Проблема учета различных элементов оплаты труда при оценке величины МРОТ*** *(ГУЗ «ЦГКБ», г. Ульяновск, Россия)*

Аннотация. Законодатель гарантирует работнику, отработавшему установленную месячную норму времени, заработную плату не меньше минимального размера оплаты труда (МРОП). При этом разнообразие толкований отдельных статей Трудового кодекса Российской Федерации, а также судебных решений порождает немало вопросов о составе минимального размера оплаты труда. Учитывая вопросы, с которыми автору приходится сталкиваться в своей деятельности, постараемся дать общий анализ о структуре МРОТ.

Ключевые слова: *судебная практика величины МРОТ, минимальный размер оплаты труда, МРОТ, структура МРОТ, состав МРОТ.*

1) ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО

Статья 129 трудового кодекса Российской Федерации (далее по тексту – ТК РФ) устанавливает следующие составные части заработной платы:

- базовый оклад;
- должностной оклад;
- компенсационные выплаты;
- стимулирующие выплаты

К видам выплат компенсационного характера в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.12.2007 № 822 «Об утверждении Перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат компенсационного характера в этих учреждениях» относят:

- выплаты работникам, занятым на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда;
- выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями;
- выплаты за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), сверхурочной работе, работе в ночное время и при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных).
- надбавки за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречиванием, а также за работу с шифрами.

© П.В. Волжанин, 2015 г.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.12.2007 № 818 «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в этих учреждениях» устанавливает следующий перечень видов выплат стимулирующего характера:

- выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;
- выплаты за качество выполняемых работ;
- выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет;
- премиальные выплаты по итогам работы.

Статья 133 ТК РФ устанавливает, что работодатель не имеет права выплачивать заработную плату работнику, полностью отработавшему месячную норму рабочего времени и выполнившему нормы труда ниже минимального размера оплаты труда (далее по тексту – МРОТ). При этом, как указывается в Определении Конституционного суда Российской Федерации от 01.10.2009 г. № 1160-О-О, «законодатель предусмотрел единственное условие: «заработная плата, включая стимулирующие и компенсационные выплаты, не может быть ниже МРОТ, установленным федеральным законом. При этом допускается установление тарифной ставки, оклада (должностного оклада) ниже этого размера». Такой же вывод делается в Апелляционном определении Хабаровского краевого суда от 26.04.2013 г. № 33–2252/2013, Апелляционном определении Алтайского краевого суда от 27.05.2014 г. № 33–4263/14.

2. СТРУКТУРА

2.1. Надбавки в районах Крайнего Севера и приравненных к ним областям.

Несмотря на то, что районный коэффициент относится к выплатам компенсационного характера и входит в структуру заработной платы, обширная судебная практика (Определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 08.04.2011 г. № 3-В11–4; Определения ВС РФ от 21.12.2012 г. № 72-КГ12–6, от 01.07.2011 г. № 72-В11–5, от 29.07.2011 г. № 56-В11–10, от 24.06.2011 № 3-В11–16; Обзор ВС РФ от 26.02.2014 г.) считает иначе, а именно, что районный коэффициент и процентная надбавка за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним областям устанавливается к МРОТ.

Как заметил ВС РФ от 08.04.2011 г. № 3-В11–4: «При этом оплата труда, выполняемого в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, осуществляется с применением районных коэффициентов и процентных надбавок к заработной плате (статьи 148, 315, 316 и 317 Трудового кодекса Российской Федерации)... Изменения, внесенные в статьи 129 и 133 Трудового кодекса Российской Федерации Федеральным законом от 20 апреля 2007 года № 54-ФЗ, не затрагивают правил определения заработной платы работника и системы оплаты труда... Это означает, что заработная плата работников организаций, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, должна быть определена в размере не менее минимального размера оплаты труда, после чего к ней должны быть начислены районный коэффициент и надбавка за стаж работы в данных районах или местностях».

2.2. Совмещение профессий (должностей), расширение зоны обслуживания, увеличение объёма работы.

Проанализировав имеющуюся литературу, можно выделить два подхода.

Первый – доплата за совмещение профессий (должностей), увеличение объёма работы, расширение зоны обслуживания включается в МРОТ.

Основной довод заключается в том, что статья 129 ТК РФ устанавливает стимулирующие и компенсационные выплаты как

часть заработной платы. При этом учитывая статью 151 ТК РФ, что работа осуществляется в основное рабочее время, делается вывод о том, что данные выплаты учитываются в МРОТ. (Апелляционные определения Иркутского областного суда от 29.04.2013 по делу №33–3305/2013, Верховного суда Республики Хакасия от 06.09.2012 по делу №33–1883/2012, Определения Пермского краевого суда от 03.07.2012 по делу №33–5901–2012, от 28.02.2012 по делу №33–1723/2012).

Второй – доплата за совмещение профессий (должностей), увеличение объёма работы, расширение зоны обслуживания не включается в МРОТ.

Некоторые специалисты отмечают, что в статье 133 ТК РФ речь идет только по основному месту работы. Статья 60.2 ТК РФ предусматривает именно дополнительную работу наряду с основной работой, т.е. у работника уже имеется основная работа (свои нормативные нагрузки, обязанности и т.п.) и помимо них осуществляется дополнительная работа, которая подлежит оплате в соответствии со статьями 149 и 151 ТК РФ. Соответственно, доплата за дополнительную работу не должна включаться в расчет МРОТ.

Так, в Апелляционном определении Смоленского областного суда от 10.04.2012 г. № 33–894 говорится: «.. в соответствии с международными нормами и требованиями российского трудового законодательства не допускается установление заработной платы в одинаковом размере работникам, выполняющим работу по одной и той же профессии, специальности или должности в различных условиях. ...в спорный период выполняла дополнительную работу, обслуживая сверх установленной нормы количество граждан, начисленная за указанную работу доплата не подлежит включению в расчет величины МРОТ».

2.3. Совместительство, сверхурочная работа, работа в выходной и праздничный день.

Учитывая статью 133 ТК РФ, не входит в структуру МРОТ оплата работы, выполняемая за пределами нормальной продолжительности рабочего времени (совместительство, сверхурочная работа, работа в выходной и праздничный день).

При сменной работе с суммированным учетом рабочего времени оплата труда в повышенном размере за работу в нерабочий праздничный день будет входить в МРОТ, если рабочая смена производилась в соответствии с утвержденным графиком работы (не рабочий праздничный день совпадал с утвержденной рабочей сменой).

Следует обратить внимание на то, что сказано в письме Министерства финансов Российской Федерации Федеральной налоговой службы от 31.08.2010 г. № ШС-37–3/10304@: «Если работник работает на условиях совместительства или в режиме неполного рабочего времени, законодатель не гарантирует, что месячная заработная плата работника будет не ниже минимальной, так как в этом случае оплата труда производится пропорционально отработанному времени или в зависимости от выработки».

3. ВЫВОД

Несмотря на многочисленные судебные решения, некоторые вопросы о включении тех или иных выплат в структуру МРОТ остаются открытыми.

Необходимость выработки единых и четких подходов к формированию структуры минимального размера оплаты труда продиктована не только многочисленными судебными тяжбами, но и разнообразием толкований отдельных статей Трудового кодекса Российской Федерации.

Литература

1. Апелляционное определение Хабаровского краевого суда от 26.04.2013 г. № 33–2252/2013;
2. Апелляционное определение Алтайского краевого суда от 27.05.2014 г. № 33–4263/14;
3. Апелляционные определения Иркутского областного суда от 29.04.2013 по делу №33–3305/2013;
4. Апелляционные определения Верховного суда Республики Хакасия от 06.09.2012 по делу №33–1883/2012;
5. Апелляционное определение Смоленского областного суда от 10.04.2012 г. № 33–894;
6. Определение Конституционного суда Российской Федерации от 01.10.2009 г. № 1160-О-О;
7. Определение Судебной коллегии по гражданским делам ВС РФ от 08.04.2011 г. № 3-В11–4;
8. Определения ВС РФ от 21.12.2012 г. № 72-КГ12–6;
9. Определения ВС РФ от 01.07.2011 г. № 72-В11–5;
10. Определения ВС РФ от 29.07.2011 г. № 56-В11–10;
11. Определения ВС РФ от 24.06.2011 г. № 3-В11–16;
12. Обзор ВС РФ практики рассмотрения судами дел, связанных с осуществлением гражданами трудовой деятельности в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностям от 26.02.2014 г;
13. Определение ВС РФ от 08.04.2011 г. № 3-В11–4;
14. Определения Пермского краевого суда от 03.07.2012 по делу №33–5901–2012, от 28.02.2012 по делу №33–1723/2012;
15. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.12.2007 № 822 «Об утверждении Перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат компенсационного характера в этих учреждениях»;
16. Письмо Министерства финансов Российской Федерации Федеральной налоговой службы от 31.08.2010 г. № ШС-37–3/10304@;
17. Трудовой кодекс Российской Федерации;
18. Федеральный закон от 19.06.2000 г. № 82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда».

UDC 614.254

Volzhanin P.V. ***The issue of accounting various elements of payroll while evaluating the minimal wage*** *(State health care institution, «Central Public Clinic Hospital», Ulianovsk, Russia)*

Abstract. The legislator guarantees to pay an employee a salary of not less than a minimal wage in Russia upon completion of working within a monthly period. Wherein there is a variety of interpretations of separate articles of Labour Codex of Russian Federation, as well as court rulings to prompt a wealth of questions about the substance of the minimal wage. Given the questions that the author is facing in from professional activity, we attempt to provide a comprehensive analysis of the minimal wage structure.

Keywords: *judicial practice for estimating the value of minimum wage, minimal wage size, the structure of minimal wage, the substance of minimal wage.*

От редакции:

На фоне всеобщих стенаний на сокращение финансирования здравоохранения выступление Министра здравоохранения В. Скворцовой о росте расходов на здравоохранение прозвучало практически диссонансом и вызвало у многих скепсис. Есть ли основания сомневаться в словах министра? В чем причина проблем с финансированием здравоохранения: в недостатке средств или в чем-то другом? Эти и другие вопросы в представленной статье исследуют наши эксперты.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров,
д.э.н, профессор, зам.директора ФГБУ«Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия
О.В. Обухова,
к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения ФГБУ«Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия
А.С. Брутова,
экономист Отделения ценообразования высокотехнологичной медицинской помощи, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

ПАРАДОКСЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2016 ГОДУ: В СИСТЕМЕ ОМС ОБНАРУЖИЛИСЬ ЛИШНИЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ БУДУТ ИЗЪЯТЫ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ БЮДЖЕТ

УДК 614.2.003
Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Брутова А.С. ***Парадоксы финансирования здравоохранения в 2016 году: в системе ОМС обнаружились лишние средства, которые будут изъяты в федеральный бюджет*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия)*

Аннотация. При всей сложности экономической ситуации в стране здравоохранение по-прежнему остается одной из приоритетных сфер в вопросах финансирования. Несмотря на кризис, объем средств, выделяемых отрасли, увеличивается. Но, к сожалению, темпы роста расходов на здравоохранение отстают от темпов инфляции. Кроме того, значительная часть бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования не связана с оказанием медицинской помощи в системе ОМС. Расходы ОМС не ориентированы на выполнение Указов Президента по повышению заработной платы. И несмотря на наличие серьезнейших финансовых проблем в системе ОМС, из бюджета Федерального фонда ОМС огромные средства изымаются в федеральный бюджет.

Ключевые слова: *здравоохранение, обязательное медицинское страхование, федеральный фонд ОМС, бюджет, доходы, расходы, дефицит, финансирование, инфляция*

© Ф.Н. Кадыров, О.В. Обухова, А.С. Брутова, 2016 г.

Цитата

«За десять лет с 2006 года консолидированный бюджет на здравоохранение в нашей стране вырос в 4,2 раза: с 690 миллиардов до 2,8 триллиона рублей в 2016 году. И если сравнивать 2016 год к 2015 году, несмотря на все финансовые сложности, консолидированный бюджет на здравоохранение в нашей стране вырастет на 4,3%», – заявила Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, выступая на ежегодном Гайдаровском экономическом форуме. Также за последние десять лет было увеличено количество денег, которые поступают в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, отметила министр. «Одним из важнейших решений было решение о концентрации денег в рамках преимущественно одного источника, – подчеркнула она. – Таким образом, формирование преимущественно одноканального финансирования. В чём это выражалось: в концентрации денег в рамках Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Если в 2006 году 42% от консолидированного бюджета здравоохранения возводилось в ОМС, в абсолютных величинах это 290 миллиардов рублей, то в 2016 году это уже 69%, это 1,7 триллиона». [9]

Финансирование системы ОМС

Действительно, ОМС в последние годы стал основным источником финансирования здравоохранения. В связи с этим первоочередной интерес представляет финансирование именно системы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с Федеральным законом от 14.12.2015 № 365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год», бюджет федерального фонда ОМС (далее – ФОМС, Фонд) по доходам прогнозируется в объеме 1661,7 млрд. рублей, по расходам – 1688,5 млрд. рублей. Дефицит бюджета – 26,8 млрд. рублей.

Итак, бюджет ФОМС сверстан с дефицитом, что явно демонстрирует сложную финансовую ситуацию, в которой находится ФОМС и вся система обязательного медицинского страхования в целом. Как известно, в настоящее время ФОМС является «держателем» основных средств ОМС (за исключением дополнительных «вливаний» в бюджеты территориальных фондов ОМС, осуществляемых некоторыми субъектами Российской Федерации).

За счет чего будет покрыт этот дефицит? Источником внутреннего финансирования дефицита бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования будет изменение остатков средств на счетах в размере 26,8 млрд. руб. Другими словами, ФОМС сэкономил эти средства в 2015 году, и полученная экономия переходит на 2016 год. Это далеко не однозначная ситуация. С одной стороны, это подспорье для бюджета 2016 года. Но, с другой стороны, это остатки средств, которые Федеральный фонд не направил в 2015 в субъекты (в территориальные фонды ОМС в виде межбюджетных трансфертов – субвенций), испытывающие острый недостаток средств. Вряд ли оправданной является подобная экономия при явном недостатке средств в системе ОМС. Вряд ли термин «экономия» здесь вообще уместен. Поэтому, конечно же, оценку реального положения с финансированием системы ОМС нужно проводить не только на основе сопоставления доходов и расходов ФОМС по годам, но и с учетом совокупного роста кредиторской задолженности учреждений здравоохранения (данные по которой к настоящему времени, к сожалению, еще не готовы, но по нашим оценкам значительно выросли). Наибольшую опасность представляет даже не сам факт массового появления кредиторской задолженности, а кумулятивный эффект от ее постоянного нарастания в последние годы.

Данные по объемам доходов ФОМС в последние годы приведены в *таблице 1.* При этом первоначальные значения за 2015 год приводятся на основе Федерального закона

Таблица 1.

Динамика доходов ФОМС, млрд.руб.

Год	*Закон о бюджете ФОМС*	*Сумма, млрд. руб.*	*Изменение к первоначальному уровню 2015 г., %*
2015 год	на 2015–2017 годы (первоначальный)	1632,3	-
2015 год	на 2015–2017 годы (уточненный)	1619,8	- 0,77
2016 год	на 2015–2017 годы	1706,5	+ 4,55
2016 год	на 2016 год	1661,7	+ 1,80

от 01.12.2014 №387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», а уточненные – на основе редакции этого закона от 20.04.2015.

Из данных таблицы хорошо видно, что в соответствии с принятым бюджетом запланированные доходы ФОМС составят на 44,8 млрд. руб. меньше, чем планировалось на 2016 год законом о бюджете на 2015 год и на период 2016–2017 годы.

По сравнению с 2015 годом (особенно по сравнению с уточненными данными, скорректированными в сторону уменьшения) доходы ФОМС все же вырастут, что само по себе уже является позитивным фактом. Но, к сожалению, рост доходов ФОМС составит всего 29,4 млрд. руб. или 1,8% по сравнению с первоначальным бюджетом (41,9 млрд. руб. или на 2,59% по сравнению с уточненным бюджетом). Правда, как отмечалось, расходы возрастут несколько более высокими темпами за счет переходящих остатков.

Рассмотрим теперь динамику расходов в системе ОМС *(таблица 2)*.

Как видим, картина с расходами примерно такая же, как и с доходами. Однако примечателен факт – расходы увеличиваются в меньшей степени, чем доходы. Почему это происходит, мы рассмотрим ниже.

Но важно не только то, насколько возрастут доходы и расходы. Не менее важно и то, как они соотносятся с инфляцией. В законе о федеральном бюджете инфляция планируется на уровне 6,4%, а рост доходов ФОМС (по сравнению с уточненными данными на 2015 год) – на 2,59%, расходов – на 1,55%. Следовательно, рост финансирования в системе ОМС отстает от уровня инфляции (которая к тому же, скорее всего, значительно превысит официально запланированный уровень в 6,4%). К тому же «отраслевая» инфляция в здравоохранении (темпы удорожания потребляемых ресурсов) из-за обвала рубля значительно выше, чем в целом по экономике за счет того, что основная часть потребляемых медикаментов и медицинских изделий и т.д. – импортная.

Таблица 2.

Динамика расходов ФОМС, млрд.руб.

Год	*Закон о бюджете ФОМС*	*Сумма, млрд. руб.*	*Изменение к первоначальному уровню 2015 г.,%*
2015 год	на 2015–2017 годы (первоначальный)	1675,3	-
2015 год	на 2015–2017 годы (уточненный)	1662,8	- 0,75
2016 год	на 2015–2017 годы	1758,3	+ 4,95
2016 год	на 2016 год	1688,5	+ 0,79

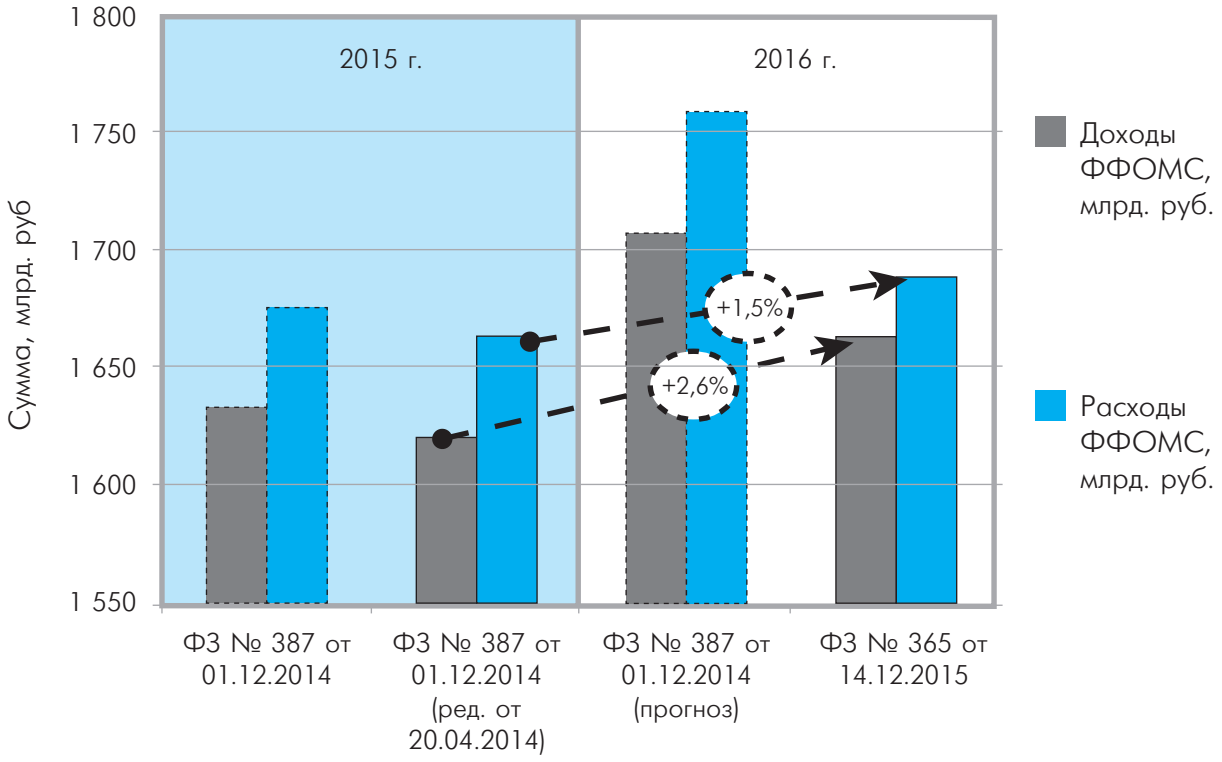


Рисунок 1. **Сравнительные данные по доходам и расходам ФОМС в 2015–2016 годах**

Сравнительные данные по доходам и расходам ФОМС в 2015–2016 годах отражены на *рисунке 1.*

Далее. Необходима оценка не только общей величины расходов, но и их структуры, нужно понять – на что они направлены. Оценка целесообразности и направлений расходов важна всегда, но особенно это важно в кризисных условиях.

Итак, рассмотрим на какие цели пошли средства ОМС, насколько они связаны с непосредственным оказанием медицинской помощи.

Первое, что бросается в глаза при анализе расходов бюджета ФОМС – это межбюджетные трансферты, связанные с «выведением» средств из системы ОМС. Речь идет о том, что из общего объема расходов ФОМС в сумме 1688,4 млрд. рублей в бюджете Фонда заложены межбюджетные трансферты, передаваемые федеральному бюджету в сумме 187,9 млрд. рублей и бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации в сумме 18,8 млрд. рублей. Суммарная величина этих трансфертов превышает 12% от общей величины всех расходов ФОМС! Огромная сумма.

Закономерен вопрос: являются ли эти средства «лишними» для системы ОМС?

Но и это еще не все. В бюджете ФОМС заложены значительные средства, не связанные непосредственно с оказанием медицинской помощи и не поступающие в медицинские организации.

Попытаемся прежде всего разобраться – на какие цели передаются средства из системы ОМС в федеральный бюджет.

Основная причина «странной» структуры расходов ФОМС – попытка Минфина России под лозунгом одноканального финансирования «сбросить» в систему ОМС все, что только можно (и что категорически нельзя – тоже). [8]

Высокотехнологичная медицинская помощь

Ключевая проблема заключается в том, что на систему ОМС в последние годы возлагают обязанности по финансовому обеспечению высокотехнологичной медицинской помощи (ранее на эти цели средства выделялись из федерального бюджета).

Первый этап предполагал включение ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС путем снятия с них статуса «высокотехнологичной» и перевода в статус «специализированной» медицинской помощи. Это касалось оказания видов травматологической медицинской помощи и т.д. Поводом для перевода из высокотехнологичной в специализированную медицинскую помощь послужила «широкая растиражированность» данных методов. А специализированная помощь в своей основной массе, как известно, финансируется за счет средств ОМС. Естественно, что это привело к необходимости отвлечения из системы ОМС значительных средств на финансирование этих видов медицинской помощи.

Второй этап заключался во включении в систему ОМС, 459 методов ВМП с сохранением статуса высокотехнологичной медицинской помощи. Это стало очередным дополнительным расходным обязательством системы ОМС. Ни на данном этапе, ни на предыдущем, ни в последующем федеральный бюджет не передал соответствующие средства в систему ОМС.

Первоначально система ОМС частично нивелировала эти дополнительные расходы за счет того, что тарифы на виды ВМП, вошедшие в ОМС были гораздо ниже, чем финансовые нормативы по обеспечению ВМП за счет федерального бюджета. Но ныне (начиная с 2015 года) эти методы ВМП включаются в Приложение к программе госгарантий (Раздел I. 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). Для каждого метода установлен норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи. Поэтому «финансовое обременение» системы ОМС становится очень значимым.

Предполагалось, что третьим этапом станет «погружение» оставшихся 1007 методов ВМП в систему ОМС с 2015 года. Однако с реализацией этого варианта возникли проблемы. Они заключались в том, что распределение субвенций из ФОМС по субъектам Российской Федерации (территориальным фондам ОМС) осуществляется пропорционально численности населения с некоторыми корректирующими коэффициентами. А сложившееся распределение (расположение) федеральных клиник, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (и самих объемов ВМП), далеко не соответствует распределению населения – основная их часть сконцентрирована в Москве, Санкт-Петербурге и еще нескольких крупнейших городах страны. Соответственно, за счет «подушевых» субвенций Москва, Санкт-Петербург и др. субъекты Российской Федерации не смогли бы обеспечить как сложившийся уровень финансирования своего здравоохранения (в рамках ОМС), так и финансирование огромного дополнительного объема ВМП. Не последнюю роль в пересмотре первоначального варианта сыграла позиция Председателя Счётной палаты Российской Федерации Голиковой Т.А.

Поэтому было принято «историческое» решение о том, чтобы забрать в 2015 году у системы ОМС запланированные на 1007 методов ВМП средства, передав их в федеральный бюджет. Затем из федерального бюджета эти средства привычным путем были направлены на финансирование оказания ВМП в федеральных клиниках и на

софинансирование оказания ВМП в региональных учреждениях здравоохранения.

В 2016 году ситуация повторяется: за счет своего бюджета ФОМС в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, осуществляет в 2016 году:

- предоставление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, включенными в перечень, утверждаемый федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения;

- предоставление субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями, включенными в перечень, утверждаемый уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Суммарно на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, планируется направить из бюджета Фонда межбюджетные трансферты в размере 96,7 млрд. рублей, в том числе:

- 90,7 млрд. рублей для медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;

- 6 млрд. рублей на софинасирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при оказании высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

Обращает на себя внимание тот факт, что в 2016 году на цели ВМП из ОМС изымается гораздо больше средств, чем в 2015 году. И это при том, что число видов ВМП, остающихся на бюджетном финансировании, сокращается.

Дело в том, что в целях поэтапного расширения перечня видов (методов) высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых в рамках базовой программы ОМС, в 2016 году за счет субвенции осуществляется финансовое обеспечение дополнительно 54 методов высокотехнологичной медицинской помощи. Проще говоря, в 2016 году еще 54 метода ВМП вошли непосредственно в ОМС.

Правда, объемы ВМП предполагается несколько увеличить. Запланированные дополнительные бюджетные ассигнования на оказание высокотехнологичной медицинской помощи направлены на то, чтобы обеспечить решение поставленной Президентом задачи – достижение целевого показателя роста ее объемов в 2017 году по сравнению с 2013 годом в 1,5 раза.

Правда, есть и другие причины роста величины межбюджетных трансфертов. В расчет средних нормативов финансовых затрат были включены затраты на приобретение материальных запасов, особо ценного движимого имущества, используемого в процессе оказания государственной услуги с учетом срока полезного использования (в том числе затраты на арендные платежи).

Кроме того, значительное повышение обусловлено учетом в нормативах финансовых затрат изменения курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, согласно Постановлению Правительства РФ от 17.11.2015 № 1246 [6].

На первый взгляд, все логично и объяснимо. Непонятно лишь одно: почему изменение курсовых разниц коснулось лишь ВМП и не коснулось других видов помощи, входящих в систему ОМС?

Родовые сертификаты

В целях улучшения демографической ситуации в 2016 году планируется предоставление межбюджетных трансфертов из бюджета ФОМС бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации (ФСС) на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в сумме 18,8 млрд. рублей.

Справедливости ради отметим, что это не новшество 2016 года, а давно сложившаяся практика. Но раз это регулярный процесс, логично было бы либо реализовывать родовые сертификаты через систему ОМС, не «гоняя» деньги через ФСС, либо найти источники в самом Фонде социального страхования (например, внеся коррекцию в размеры страховых взносов).

Кроме того, указанные средства направляются на оплату организациям услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов.

Итак, установлено, что из бюджета ФОМС направляются в 2016 году в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетные трансферты в вышеуказанном объеме на оплату медицинским организациям и иным организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в сумме 3,0 тыс. рублей и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и в послеродовой период, в сумме 6,0 тыс. рублей соответственно за каждую женщину, по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на учет в указанной организации, в сумме 1,0 тыс. рублей за первые шесть месяцев и в сумме 1,0 тыс. рублей за вторые шесть месяцев, в течение которых проводились профилактические медицинские осмотры, за каждого ребенка с момента постановки его на учет, а также на оплату услуг по изготовлению и доставке в территориальные органы Фонда социального страхования Российской Федерации бланков родовых сертификатов.

Выплаты стимулирующего характера

Еще одним серьезным «изъятием» из системы ОМС является сбрасывание обязательств по денежным выплатам отдельным категориям работников, которые в рамках Приоритетного национального проекта «Здоровье» до 2013 года осуществлялись за счет средств федерального бюджета.

В рамках действующей ныне нормативной базы в субъекте Российской Федерации тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским

сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

То есть, с 2013 года эти расходы переложены с федерального бюджета на систему ОМС.

Поддержка федеральных клиник

Законом установлено, что ФОМС в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, направляет в 2016 году в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования иные межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Управлению делами Президента Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству и Федеральному агентству научных организаций.

В законе на оплату специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, предоставляемой федеральными государственными учреждениями, подведомственными Минздраву России, ФМБА России и ФАНО России, предусматриваются 15 млрд. рублей, которые будут направлены из бюджета ФОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС.

Кроме того, поддержка федеральных клиник осуществляется в системе ОМС и другим способом – путем введения коэффициента уровня оказания медицинской помощи (для федеральных клиник повышающий коэффициент выше).

Не лишне напомнить, что финансовое обеспечение федеральных клиник – это расходные обязательства федерального бюджета. Но Минфин всячески пытается сбросить с себя эти обязательства. Данное же направление расходов – иллюстрация того, что финансовая политика в отношении федеральных клиник (в плане перевода их в ОМС и т.д.) пробуксовывает, что и требует «латания дыр» подобным образом.

Компенсации переселенцам на село

Законом предлагается продлить осуществление единовременных компенсационных выплат в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, прибывшим или переехавшим в 2016 году на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа, предусмотрев при этом увеличение возраста до 50 лет и увеличение доли софинансирования указанных выплат из бюджета ФОМС до 60 процентов. На указанные цели предусматривается 3,2 млрд. рублей.

Для создания правового основания продления на 2016 год единовременных компенсационных выплат внесены соответствующие изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Сами по себе эти компенсации никаких возражений не вызывают. Вопрос в другом: как можно, упрекая систему ОМС в недостаточно страховом характере, одновременно вменять ей в обязанность осуществлять подобные выплаты, не имеющие никакого отношения к страховому случаю?

Доступное жилье

В рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Обеспечение доступным и комфортным жильем и коммунальными услугами граждан Российской

Федерации» предусмотрено выделение из бюджета ФОМС средств на Единовременную социальную выплату для приобретения или строительства жилого помещения (социальное обеспечение и иные выплаты населению) в размере 54 млн. руб.

Тут уместен все тот же вопрос, что и выше: какое отношение эти выплаты имеют к страховому случаю? Почему средства на эти цели выделяются не из бюджета?

В ОМС обнаружились лишние средства, которые передаются в федеральный бюджет

В бюджете ФОМС предусмотрена дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (межбюджетные трансферты) 91,2 млрд. руб. Речь идет о том, что с учетом расчета параметров бюджета Фонда на основе новой методики исчисления среднемесячной заработной платы предусматривается передача из бюджета ФОМС в федеральный бюджет дотации на сбалансированность федерального бюджета в размере 91,2 млрд. рублей после выполнения Фондом текущих обязательств.

Закономерен вопрос: неужели при дефицитном бюджете ФОМС сможет выполнить все свои обязательства и в системе ОМС реально останутся лишние средства (в гигантском размере – почти 100 млрд. руб.)? Ответ на этот вопрос мы можем найти, например, в Пояснительной записке к проекту федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов». На 2015 год предусматривалось: «увеличение заработной платы медицинских работников на уровень инфляции – на 5,5%, что потребует пересмотра «дорожных карт» по повышению оплаты их труда в целях выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». В 2016 году планируемый рост субвенции составит всего 5,6% к уровню 2015 года, что также не обеспечит необходимый рост заработной платы для реализации «дорожных карт». В связи с этим возникают риски недостижения целевых значений размера средней заработной платы отдельных категорий медицинских работников».

В Пояснительной записке констатировалось: «В связи с отсутствием в бюджете Фонда соответствующих ресурсов потребуется изыскание новых источников финансирования для привлечения дополнительных средств в целях решения указанной задачи».

То есть, по прогнозам бюджета ФОМС на 2015–2017 годы средств в системе ОМС не хватало на выполнение Указов Президента ни на 2015, ни на 2016 годы. А сейчас вдруг (при снижении реального бюджета на 2016 год по сравнению с прогнозируемым ранее) не только хватило, но средства еще и остались?

В Пояснительной записке к проекту федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год» отмечается: «Размер подушевого норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС учтен в проекте постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год». В данном нормативе расходы на выплату заработной платы медицинским работникам сохранены на уровне 2015 года».

То есть, в соответствии с бюджетом на 2016 год расходы на повышение зарплаты вообще не заложены! А как же Указы Президента? Или повышение зарплаты в соответствии с Указами Президента не входит в «текущие обязательства» ФОМС?

Как это ни парадоксально, но так оно и есть. Основным правительственным документом, направленным на реализацию майских Указов Президента, является «Программа поэтапного

совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р. Действие этой Программы распространяется только на системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений. Программа лишь рекомендуется для государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений. И поскольку соответствующие субъекты Российской Федерации (муниципальные образования)«добровольно» подключаются к этой программе, то обеспечение финансирования повышения заработной платы работникам субъектов Российской Федерации (муниципальных образований) является их расходным обязательством – при нехватке средств на повышение заработной платы в системе ОМС они должны сами изыскивать на это средства в своих бюджетах.

Здесь мы четко видим несовпадение интересов финансовых структур системы ОМС с интересами медицинских организаций и политикой властей по реализации Указов Президента.

Расходы на здравоохранение из федерального бюджета

Что касается федерального бюджета, то здесь ситуация гораздо более благоприятная (впрочем, как было показано выше – не без участия средств, полученных из системы ОМС). Если в 2015 году федеральный бюджет по разделу «Здравоохранение» составлял 372,2 млрд. руб., то на 2016 год запланировано 479,8 млрд. руб. – прирост весьма значимый: 28,9%. Основной прирост расходов приходится на два подраздела: стационарная медицинская помощь (реализация вышеуказанной политики по увеличению объемов ВМП и т.д.) и санаторно-оздоровительная помощь (развитие рекреационных центров в Крыму, Сочи и т.д., в т.ч. в целях «импортозамещения» на фоне «закрытия» таких направлений оздоровительного туризма, как Египет и Турция).

Консолидированные расходы на здравоохранение субъектов Российской Федерации

Точно определить величину расходов на здравоохранение в 2016 году в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации не представляется возможным в связи с отсутствием в настоящее время соответствующих данных в открытом доступе. Но их приблизительное значение можно получить обратным счетом, исходя из совокупных расходов бюджетов бюджетной системы на здравоохранение (значение которых будет указано ниже) и данных о расходах на здравоохранение из федерального бюджета и ФОМС (с учетом движения средств между этими бюджетами). По нашим расчетам, расходы на здравоохранение в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации в 2015 году составляли 807,5 млрд. руб., а в 2016 году планируются в размере 766,5 млрд. руб. То есть, предполагается некоторое сокращение расходов, что соответствует ухудшению общей финансовой ситуации регионов. [10]

Совокупные расходы бюджетов бюджетной системы на здравоохранение

«Основные направления бюджетной политики на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (проект) предусматривают расходы бюджетов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение на 2015 год в размере 2745,8 млрд. руб., а на 2016 год – в размере 2852,7 млрд. руб. (увеличение к 2015 году на 3,89%). Обращаем внимание на то, что это прогнозные цифры Минфина России, сформированные еще до утверждения бюджетов. Поэтому озвученная В. Скворцовой цифра 4,3% прироста финансирования здравоохранения на основе данных уже утвержденных бюджетов соответствует прогнозам Минфина и является даже более оптимистичной.

И тут мы сталкиваемся с очередным парадоксом: в условиях кризиса финансирование отечественного здравоохранения в номинальном выражении не только не сокращается, но даже несколько увеличивается.

К сожалению, «картину» несколько портит ожидаемая инфляция (превышающая по темпам прогнозы роста расходов на здравоохранение) и не слишком радужные официальные прогнозы развития экономики страны.

Выводы:

Одноканальное финансирование наряду с несомненными достоинствами обладает и рядом недостатков. Один из них является «неформальным» – дающим возможность финансовым органам сбрасывать с себя ответственность за финансирование здравоохранения.

Кстати, не лишне отметить, что отсутствует законодательное определение понятия «одноканальное финансирование», что и является одной из причин столь вольного его использования.

Основная проблема финансирования здравоохранения в настоящее время заключается в том, что бюджет Федерального фонда ОМС обременяют серьезными расходными обязательствами по финансовому обеспечению высокотехнологичной медицинской помощи, а также по финансовому обеспечению деятельности федеральных клиник и т.д., а также расходами, не связанными непосредственно с оказанием медицинской помощи.

В итоге из общей величины расходов ФОМС в 2016 году в размере 1688,5 млрд. руб. на субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования территориальным фондам ОМС будет направлено лишь 1458,6 млрд. руб. – 86,4%.

Поэтому основная причина недостатка средств (в первую очередь на повышение заработной платы и компенсацию изменения валютного курса) в системе ОМС заключается не в том, что средств в бюджете Федерального фонда ОМС мало, а в том, что на бюджет федерального фонда возлагают явно «несвоевременные» дополнительные расходные обязательства при очень высоких требованиях к уровню заработной платы. Это явный дисбаланс, который нужно устранять.

Литература

1. Федеральный закон от 01.12.2014 №384-ФЗ «О федеральном бюджете на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

2. Федеральный закон от 14.12.2015 №359-ФЗ «О федеральном бюджете на 2016 год».

3. Федеральный закон от 01.12.2014 №387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

4. Федеральный закон от 14.12.2015 №365-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год».

5. Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

6. Постановление Правительства РФ от 17.11.2015 №1246 «О порядке направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)».

7. *Пивень Д.В., Кицул И.С.* О некоторых проблемах реализации Федерального закона Российской

Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»// Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 12. – С. 6–13.
8. Основные направления бюджетной политики на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов (проект) http://www.minfin.ru/ru/perfomance/budget/policy/#
9. http://www.eg-online.ru/news/301626/
10. http://economy.gov.ru

UDC 614.2.003
Kadyrov F.N., Obuhova O.V., Brutova A.S. ***The paradoxes of health care funding in 2016: the system of mandatory health care insurance policies recorded extra funds, which will be withdrawn back into the federal budget*** *(Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow)*
Abstract. With all complexity of current economic landscape in the country, health care remains to be one of the top priority spheres regarding financing. Despite the crisis, the volume of funds, allocated to the field is gradually increasing. However, the growth rates of spending on health care lag behind the rates of inflation. Furthermore, a significant part of the budget of Federal Fund of the mandatory medical insurance policy is not connected with the provision of medical aid in the medical mandatory insurance system. Expenditure of Mandatory Medical Insurance System is not oriented on President's orders to increase the salaries. And despite the presence of crucial financial issues in the mandatory medical insurance system, substantial funds are withdrawn from the Federal budget of Mandatory Medical Insurance system into the federal budget.
Keywords: *healthcare, compulsory health insurance policy, national fund of mandatory medical insurance, budget, income, expenditure, deficit, financing, inflation.*

В НОВОСИБИРСКЕ ПРОВЕДЕНА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОДНОЙ ПЕЧЕНИ ДВУМ ПАЦИЕНТАМ

Врачи Государственной Новосибирской областной клинической больницы (ГНОКБ) впервые в России осуществили сплит-трансплантацию одной печени двум взрослым реципиентам по технологии «in situ сплиттинг».

Необычность процедуры состоит в том, что один донорский орган использован для выполнения жизнеспасающих операций сразу двум взрослым реципиентам. Хирурги областной больницы использовали технологию in situ сплиттинга, при которой печень разделяется на две половины в организме донора. Каждый из полученных фрагментов затем был пересажен больным из территориального листа ожидания, нуждающимся в трансплантации.

– Уникальность операции состоит в том, что сплиттирование, то есть разделение донорской печени, было произведено до ее консервации и эксплантации (извлечения из организма донора), что позволило минимизировать время ишемии и максимально сохранить функциональные возможности органа. Технология «полный правый – полный левый in situ сплиттинг» в России применена впервые, – сообщил хирург Иван Поршенников.

Сплит-трансплантация стала использоваться в мире прежде всего потому, что существует большой дефицит донорских органов. При этом в листах ожидания – множество людей, чья жизнь зависит от своевременной трансплантации. Для того, чтобы с помощью одного органа спасти сразу двух человек, донорская печень должна быть практически идеального качества: каждый фрагмент после пересадки должен адекватно выполнять свои функции и быть достаточным для удовлетворения метаболических потребностей организма реципиента.

Что касается реципиентов, до недавнего времени в России эта технология применялась для пары «ребенок – взрослый», когда ребенку пересаживается фрагмент органа малых размеров, а взрослый реципиент получает большую часть органа. Это особенно актуально тогда, когда ребенку по каким-либо причинам невозможно выполнить родственную трансплантацию.

Источник: Медвестник

Ф.Н. Кадыров
д.э.н., профессор, заместитель директора, Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, г. Москва, Россия

ПРОБЛЕМЫ ОПЛАТЫ ИМПЛАНТОВ, НЕ ВОШЕДШИХ В УТВЕРЖДЕННЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ИМПЛАНТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСГАРАНТИЙ

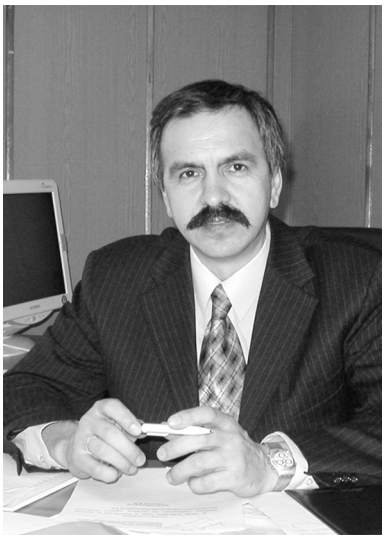
Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 г. №2762-р утвержден «Перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (далее – Перечень). Медицинские изделия, не вошедшие в этот Перечень, должны приобретаться при оказании медицинской помощи в системе ОМС за счет средств граждан или организаций (при их желании).

Практика самостоятельного приобретения эндопротезов (имплантов) достаточно распространена и часто сопровождается конфликтами, требованием пациентов вернуть деньги, претензиями к медицинским организациям со стороны территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций и т.д. Теперь же, при нормативном закреплении обязанности оплачивать эндопротезы (импланты), не вошедшие в Перечень, самими потребителями, практика самостоятельного их приобретения потребителями будет еще шире. Но возникает проблема: как страховые организации должны оплачивать медицинскую помощь при самостоятельном приобретении застрахованными эндопротезов (имплантов)? Ведь затраты медицинских организаций при отсутствии необходимости нести затраты на эндопротезы (импланты) будут существенно ниже. В структуре тарифов стоимость конкретных эндопротезов (имплантов) не выделяется. Поэтому, даже находясь строго в правовом поле в вопросах взимания платы за эндопротезы (импланты), не вошедшие в Перечень, медицинские организации, работающие в системе ОМС, рискуют попасть под штрафные санкции и т.д.

В одном из своих интервью Министр здравоохранения России Скворцова В.И. предложила такой вариант решения проблемы в подобных случаях: «Например, если человек хочет заменить, скажем, модель искусственного сустава или имплантата на более новую и совершенную версию или заменить дженерик (воспроизведенную форму лекарства) на оригинальный препарат, то он может заявить об этом и доплатить разницу между той стоимостью, которая учтена в государственном тарифе, и стоимостью более дорогих вариантов». (http://www.kommersant.ru/doc/2097352)

Таким образом, необходимо урегулировать эту проблему в системе ОМС – это относится к вопросу способов оплаты медицинской помощи.

Целесообразно прописать в Правилах ОМС, Рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи в системе ОМС или в другом нормативном документе – подлежит ли оказанная медицинская помощь оплате по КСГ (КПГ) за счет средств ОМС в полном объеме при самостоятельном приобретении эндопротезов (имплантов) гражданами (организациями) или как разница в стоимости эндопротезов (имплантов) и каков должен быть механизм такой оплаты.



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

В соответствии со статьей 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2016 года для оказания медицинской помощи необходимо наличие свидетельства об аккредитации. 2016 год наступил, свидетельства об аккредитации ни у кого еще нет, в статье 69 по этому поводу никаких изменений нет. Теперь получается, что медицинская помощь вообще на законных основаниях никем оказываться не может?

Федеральным законом от 29 декабря 2015 года №389-ФЗ внесены соответствующие изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Правда, изменения внесены не в саму статью 69, а в статью 100. Ныне статья 100 выглядит следующим образом (приводятся выдержки):

«**1.** До 1 января 2026 года:

1) право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста;

1.1. Переход к процедуре аккредитации специалистов осуществляется поэтапно с 1 января 2016 года по 31 декабря 2025 года включительно. Сроки и этапы указанного перехода, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, определяются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2. Сертификаты специалиста, выданные медицинским и фармацевтическим работникам до 1 января 2021 года, действуют до истечения указанного в них срока. Форма, условия и порядок выдачи сертификата специалиста устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».

То есть, при отсутствии свидетельства об аккредитации будут действовать сертификаты, которые в ряде случаев будут выдаваться вплоть до 2021 года.

Давно шла речь о том, что должны были быть внесены изменения в законодательство, устраняющие ситуацию, когда преподаватели медицинских ВУЗов не могут оказывать медицинскую помощь. Внесены ли эти изменения в законодательство?

Да, внесены и лишь совсем недавно. Вышеуказанный федеральный закон № 389-ФЗ дополнил статью 69 Федерального закона №323-ФЗ пунктом 2.1. следующего содержания: «Педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие практическую подготовку обучающихся в соответствии со статьей 82 Федерального закона от 29 декабря 2012 года №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», а также научные работники, имеющие сертификат специалиста либо свидетельство об аккредитации специалиста, осуществляющие научные исследования в сфере охраны здоровья, вправе осуществлять медицинскую деятельность. На педагогических и научных работников при осуществлении ими медицинской деятельности распространяются права, обязанности и ответственность медицинских работников».

Как быть, если поликлиники направляют к нам в стационар по желанию пациентов, а объемы помощи в ОМС (и мощности учреждения) ограничены, и мы не можем всех принять?

Один из наиболее корректных вариантов решения данной проблемы содержится в «Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов». В ней записано: «При невозможности предоставить гражданину медицинскую помощь в установленные сроки медицинская организация получает письменное согласие гражданина на оказание медицинской помощи с превышением установленных сроков ожидания или направляет гражданина для получения необходимой медицинской помощи в другую медицинскую организацию, включенную в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы».

К нам порой обращаются пациенты с требованием удалить из базы данных персональную информацию о них. Кроме того, некоторые пациенты, ссылаясь на Конституцию, требуют бесплатного оказания медицинской помощи без полиса ОМС. Как нам поступать?

Законодательство не предусматривает удаление из базы данных ОМС персональной информации о пациентах. Более того, хранение и обработка такой информации регламентированы действующим законодательством и другими нормативными правовыми актами. Поэтому невозможно как претендовать на плановую медицинскую помощь в системе ОМС без получения полиса ОМС (с предоставлением всей необходимой персональной информации), так и удаление этой информации из базы данных ОМС в рамках персонифицированного учета.

Ниже приводится письмо Минздрава России на эту тему.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО
от 6 февраля 2015 г. № 11–8/3000027–4914

Финансово-экономический департамент рассмотрел в пределах компетенции обращение об оказании бесплатной медицинской помощи без оформления полиса обязательного медицинского страхования и сообщает следующее.

Прежде всего, необходимо отметить, что согласно положениям статьи 6 Конституции Российской Федерации каждый гражданин Российской Федерации обладает на ее территории всеми правами и свободами и несет равные обязанности, предусмотренные Конституцией Российской Федерации.

В соответствии со статьей 41 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

В Российской Федерации отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, включая правовое положение субъектов и участников указанного вида страхования, основания возникновения их прав и обязанностей, гарантии их реализации, отношения и ответственность, связанные с уплатой страховых взносов в целях оказания медицинской помощи гражданам, урегулированы положениями Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Так, согласно положениям статьи 45 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ полисом обязательного медицинского страхования является документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

Кроме того, данный документ позволяет обеспечивать адресность при предоставлении государственных услуг в области здравоохранения, а также осуществлять обязанность страхователей по уплате страховых взносов на указанный вид страхования за конкретное застрахованное лицо.

Следует отметить, что страховые взносы на обязательное медицинское страхование включают в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи, включенных в тариф на оплату медицинской помощи в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования на соответствующий год.

Согласно статье 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ структуру тарифа на оплату медицинской помощи составляют расходы, в том числе на заработную плату медицинским работникам.

Таким образом, в случае отсутствия у застрахованного лица полиса обязательного медицинского страхования, подтверждающего уплату страхователем за него страховых взносов на обязательное медицинское страхование, медицинским работникам, оказавшим данному лицу медицинскую помощь, не будет начислена заработная плата за оказание такой медицинской помощи, что в свою очередь не соответствует статье 37 Конституции Российской Федерации, согласно

которой каждый имеет право на вознаграждение за труд без какой бы то ни было дискриминации и не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда.

В соответствии с частью 2 статьи 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ застрахованные лица обязаны предъявить полис обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

Таким образом, получение полиса обязательного медицинского страхования входит в комплекс мер по реализации права гражданина на оказание всех видов бесплатной медицинской помощи на территории Российской Федерации, за исключением экстренной медицинской помощи, оказываемой гражданам без предъявления полиса обязательного медицинского страхования.

При этом каждый гражданин вправе самостоятельно определять, какими видами медицинской помощи он хотел бы воспользоваться, только экстренной медицинской помощью (без предъявления полиса обязательного медицинского страхования), либо иными видами бесплатной медицинской помощи, предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации (при наличии полиса обязательного медицинского страхования).

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» ведение регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц осуществляет территориальный фонд обязательного медицинского страхования на основании сведений о застрахованных лицах, предоставляемых страховой медицинской организацией.

В сфере обязательного медицинского страхования ведется персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации (статья 44 Федерального закона № 326-ФЗ).

В соответствии с пунктом 9 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» порядок доступа к персональным данным граждан (физических лиц) устанавливается Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», согласно статье 6 которого согласие застрахованных лиц на обработку персональных данных не требуется.

Информационные ресурсы в сфере обязательного медицинского страхования, в которых содержатся персональные данные, сформированы на основании требований законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании. Действующим законодательством об обязательном медицинском страховании удаление персональных данных застрахованных лиц из Единого регистра застрахованных лиц не предусмотрено.

Заместитель директора Департамента
П.И. КУЗЕНКО

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

РАЗРАБОТАНЫ МЕРЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СИСТЕМЫ ОМС

Досье на проект федерального закона № 943498-6 «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (внесен 02.12.2015 Правительством РФ)

В Государственную Думу РФ 2 декабря 2015 г. внесен законопроект, направленный на повышение финансовой устойчивости и стабильности системы обязательного медицинского страхования.

Во-первых, планируется увеличить минимальный размер уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медицинское страхование (с нынешних 60 млн. руб. до 120 млн. руб.). При этом предусмотрен переходный период для приведения размеров уставных капиталов страховых медорганизаций в соответствие с новыми требованиями. Во-вторых, в законопроекте определяются источники формирования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС и направления расходования этих средств. При этом предусмотрены средства на дополнительное профессиональное образование медработников по программам повышения квалификации, приобретение и проведение ремонта медицинского оборудования.

ПОДЪЕМНЫЕ СЕЛЬСКИМ ВРАЧАМ ПЛАНИРУЮТ ПЛАТИТЬ И В 2016 Г.

Досье на проект федерального закона № 911769-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (внесен 23.10.2015 Правительством РФ)

Государственной Думой РФ 2 декабря 2015 г. во втором чтении принят законопроект, затрагивающий отдельные вопросы обязательного медицинского страхования и производства лекарственных средств.

Так, ряд поправок касается внесения изменений в территориальную программу ОМС и персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах.

В связи с завершением в 2016 г. реализации мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров устанавливаются механизм и сроки возврата регионами в бюджет ФОМС неиспользованных субсидий, предоставленных на указанные цели.

Планируется продлить на 2016 г. осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, прибывшим или переехавшим на работу в село. При этом предполагается увеличить возрастной критерий до 50 лет и повысить долю софинансирования указанных выплат из бюджета ФОМС до 60%.

Устанавливается механизм финансового обеспечения на 2016 г. высокотехнологичной медицинской помощи.

Также планируется продлить на 2016 г. применение особого порядка определения размера страховых взносов на ОМС неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе.

Ряд поправок касается установления требований к объему тары, упаковке и комплектности лекарственных препаратов.

ОБ АТТЕСТАЦИИ ЭКСПЕРТОВ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ФМБА РОССИИ К КОНТРОЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ

Проект Приказа федерального медико-биологического агентства «Об аттестации экспертов, привлекаемых Федеральным медико-биологическим агентством (территориальным органом Федерального медико-биологического агентства) к проведению мероприятий по контролю в соответствии с федеральным законом от 26 декабря 2008 г. № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля» (подготовлен ФМБА России 18.11.2015)

Решено урегулировать ряд процедур, связанных с аттестацией экспертов, привлекаемых ФМБА России (его территориальным органом) к контрольным мероприятиям. Подготовлен проект соответствующего приказа.

Речь идет о таких мероприятиях, как контроль за обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов; надзор в обслуживаемых организациях и на обслуживаемых территориях, в т.ч. на объектах и территориях ЗАТО.

Закрепляется порядок работы аттестационной комиссии. Устанавливаются критерии аттестации. Предусматривается процедура проведения квалификационного экзамена граждан, претендующих на получение аттестации эксперта.

Планируется установить порядок ведения реестра экспертов.

ФИНАНСИРОВАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДПОМОЩИ, НЕ ВКЛЮЧЕННОЙ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОМС: ВЕРОЯТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ РАСЧЕТА МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ

Проект приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении доли расходов, подлежащей индексации в связи с изменением курсов валют, в структуре среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, и коэффициент индексации указанных расходов» (подготовлен Минздравом России 19.11.2015)

Правительством РФ были утверждены правила направления в 2015 г. средств нормированного страхового запаса ФФОМС на увеличение иных межбюджетных трансфертов для финансирования высокотехнологичной медпомощи, не включенной в базовую программу ОМС (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарств, медизделий, расходных материалов, мединструментария, реактивов и химикатов).

Размер увеличения межбюджетных трансфертов определяется с учетом доли расходов, подлежащей индексации в связи с изменением курсов валют, в структуре среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медпомощи, и коэффициента индексации указанных расходов.

Минздравом России подготовлен проект приказа об утверждении указанной доли расходов и коэффициента индексации.

В МЕДОРГАНИЗАЦИЯХ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЕ СОВЕТЫ И ВОЛОНТЕРЫ

Досье на проект федерального закона № 925107–6 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части создания попечительских советов в медицинских организациях и осуществления гражданами добровольческой деятельности в медицинских организациях»

10.11.2015 в Госдуму поступил законопроект о попечительских советах и добровольческой деятельности граждан в медицинских организациях.

Последних предлагается наделить правом создавать в своем составе попечительские советы с полномочиями совещательных органов. При этом для стационаров, включенных в программу ОМС, их создание хотят сделать обязательным.

Порядок формирования и деятельности попечительского совета медицинской организации, вероятно, будет определяться ее учредительным документом на основании примерного положения о совете, утвержденного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Другим важным пунктом законопроекта является закрепление правовых оснований для допуска добровольцев к деятельности в медицинских организациях.

Предположительно, волонтерами смогут стать участники благотворительной деятельности социально ориентированные НКО, действующие на основании договора между медицинской организацией и соответствующей НКО.

Указанный договор должен содержать порядок и условия осуществления благотворительной деятельности в медорганизации, обязательства НКО по учету и контролю добровольческой деятельности ее участников, а также перечень работ (услуг), которые могут выполняться в рамках добровольческой деятельности, устанавливаемый медорганизацией.

Волонтеру, общая продолжительность добровольческой деятельности которого в течение года составила не менее 105 часов, хотят предоставить преимущественное право поступления в медицинский вуз.

КАК ФИНАНСИРУЕТСЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННАЯ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОМС?

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2015 г. № 1246 «О порядке направления в 2015 году средств нормированного страхового запаса Федерального фонда обязательного медицинского страхования на увеличение иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, и на дополнительное финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования (в связи с изменением курсов валют при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов)» (не вступило в силу)

Утверждены правила направления в 2015 г. средств нормированного страхового запаса ФФОМС на увеличение иных межбюджетных трансфертов для финансирования высокотехнологичной медпомощи, не включенной в базовую программу ОМС (в связи с изменением курсов валют при приобретении лекарств, медизделий и расходных материалов, инструментария, реактивов и химикатов). Это допускается, если в бюджете фонда достаточно указанных средств.

Средства направляются в ФГУ и бюджетам регионов. Увеличение иных межбюджетных трансфертов, направляемых на предоставление субсидий бюджетам субъектов Федерации,

не влечет их обязательств по увеличению размера ассигнований на оказание высокотехнологичной медпомощи.

Субсидии предоставляются регионам после внесения соответствующих изменений в соглашение между ними и Минздравом России.

Дана методика распределения средств. Приведены формулы для определения их размера.

НОВАЯ НОМЕНКЛАТУРА ВРАЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2015 г. № 700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование»

Зарегистрировано в Минюсте РФ 12 ноября 2015 г. Регистрационный №39696.

Установлена новая номенклатура специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование.

Она включает 94 специальности. Новая номенклатура не предполагает деления на специальности, полученные в вузе, основные специальности и специальности, требующие дополнительной подготовки.

Появилась новая специальность – остеопатия.

В то же время в новую номенклатуру не вошли такие специальности, как «Диабетология», «Клиническая микология» и «Лабораторная микология». Ранее выданные сертификаты специалистов по этим специальностям действуют до истечения указанного в них срока.

МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ: ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЯ!

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 2 ноября 2015 г. № 01И-1872/15 «Об обеспечении безопасного применения местных анестетиков»

Проанализирована информация о нежелательных реакциях на местные анестетики, поступившие в Росздравнадзор в 2010–2015 гг.

Причиной летальных нежелательных реакций при применении соответствующих препаратов наряду с тяжелыми аллергическими реакциями может являться известная и описанная в литературе острая кардиотоксичность действующего вещества.

По данным медицинской литературы, указанное осложнение встречается чаще, чем аллергические реакции. Оно может иметь те же симптомы, что и анафилактический шок (падение артериального давления, брадикардия, судороги, спутанность сознания). Токсическое действие может проявляться при применении в пределах рекомендуемых дозировок, используемых для местной анестезии.

Помещения, в которых осуществляется местная анестезия, должны оснащаться наборами/укладками/аптечками для реанимационных, противошоковых мероприятий. В их состав должны входить лекарственные препараты и медизделия, необходимые для проведения сердечно-легочной реанимации (напр., роторасширитель, языкодержатель, мешок Амбу, воздуховод, набор для трахеотомии/коникотомии).

Субъекты обращения лекарственных средств, включая специалистов здравоохранения, обязаны сообщать в Росздравнадзор о серьезных и непредвиденных нежелательных реакциях на лекарственные препараты не позднее 15 календарных дней со дня, когда стала известна соответствующая информация.

Разъяснен порядок представления указанной информации.

Приведены федеральные клинические рекомендации по анафилактическому шоку.

ОБ ОКАЗАННЫХ МЕДУСЛУГАХ И ИХ СТОИМОСТИ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ УЗНАТЬ ЧЕРЕЗ ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ В ИНТЕРНЕТЕ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2015 г. № 536н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н» (не вступил в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 октября 2015 г. Регистрационный №39119.

Скорректированы правила обязательного медицинского страхования.

В частности, предусмотрено индивидуальное информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медуслуг и их стоимости. Оно осуществляется через региональные порталы госуслуг, официальные сайты региональных органов в сфере здравоохранения и/или территориальных фондов ОМС путем создания личного кабинета пациента, а также через страховые медицинские организации в виде выписки на бумажном носителе.

Установлен порядок расчета санкций, применяемых к медорганизациям. Он начнет действовать с 1 января 2016 г. Речь идет о неоплате или неполной оплате затрат организации на оказание медпомощи, а также о штрафе за ее неоказание, несвоевременное либо некачественное оказание. Если в ходе контрольных мероприятий выявлены факты излишне уплаченных сумм за прошлые годы за медпомощь, оказанную за пределами территории региона, в котором выдан полис, указанные суммы возвращаются в бюджет территориального фонда по месту страхования. Пересмотрены правила определения затрат на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медпомощи. Уточнены полномочия комиссии по разработке территориальной программы ОМС. На своих заседаниях она также рассматривает предложения медорганизаций по формированию объемов предоставления ими медпомощи. Изменена периодичность проведения заседаний – не реже 1 раза в месяц, а не в квартал.

КАКИЕ ЕЩЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАНИМАЮТСЯ ЗАБОРОМ, ЗАГОТОВКОЙ, ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА?

Приказ Министерства здравоохранения РФ и Российской академии наук от 10 сентября 2015 г. № 635н/5 «О внесении изменений в перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих забор, заготовку и трансплантацию органов и (или) тканей человека, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии наук от 4 июня 2015 г. № 307н/4» (не вступил в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 2 октября 2015 г. Регистрационный №39113.

Расширен перечень федеральных учреждений здравоохранения, проводящих забор и заготовку органов и (или) тканей человека.

Это, в частности, Сибирский клинический центр ФМБА России, Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» имени академика Г.А. Илизарова Минздрава России, Московский научно-исследовательский институт глазных болезней имени Гельмгольца.

Также дополнен список организаций, которые занимаются трансплантацией органов и (или) тканей человека.

В ИЮЛЕ 2015 Г. РОСЗДРАВНАДЗОР ВЫДАЛ 11 СЕРТИФИКАТОВ НА ВВОЗ И ВЫВОЗ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ ПРЕКУРСОРОВ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 21 августа 2015 г. №02И-1368/15 «О сертификатах Росздравнадзора за июль 2015 г.»

Приведены сведения о количестве принятых Росздравнадзором заявлениях и выданных сертификатах на право ввоза в Россию и вывоза из нее наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в июле 2015 г.

Так, принято 9 заявлений, выдано 11 сертификатов.

СКОЛЬКО СОГЛАСОВАНИЙ ВЫДАЧИ ЛИЦЕНЗИИ НА ИМПОРТ/ЭКСПОРТ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА ВЫДАЛ РОСЗДРАВНАДЗОР В ИЮНЕ – ИЮЛЕ 2015 Г.?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 21 августа 2015 г. №02И-1369/15 «О согласованиях Росздравнадзора за июнь – июль 2015 г.»

Приводятся сведения о принятых Росздравнадзором заявлениях и выданных согласованиях выдачи лицензии на право ввоза в Россию и вывоза из нее органов и тканей человека, крови и ее компонентов в июне – июле 2015 г.

Так, принято 11 заявлений, выдано 15 согласований.

СКОЛЬКО ЗАКЛЮЧЕНИЙ НА ПРАВО ВВОЗА (ВЫВОЗА) СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ ВЕЩЕСТВ ВЫДАЛ РОСЗДРАВНАДЗОР В ИЮЛЕ 2015 Г.?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 21 августа 2015 г. №02И-1367/15 «О заключениях Росздравнадзора за июль 2015 г.»

Приводятся данные о принятых Росздравнадзором заявлениях и выданных заключениях на право ввоза (вывоза) сильнодействующих веществ, не являющихся прекурсорами наркотических средств и психотропных веществ, в июле 2015 г.

Принято 3 заявления, выдано 1 заключение.

ГОСУДАРСТВО ГОТОВО ПРОФИНАНСИРОВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ МЕДИЗДЕЛИЙ

Постановление Правительства РФ от 1 октября 2015 г. № 1046 «Об утверждении Правил предоставления субсидий из федерального бюджета российским организациям на компенсацию части затрат на реализацию проектов по организации и проведению клинических испытаний имплантируемых медицинских изделий в рамках подпрограммы «Развитие производства медицинских изделий» государственной программы Российской Федерации «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013–2020 годы»

Российским организациям из федерального бюджета выделяются субсидии, за счет которых компенсируется часть затрат на реализацию проектов по организации и проведению клинических испытаний имплантируемых медицинских изделий. Одна из целей – импортозамещение в медицинской промышленности.

Речь идет о медизделиях, имплантируемых в организм человека в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи.

Перечислены условия выделения средств. Так, выпуск и реализация медизделий, прошедших клинические испытания в рамках проекта, должны начаться не позднее 3 лет с даты заключения договора о предоставлении субсидии. Выручка от реализации медизделий за 3 года должна превышать не менее чем в 3 раза размер полученной субсидии. Еще одно условие – отсутствие иного бюджетного финансирования проекта.

Субсидии предоставляются на возмещение фактически понесенных не ранее 1 января 2015 г. и документально подтвержденных затрат, предусмотренных бизнес-планом проекта. Это расходы на приобретение медизделий сравнения, на договоры с медучреждениями, занятыми в реализации проекта, на страховые взносы по страхованию жизни и здоровья пациентов, участвующих в клинических испытаниях медизделия.

Организация и Минпромторг России заключают договор о субсидировании. Прописан порядок.

Субсидия предоставляется на возмещение не более 50% затрат организации и не может превышать 5 млн. руб.

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВ, ВЫВОЗИМЫХ ИЗ РОССИИ В КАЧЕСТВЕ ПОМОЩИ: ГОСУСЛУГА ОКАЗЫВАЕТСЯ СОГЛАСНО АДМИНИСТРАТИВНОМУ РЕГЛАМЕНТУ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 июля 2015 г. № 420н «Об утверждении Административного регламента Министерства здравоохранения Российской Федерации по предоставлению государственной услуги по подтверждению целевого назначения наркотических и психотропных лекарственных средств, предназначенных для оказания гуманитарной помощи (содействия) или помощи при чрезвычайных ситуациях и вывозимых с территории Российской Федерации» (не вступил в силу)

Зарегистрировано в Минюсте РФ 23 сентября 2015 г. Регистрационный N38974.

Подготовлен Административный регламент по подтверждению целевого назначения наркотических и психотропных лекарственных средств, предназначенных для оказания гуманитарной помощи (содействия) или помощи при чрезвычайных ситуациях и вывозимых из нашей страны. Госуслугу оказывает Минздрав России с участием Росздравнадзора.

Речь идет о лекарственных средствах, включенных в Список II или III Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю, и в раздел 2.12 «Наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры» единого перечня товаров, к которым применяются меры нетарифного регулирования в торговле с третьими странами.

Определен круг заявителей. Например, при подтверждении целевого назначения вывозимых для оказания пострадавшим в районе чрезвычайной ситуации срочной медпомощи – это юрлица, находящиеся в ведении Минздрава России и МЧС России. Условие – наличие лицензии на оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений.

Срок оказания госуслуги – 8 рабочих дней с даты поступления в Министерство заявления и необходимых документов (перечень приводится). Плата не взимается.

Срок ожидания в очереди при обращении за госуслугой и при получении результата не должен превышать 15 минут.

Прописаны конкретные административные процедуры. Определен порядок их совершения.

Урегулированы вопросы досудебного (внесудебного) обжалования решений и действий (бездействия) органа и должностных лиц, оказывающих госуслугу.

Ранее утвержденный аналогичный порядок (с учетом изменений) признан утратившим силу.

В ПЕРЕЧЕНЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЕТУ, ВКЛЮЧЕНЫ НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 18 сентября 2015 г. № 25-4/10/2-5433 О новых позициях в перечне лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету

Минздрав России информирует о том, что в перечень лекарственных средств для медприменения, подлежащих предметно-количественному учету, внесены новые позиции лекарственных препаратов под международными непатентованными наименованиями: Прегабалин, Тропикамид и Циклопентолат.

С 1 октября 2015 г. указанные препараты подлежат выписыванию на рецептурных бланках установленной формы, а также предметно-количественному учету производителями, организациями оптовой торговли, аптеками, медорганизациями, осуществляющими обращение лекарственных средств, а также ИП, имеющими лицензию на соответствующую деятельность. Учет ведется в соответствии с установленными правилами в специальных журналах. Кроме того, указанные препараты должны храниться в деревянных или металлических запирающихся шкафах.

ВОЗНИКЛА НЕОБХОДИМОСТЬ ДОПОЛНИТЬ ДОСЬЕ НА РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЕ ЛИОФИЛИЗАТ

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 июля 2015 г. №20-3/923 О дополнении нормативной документации на радиофармацевтические лекарственные препараты, зарегистрированные в РФ, в лекарственной форме лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения

ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России была проведена экспертная оценка радиофармацевтических препаратов отечественных производителей.

В результате выявлена необходимость дополнить нормативную документацию на препараты в лекарственной форме лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения показателем «Механические включения» (видимые и невидимые) в соответствии с требованиями ГФ XI.

Производителям необходимо внести соответствующие изменения в регистрационные досье препаратов.

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

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

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

Продолжается подписка на журнал «Врач и информационные технологии» на 2016 г.

(периодичность – 6 выпусков 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 – **1980 руб.**
- **3480 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 2016 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 2016 г. — 1400 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 «Агентство «Урал-Пресс» http://www.ural-press.ru/ Тел.: (495) 789-86-36

Уважаемые читатели!

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

Менеджер
здравоохранения