ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 12. 2012

Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

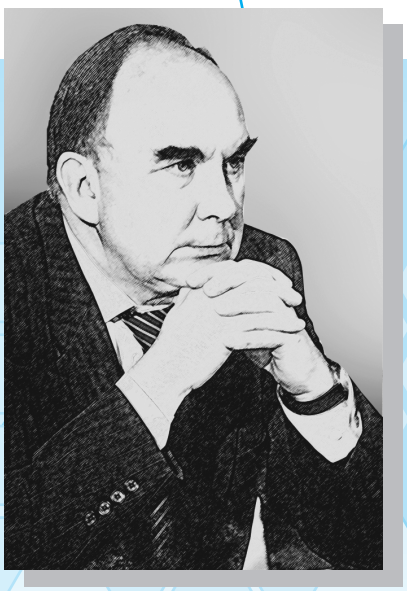
9 771811 018003

ИМПАКТ-ФАКТОРЫ РИНЦ ЖУРНАЛОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (актуально на 27 ноября 2012 г)

	Журнал	Выпусков	Статей	ИФ РИНЦ
1	**Врач и информационные технологии** *Издательский дом «Менеджер здравоохранения»*	**34**	**503**	**0,549**
2	Здравоохранение Российской Федерации *Издательство «Медицина»*	57	1192	0,366
3	**Менеджер здравоохранения** *Издательский дом «Менеджер здравоохранения»*	**68**	**1040**	**0,226**
4	Врач *Издательский дом «Русский врач»*	98	2337	0,132
5	Проблемы управления здравоохранением *ООО «Экономздрав»*	29	480	0,087
6	Общественное здоровье и здравоохранение *АНО редакция журнала «Общественное здоровье и здравоохранение»*	31	815	0,087
7	Социальные аспекты здоровья населения *ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России*	26	373	0,078
8	Здравоохранение Дальнего Востока *Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения*	3	77	0
9	Здравоохранение *Международный центр финансово-экономического развития*	12	290	0
10	Медицинский вестник *Корпорация «ДЭНАС МС»*	0	0	0
11	Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья	14	627	0
12	Справочник врача общей практики *Издательский дом «Панорама»*	0	0	0
13	Санитарный врач *Издательский дом «Панорама»*	0	0	0
14	Земский врач *Издательский дом «Логос Пресс»*	15	164	0
15	Лечащий врач *Издательство «Открытые системы»*	51	1116	0
16	Главный врач: Хозяйство и право *ИПЦ «ЮрИнфоЗдрав»*	16	135	0
17	Врач скорой помощи *Издательский дом «Панорама»*	3	26	0
18	Главврач *Издательский дом «Панорама»*	17	229	0

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер
здравоохранения



ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Еще двенадцать номеров «МЗ» уходят в архив журнала, а вместе с ними наши наболевшие вопросы и проблемы, на которые дал, а иногда не дал ответа уходящий год... Поэтому ждут ваших статей и обсуждений новые страницы выпусков «МЗ» 2013 года.

По итогам уходящего 2012 года «Менеджер здравоохранения» получил один из самый высоких импакт-факторов РИНЦ среди журналов, освещающих вопросы организации здравоохранения — 0,226! Это значит — мы стали авторитетным журналом и у нас очень активная читательская аудитория. Ни один диссертационный совет не сможет не засчитать Вам как диссертационную публикацию в журнале с таким высоким импакт-фактором! Потому что главное требование к «ВАКовской публикации» — максимально распространение информации, содержащейся в ней, а для этого журнал должен быть читаемым. Наш журнал, судя по количеству собираемых им цитат — активно читаемый и цитируемый организаторами здравоохранения.

Желаю Вам новых профессиональных успехов, благополучия в семье, новых содержательных публикаций!

С лучшими пожеланиями в Новом году

Главный редактор журнала

академик РАМН В.И. Стародубов

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№12
2012

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

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

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

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

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

В номере:

ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

О некоторых проблемах перевода скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования
И.Г. Юрикова, Ф.Н. Кадыров 6–14

НОМИНАЦИИ

Учреждены традиционные номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации 2012 года 14

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Политика охраны здоровья: о «Стратегии здравоохранения 2020» и не только
И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева 15–21

Разработка подходов к переходу государственных реабилитационных учреждений в автономные (на примере нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов)
Т.В. Буйлова 22–29

Централизация службы крови — основной аспект рационального использования ресурсов и донорского контингента
Е.Ю. Зангерова, Е.Е. Гамова 30–34

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

Альтернативный метод оценки актуальности медико-биологических научных исследований российских НИУ
Г.В. Артамонова, А.Р. Галеев, Т.С. Баженова 35–41

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРАВО

Право пациента на допуск к нему священнослужителя
Г.Б. Романовский 42–46

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ

Закон РФ № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ»: новые проблемы в сфере трансплантологии для врачей, пациентов — потенциальных доноров и их родственников
А.А. Старченко 47–58

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Попытка незаконного возложения обязанностей на пациента при вызове бригады скорой помощи
А.А. Старченко 59–60

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Условия оказания медицинской помощи отдельным категориям военнослужащих, сотрудникам МВД и другим контингентам
Консультирует Ю.А. Сорокина, магистр государственного и муниципального управления, ЦНИИОИЗ 61–67

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

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ 71–73

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2012 74–77

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ 78–90

ОРГАНАЙЗЕР
Указатель статей, опубликованных в журнале в 2012 году 91–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

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

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

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

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

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

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

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

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

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

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№12 2012

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

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

FINANCIAL MANAGEMENT

Regarding specific problems of transferring emergency medical care into the system of mandatory medical insurance
I.G. Yurikova, F.N. Kadirov 6–14

NOMINEES

There were established traditional nominees of Publishing House «Manager of Health Care» for best publications in 2012 year 14

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

Healthcare policy: regarding «Strategy of health care-2020» and not only
I.A. Geht, G.B. Artemieva 15–21

Development of approaches to transition of State rehabilitation entities to autonomous (on example of Nijniy Novgorod regional rehabilitation center for the disabled people)
T.B. Builova 22–29

Centralization of blood banking — main aspect of rational usage of resources and donor cohort
E.U. Zangerova, E.E. Gamova 30–34

MEDICAL SCIENCE

Alternative method of evaluating efficiency of medical-biological scientific researches of Russian SRE (Scientific Research Entities)
G.B. Artamonova, A.R. Galeev, T.S. Bajenova 35–41

LEGAL RIGHT

Patient's right for churchman's access to himself
G.B. Romanovskiy 42–46

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

PUBLIC'S OPINION

Law of Russian Federation № 323-Federal Law «Regarding protection of health care for citizens of Russian Federation»: new problems in the field of transplantology for physicians, patients — potential donors and their relatives
A.A. Starchenko 47–58

SPECIAL OPINION

Attempt of illegal transfer of responsibilities towards patients while calling up an emergency team
A.A. Starchenko 59–60

MANAGER OF HEALTHCARE CONSULTS

Conditions for providing medical care to specific categories of military personnel, employees of Ministry of Home Affairs and other cohorts
Consultant: MD U.A.Sorokina 61–67

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

INNOVATIONS IN MEDICINE AND HEALTHCARE 71–73

HEALTH CARE-2012 74–77

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 78–90

ORGANIZER
Directory of articles, published in the magazine in 2012 year 91–83

И.Г. Юрикова,
заместитель руководителя главного управления здравоохранения администрации г. Красноярска по экономическим и финансовым вопросам, г. Красноярск, Россия
Ф.Н. Кадыров,
заместитель директора ЦНИИОИЗ, г. Москва, Россия

О НЕКОТОРЫХ ПРОБЛЕМАХ ПЕРЕВОДА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614.2
Юрикова И.Г, Кадыров Ф.Н. ***О некоторых проблемах перевода скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования*** *(Главное управление здравоохранения администрации г. Красноярска по экономическим и финансовым вопросам, г. Красноярск, Россия; ЦНИИОИЗ, г. Москва, Россия)*

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы перевода с 2013 года финансового обеспечения скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования, связанные с этим проблемы, касающиеся способов оплаты услуг скорой медицинской помощи, взаимоотношением организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, с транспортными организациями и т.д.

Ключевые слова: *система обязательного медицинского страхования; скорая медицинская помощь; финансовое обеспечение скорой медицинской помощи; способы оплаты услуг скорой медицинской помощи; подушевые нормативы финансирования.*

Одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения в 2013 году является перевод финансового обеспечения скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Подобная мера вызвала среди медицинской общественности много вопросов, особенно учитывая, что это происходит на фоне передачи полномочий в сфере здравоохранения от муниципальных образований субъектам Российской Федерации, отмены субсидиарной ответственности собственника по обязательствам бюджетных учреждений и т.д. Рассмотрим некоторые из вопросов, связанных с реализацией подобной меры.

В соответствии с частью 5 статьи 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон № 326-ФЗ), финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования с 1 января 2013 года. Порядок передачи бюджетных ассигнований бюджетов бюджетной системы Российской Федерации в бюджеты фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) устанавливается федеральным законом, определяющим размер тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

© И.Г. Юрикова, Ф.Н. Кадыров, 2012 г.

В соответствии с п. 4 части 7 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ в 2012–2014 годах размер тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливается с учетом расходов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи.

Согласно части 8 статьи 100 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы), до 1 января 2015 года финансовое обеспечение полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации по оказанию скорой медицинской помощи осуществляется соответственно за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Таким образом, финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) с 1 января 2013 г. будет осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования из бюджетов субъектов Российской Федерации в виде межбюджетных целевых трансфертов в территориальные фонды ОМС в размерах, определенных субъектом, но не менее расходов бюджета субъекта Российской Федерации 2012 года на финансирование скорой медицинской помощи. То есть, до 2015 года скорая медицинская помощь, по сути, будет финансироваться за счет субъекта Российской Федерации, но не напрямую, а через систему ОМС. Лишь с 2015 года (когда субъекты будут уплачивать взносы на страхование неработающего населения в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в полном объеме), скорая помощь будет финансироваться за счет субвенций, направляемых из Федерального фонда территориальным фондам ОМС.

Прежде чем рассмотреть некоторые последствия такого решения, коснемся нормативной базы оказания скорой медицинской помощи.

Часть 1 статьи 32 Основ устанавливает, что скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь классифицируется как вид медицинской помощи.

В соответствии с п. 11 части 1 статьи 14 Основ организация оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи федеральными медицинскими организациями относится к полномочиям федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья.

В соответствии с п. 5 части 1 статьи 16 Основ организация оказания населению субъекта Российской Федерации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Статья 35 Основ посвящена скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

На территории Российской Федерации в целях оказания скорой медицинской помощи функционирует система единого номера вызова скорой медицинской помощи в поряд-

ке, установленном Правительством Российской Федерации.

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

Медицинская эвакуация включает в себя:

1) санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую авиационным транспортом;

2) санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта.

Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи, в том числе с применением медицинского оборудования.

Федеральные государственные учреждения вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Перечень указанных федеральных государственных учреждений утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи оказывается медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе по вызову медицинской организации, в штате которой не состоят медицинские работники выездной экстренной консультативной бригады скорой медицинской помощи, в случае невозможности оказания в указанной медицинской организации необходимой медицинской помощи.

В соответствии с частью 1 статьи 80 Основ скорая медицинская помощь, в том числе скорая специализированная, предоставляются в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Часть 2 данной статьи основ устанавливает, что при оказании в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Часть 3. статьи 83 основ устанавливает, что финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

1) средств обязательного медицинского страхования;

2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования);

3) бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям, включенным в перечень, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (в части медицинской помощи, не вклю-

ченной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовую программу обязательного медицинского страхования).

Это — исчерпывающий перечень источников финансового обеспечения скорой медицинской помощи, распространяющийся как на государственные (муниципальные), так и на частные медицинские организации. Отсюда следует вывод о том, что ни государственные (муниципальные), ни частные медицинские организации не могут оказывать на платной основе такой вид медицинской помощи как скорая помощь. Выше уже отмечалось, что скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Для частных организаций такого запрета не существует. Но как видим, для частных медицинских организаций не установлены и иные источники финансового обеспечения: они не обязаны оказывать скорую помощь бесплатной, но нигде не сказано, что имеют право оказывать помощь за плату. Эта ситуация требует законодательного разрешения.

Тем не менее, государственные и частные медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, могут предоставлять за плату по договорам с организациями другие виды помощи, не относящиеся непосредственно к скорой медицинской помощи (связанные с медицинским обеспечением спортивных, зрелищных иных массовых мероприятий), если такое право закреплено в их уставах. Заметим, что применительно к государственным (муниципальным) учреждениям это не должно осуществляться за счет уменьшения количества бригад, оказывающих скорую медицинскую помощь. При этом затраты на оказание данных видов услуг (включая затраты на транспорт) должны возмещаться за счет полученного от оказания платных услуг дохода.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов (далее — Программа), утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказывается скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации). За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение:

— скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

— медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

— скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, преду-

смотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи — в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования.

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рассчитываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования — на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и составляют для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013–2015 годы — 0,318 вызова на 1 жителя.

При этом критериями доступности и качества медицинской помощи являются:

— количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь;

— доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь.

Не секрет, что во многих субъектах Российской Федерации количество вызовов на 1 жителя превышает нормативное значение 0,318, и они вынуждены проводить работу по уменьшению значения этого показателя. Но одновременно это может привести к сокращению доступности скорой медицинской помощи. Ситуация, действительно, не однозначная. Необходимо еще раз взвесить, насколько приемлемым является показатель «количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь», который при попытке таких регионов приблизиться к нормативным значениям, действительно, ухудшается. Подобные регионы всегда будут «на плохом счету»: при сохранении высокого уровня вызовов скорой помощи — из-за превышения норматива (так называемые неэффективные расходы в сфере здравоохранения); при уменьшении количества вызовов — из-за снижения доступности медицинской помощи.

Что касается второго критерия доступности: «доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь», то он вполне оправдан и может иметь хорошие значения даже при снижении общего числа вызовов. Как известно, число вызовов скорой помощи может быть уменьшено за счет увеличения объемов неотложной помощи, за счет улучшения работы первичного звена и т.д.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2013 год составляют на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования — 1435,6 рубля.

Часто задаются вопросы о том, почему скорую помощь переводят в систему ОМС (насколько она вообще вписывается в страховые принципы?), и как будут финансироваться учреждения, оказывающие скорую медицинскую помощь, справедливо указывая, что далеко не во всех случаях при оказании скорой медицинской помощи будет предъявлен полис ОМС.

Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо обратиться к новациям финансирования системы ОМС, связанным с увеличением

страховых взносов на страхование работающего населения на 2% от фонда оплаты труда. С 2013 года, после окончания программ модернизации, эти 2% вливаются в систему ОМС и будут направляться на оплату оказанной медицинской помощи. Но в рамках проводимой реформы финансирование целого ряда направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» планируется осуществлять не за счет средств федерального бюджета, как прежде, а за счет средств обязательного медицинского страхования. Это касается денежных выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей (семейной) практики, медицинским сестрам, работающим с названными врачами, медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, а также врачам, фельдшерам и медсестрам, по проведению мероприятий по дополнительной диспансеризации работающих граждан и т.д.

Проще говоря, эти расходы перекладываются с федерального бюджета на систему ОМС. Как видим, в системе ОМС и средств становится больше, и расходных обязательств тоже больше. Поэтому реальный финансовый выигрыш от дополнительных 2% оказывается не таким уж большим, как многие ожидали.

Закономерно возникло стремление передать в систему ОМС и выплаты работникам скорой медицинской помощи. Но в рамках существующего законодательства недопустимо использовать средства ОМС на выплаты работникам организаций, финансируемых исключительно из бюджета. Логичный путь решения этой проблемы — перевод самой скорой помощи в систему ОМС, что и было сделано. Теперь и дополнительные выплаты работникам скорой медицинской помощи можно осуществлять за счет средств ОМС.

При этом вовсе не обязательно, чтобы медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, финансировались в системе обязательного медицинского страхования исключительно за количество вызовов. В соответствии с Программой при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

— по подушевому нормативу финансирования;

— за вызов скорой медицинской помощи;

— по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

То есть, вполне возможным является вариант финансового обеспечения скорой медицинской помощи по подушевым нормативам.

Тем не менее, необходимо учитывать сложившиеся различия в объемах скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, оказываемой учреждениями в рамках одного субъекта и даже муниципального образования. Общеизвестно, что количество вызовов на одного жителя в областном и районных центрах всегда выше, чем в удаленных населенных пунктах. Поэтому на территории субъекта Российской Федерации не могут использоваться одни и те же подушевые нормативы для различных учреждений скорой медицинской помощи.

Сочетание подушевого норматива финансирования с оплатой за вызов скорой медицинской помощи целесообразно осуществлять тогда, когда появится достаточно точная картина того, каков удельный вес вызовов, подтвержденный полисами ОМС. К примеру, если этот удельный вес составит 50%, то по тарифам за вызов можно оплачивать те случаи, когда полис предъявлен, а затраты по оказанию скорой медицинской помощи в случаях, когда полис отсутствует, покрывать за счет подушевого норматива (который, естественно, в этом случае, будет

вдвое ниже, чем если бы не было оплаты по тарифам за вызов).

Если оплата услуг скорой медицинской помощи оказывается только по тарифам за вызов, должен учитываться удельный вес вызовов, не подкрепленных наличием полиса ОМС. Если, как было указано в вышеприведенном примере, полиса предъявляются только в 50% случаев, тариф должен быть увеличен вдвое относительно рассчитанного на общее количество вызовов. Кроме того, требуется дифференциация тарифов на вызов в зависимости от того, фельдшерская это бригада или врачебная, результативный или безрезультативный (ложный) вызов и т.д.

Следует отметить еще одну проблему, связанную с переводом скорой медицинской помощи в систему ОМС. Она касается транспортного обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих скорую медицинскую помощь. Рассмотрим эту проблему на примере г. Красноярска.

Скорую медицинскую помощь в г. Красноярске оказывает муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская станция скорой медицинской помощи» (далее — ГССМП). Транспортное обслуживание осуществляет Муниципальное бюджетное учреждение санитарного автотранспорта (далее — МБУСАТ). Финансирование обоих учреждений осуществляется за счет средств субвенции краевого бюджета.

МБУСАТ создано с целью обеспечения специализированным и санитарным автотранспортом муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи на дому и обеспечения жизнедеятельности муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения города Красноярска. В состав учреждения входят ремонтные мастерские, заправочная станция, пункт технического осмотра автотранспортных средств. Централизация автотранспорта в одном учреждении позволила оптимизировать затраты учреждений на обслуживание автотранспорта и обеспечить бесперебойный выход в учреждения здравоохранения санитарного автотранспорта.

При переводе финансирования услуг скорой медицинской помощи через систему ОМС закономерно возникает вопрос об источнике и способе финансирования учреждения, обеспечивающего транспортное обслуживание — МБУСАТ.

В состав услуги ГССМП до 2013 года входили такие затраты, как заработная плата врачей и фельдшеров, медикаменты, медицинское оборудование и т.п. В стоимость услуги МБУСАТ по обеспечению автомобилями скорой помощи входили такие затраты, как заработная плата водителей, бензин, запчасти для автомобилей, страхование автомобилей, автошины и т.п. С 2013 года предлагается все данные затраты финансировать за счет средств ОМС.

МБУСАТ не может получать напрямую деньги ОМС, так как получателями средств ОМС могут быть только медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь на основании договоров со страховыми медицинскими организациями и имеющие лицензию на право осуществления медицинской деятельности.

Предлагается средства ОМС на полную услугу скорой медицинской помощи (медицинская помощь и автотранспорт) предусмотреть для ГССМП, которая, в свою очередь, по гражданско-правовому договору приобретает услугу обеспечения специализированным автотранспортом, как внешнюю услугу.

Для этого ГССМП необходимо размещение заказа на получение внешних услуг в соответствии с федеральным законом № 94-ФЗ. Для участия в аукционе МБУСАТ необходимо оформить услугу предоставления специализированного автотранспорта, как платную услугу. Кроме того, МБУСАТ не будет являться единственным поставщиком, что создает угрозу для стабильной деятельности и финансирования учреждения.

МБУСАТ оказывает транспортные услуги, которые согласно Постановлению Госком-

стата РФ от 24.01.03 № 30 «Об утверждении инструкции по заполнению формы федерального государственного статистического наблюдения № П-1 (ОКВЭД) «Сведения о производстве и отгрузке товаров и услуг по видам экономической деятельности» отнесены к разделу 85 «Здравоохранение и предоставление социальных услуг», а именно: код по ОКВЭД — 85.14.4 деятельность учреждений скорой медицинской помощи, которая включает следующие виды экономической деятельности: деятельность скорой медицинской помощи и перевозку больных санитарно-транспортными средствами. Также согласно указанному Постановлению деятельность прочего сухопутного пассажирского транспорта (код ОКВЭД 60.23) не включает в себя перевозку машинами скорой помощи.

При этом неоднозначным является вопрос — относится ли услуга МБУСАТ по обеспечению специализированным автотранспортом ГССМП к медицинским услугам или нет, и подлежит ли налогообложению по налогу на добавленную стоимость? Общая стоимость затрат МБУСАТ в год на данную услугу составляет порядка 252,1 млн. руб. Если НДС предполагается, то для приобретения данной услуги ГССМП необходимо изыскать дополнительные средства на уплату НДС порядка 45 млн. руб.

Остается неясным также вопрос по транспортному налогу. В соответствии с Законом Красноярского края от 11.11.2010 № 11-5149 «О транспортном налоге» статья 4 пункт 6 учреждения здравоохранения полностью или частично (не менее 70%) финансируемые из краевого или местных бюджетов освобождаются от транспортного налога. Когда услуга МБУСАТ по обеспечению специализированным автотранспортом станет платной, льгота не будет предоставляться. В связи с этим, возникает и вопрос о ставке транспортного налога.

Другой вариант предполагает передачу автомобилей скорой помощи из МБУСАТ в ГССМП с содержанием и заработной платой водителей. Достоинства этого варианта в следующем:

- Появится один ответственный за выезд бригады (медицинский персонал и водители) — руководитель ГССМП. В настоящее время при неоказании или некачественном оказании медицинской помощи необходимо будет определить ответственного — по чьей вине произошло нарушение — водителя или медицинского персонала.
- Один собственник у автомобиля и у медицинского оборудования, установленного или находящегося в автомобиле. В настоящее время автомобили принадлежат МБУСАТ, оборудование — МБУЗ ГССМП. Водитель не несет ответственность за оборудование, находящееся в автомобиле, что может привести к хищению или поломке оборудования.
- Как работники одного учреждения, отвечающего за конечный результат — оказание медицинской помощи — водители станут помощниками для врача, работая по командному принципу.
- Единый фонд оплаты труда позволит эффективно перераспределять средства и поощрять или стимулировать те бригады (водитель и медицинский персонал), которые проявили себя при оказании медицинской помощи, а также дестимулировать при нарушениях или некачественно выполненном задании. В настоящее время руководитель может повлиять только на медицинский персонал, не имея возможности стимулировать или наказывать водителя.
- Возможность ввести дополнительные стимулирующие выплаты за достижение определенных результатов работы.
- Стоимость тарифа на оказание услуги скорой медицинской помощи будет максимально приближена к действительности.

Правда, при этом имеются и серьезные риски:

- «Экономику» МБУСАТ очень сложно разделить, и выделить автомобили, обслуживающие только скорой медицинской помощи (имеются еще санитарный автотранспорт, спецтехника).

• ГССМП необходимо будет получить лицензии на предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры водителей. Под угрозой выезд на линию автомобилей в период оформления лицензий.

• Если автомобили скорой помощи передаются в ГССМП, то как будет осуществляться их ремонт в МБУСАТ? На какой базе (если из МБУСАТ выделяется только транспорт скорой медицинской помощи, а ремонтная база остается в МБУСАТ)? Какова будет система взаимоотношений и т.д.?

С аналогичными проблемами сталкиваются и другие регионы.

Как видим, перевод скорой помощи в систему ОМС сопряжен с целым рядом проблем, часть из которых обнаружится лишь позже. Но и сейчас очевидно, что большинство из них субъектам Российской Федерации, муниципальным образованиям и конкретным учреждениям придется решать самим. И в силу распределения полномочий, и поскольку не существует однозначных решений для всех вопросов на федеральном уровне.

UDC 614.2
Yurikova I.G., Kadirov F.N. ***Regarding specific problems of transferring emergency medical care into the system of mandatory medical insurance*** *(Health care Management Administration, Krasnoyarsk, Russia)*

Abstract: In the article there are discussed questions of transferring financial provision of emergency medical care in the system of mandatory medical insurance starting from 2003 year, related to this problems concerning payment methods for services of emergency medical care, relationship between organizations, providing emergency medical care and transport organizations and etc.

Keywords: *System of mandatory medical insurance; emergency medical care; financial provision; payment methods for services; financial normatives per capita.*

Номинации

УЧРЕЖДЕНЫ ТРАДИЦИОННЫЕ НОМИНАЦИИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» ЗА ЛУЧШИЕ ПУБЛИКАЦИИ 2012 ГОДА

Номинации учреждены в целях повышения эффективности управленческих решений в здравоохранении и стимулирования заинтересованности организаторов-практиков здравоохранения в свободном распространении информации об организационных инновациях:

- **Автор наиболее оригинальной публикации или цикла публикаций за год (с 1 января по 31 декабря).**
- **Автор наиболее оригинального менеджерского решения в области управления региональным здравоохранением (рубрики «Региональный опыт» и «Интересный документ»).**

После подведения творческих итогов уходящего журнального года мы опубликуем решение редакции и общественного голосования читательской аудитории. Победителям номинаций будут направлены дипломы, подписанные главным редактором журнала, академиком В.И. Стародубовым, а также годовые подписки на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2013 год и новые книги серии «Менеджмент в здравоохранении» Издательского дома «МЗ».

Просим читателей журнала направлять свои мнения по адресу: idmz@mednet.ru

И.А. Гехт,
д.м.н., профессор кафедр медицинского страхования и общественного здоровья и здравоохранения ИПО Самарского государственного медицинского университета, начальник аналитического управления Территориального фонда ОМС Самарской области, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru
Г.Б. Артемьева,
к.м.н., директор Территориального фонда ОМС Рязанской области, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, организации сестринского дела с курсом социальной гигиены и организации здравоохранения ФПДО Рязанского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, г.Рязань, Россия, agb@rofoms.ryazan.ru

ПОЛИТИКА ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ: О «СТРАТЕГИИ-2020» И НЕ ТОЛЬКО

УДК 614.2
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. ***Политика охраны здоровья: о «Стратегии-2020» и не только*** *(Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия; ТФОМС Рязанской области, г. Рязань, Россия)*

Аннотация. Реформирование здравоохранения в России невозможно без определения истинной потребности населения в видах медицинской помощи, больничных койках, кадрах, на этой основе должно формироваться все стратегическое и тактическое планирование совершенствования медицинской помощи, развития профилактики, новых форм финансирования, кадровой политики.

Ключевые слова: стратегия, потребность в медицинской помощи, профилактика, первичная медицинская помощь, одноканальное финансирование.

О необходимости разработки стратегических направлений развития отечественного здравоохранения говорилось давно, принятые и реализованные отдельные программы имели большое значение, но они все же обусловили некоторую фрагментарность реформирования здравоохранения. Поэтому значение «Стратегии-2020», несомненно, велико.

Предлагаемые заметки содержат не только комментарии к отдельным положениям «Стратегии-2020», но и некоторые рассуждения о проблемах реформирования отечественного здравоохранения.

О потребности в медицинской помощи

Реформирование здравоохранения должно быть основано на четком представлении об истинных потребностях населения в видах и объемах медицинской помощи, медицинских организациях, их оснащении, коечном фонде, кадрах, ресурсном обеспечении системы. В большинстве публикаций и выступлениях справедливо затрагиваются вопросы необходимости дополнительного финансового обеспечения здравоохранения, приводятся показатели развитых стран. Деньги нужны, с этим трудно спорить, но сколько и на что — об этом стоит поговорить подробнее, ибо вопросы изучения потребности в них и необходимости более ***решительного изменения организации медицинской помощи*** часто уходят на второй план.

© И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2012 г.

Определение потребности должно быть основано на двух основных критериях: состоянии здоровья населения с учетом прогноза его изменений; тенденций и прогноза демографической ситуации.

Для оценки состояния здоровья в настоящее время можно применить с большой долей достоверности только показатели смертности, но ретроспективная оценка снижает ее ценность. Для изучения состояния здоровья населения могли бы быть использованы показатели заболеваемости, но, тратя силы и средства на регистрацию заболеваемости, мы не можем доверять полученным показателям, хотя в официальных источниках они приводятся, на их основе оценивается динамика заболеваемости, планируется медицинская помощь. Но, к сожалению, мощнейший механизм оценки здоровья населения задействовать эффективно в настоящее время не представляется возможным.

В качестве примера рассмотрим показатели заболеваемости в Приволжском ФО по данным 2010 года. Разброс показателей по регионам слишком велик. Общая заболеваемость в Чувашской Республике — 2167 на тысячу населения (далее все показатели приводятся на 1000 населения), в Мордовской — 1591, различие составляет 36%. Еще существеннее различия по отдельным заболеваниям. Онкологические болезни: в Ульяновской области — 98, в Республике Марий Эл — 30,3 (в 3 раза!); эндокринные болезни: в Удмуртской Республике — 42, в Чувашской — 78; болезни глаз: в Нижегородской области — 100,7, в Ульяновской — 174; болезни системы кровообращения: в Самарской области — 327, в Республике Марий Эл — 185; гипертоническая болезнь: в Кировской области — 114, в Марий Эл — 53; болезни органов пищеварения: в Республике Башкортостан — 169, в Нижегородской области — 82,6; болезни мочеполовой системы: в Чувашской Республике — 189, в Кировской области — 69; травматизм: в Пермском крае — 132, в Саратовской области — 64,4.

Эти различия обусловлены отнюдь не разницей в состоянии здоровья населения регионов, скорее сказываются наличие или отсутствие врачей определенных специальностей, различия в доступности медицинской помощи, а самое главное — отсутствие эффективной системы медицинской статистической регистрации (как и по всей стране в целом). Кстати, заболеваемость в Приволжском ФО в 1,5 раза больше, чем в Северо-Кавказском ФО, и на 33%, чем в Южном ФО).

При сравнении показателей заболеваемости с показателями смертности подтверждается сомнительность выше приведенных показателей. Например, в Республике Марий Эл заболеваемость системы кровообращения на 70% ниже, чем в Самарской области, а смертность на 11% выше, показатели летальности превышают почти в 2 раза (4,5 и 2,4%, соответственно), то есть в Республике Марий Эл из 22 зарегистрированных больных один умирает, в Самарской же области — из 42. Похожая ситуация с онкологическими заболеваниями: в этой же Республике Марий Эл один летальный исход приходится на 17 зарегистрированных больных, в Ульяновской области — на 46! Еще больший разброс показателей заболеваемости наблюдается в разрезе отдельных муниципальных образований каждого региона.

Почему это происходит? Дело в том, что заболеваемость регистрируется только при обращениях по месту прикрепления граждан в поликлинике и только за один год. Не учитываются обращения за медицинской помощью и с профилактической целью по месту работы, в ведомственные ЛПУ, в частные медицинские организации, консультации в других учреждениях, обращения на скорую помощь, заболевания, выявленные при госпитализациях, случаи смерти, обращения в салоны «Оптика», заболевания, возникшие в другом регионе (ТФОМС Самарской области по межтерриториальным расчетам оплатил другим регионам в 2011 году 260 млн. рублей за медицинскую помощь, оказанную

ее жителям вне территории регистрации, но сведения об их заболеваемости не вошли в статистику ни в Самарской области, ни по месту оказания помощи). Авторы «Стратегии» говорят о темпе прироста за 5 лет общей заболеваемости на 9,8% и первичной заболеваемости на 7,6%, но возникает вопрос: «Насколько достоверны эти показатели?»

В порядке самокритики следует признать, что сборники показателей, характеризующих состояние здоровья в Самарской области, содержат весьма скудные сведения о заболеваемости (нет показателей по классам болезней, отсутствуют данные о госпитализированной заболеваемости, нет сопоставления показателей заболеваемости и смертности и т.д.). В Рязанской области такие сборники вообще не издаются.

В то же время анализ показателей заболеваемости в настоящее время может и должен выступить в качестве важнейшего механизма изучения потребности в медицинской помощи и ее ресурсообеспечения, сыграть важную роль при планировании новых направлений государственной политики в сфере здравоохранения. Методики определения потребности в больничных койках, расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования в зависимости от заболеваемости существуют, но применить их сегодня затруднительно. Необходимо разработать единую для страны программу регистрации заболеваемости, которая включала бы в себя учет всех выявленных болезней за 3–5 лет вне зависимости от места обращения за медицинской помощью и проверки здоровья.

О роли страховых медицинских организаций

В «Стратегии-2020» подчеркивается необходимость заинтересовать страховые медицинские организации (СМО) в выявлении случаев избыточного расходования средств и недостаточно качественного лечения. Это правильно, но в то же время нельзя не учитывать возникающую при этом ***экономическую мотивацию СМО в выискивании дефектов лечения***. Опыт работы по реализации нового закона об обязательном медицинском страховании показывает, что СМО, оставляя себе часть средств от штрафов по итогам экспертизы, становятся заинтересованными, чтобы их было больше. Например, в Самарской области в 1 полугодии 2012 года СМО за счет санкций к медицинским организациям увеличили себе расходы на ведение дела на 10,3 млн. рублей (10,5%). При этом СМО не участвуют (не предусмотрено нормативными документами) в экспертизе организации медицинской помощи (не анализируется рост госпитализаций по экстренным показаниям, самотек, рациональность формирования потоков пациентов и т.д.), а также в анализе расходования средств на различные направления, например, на медикаментозное обеспечение, питание больных в стационаре.

В то же время СМО ***не имеют права не оплачивать счета за оказанную медицинскую помощь, обусловленную невыполнением пациентами рекомендаций врачей***. Например, кратность госпитализаций в Самарской области по поводу одной и той же патологии составляет 15–40%. Поэтому назрел вопрос ***об ответственности и соплатежах при лечении пациентов, которые уклоняются не только от профилактических мероприятий, как говорится в «Стратегии-2020», но и от выполнения рекомендаций врачей***.

О первичной медицинской помощи

Создание центров здоровья должно сыграть важную роль в профилактике заболеваний. Хотя предлагаемое расширение их функций оценивается неоднозначно. Ведь очевидно, что ***многие функции центров здоровья могут и должны выполнять врачи первичной помощи (участковые и ВОП)***.

При внедрении подушевого финансирования с фондодержанием в амбулаторно-поликлиническом звене оплата медицинских услуг в центрах здоровья происходит за счет последних, что создает ситуацию, когда у врачей поликлиники возникает мотивация в том, чтобы прикрепленные к ним застрахованные граждане не обращались в эти центры. Дублирование функций не повышает эффективности. Нам кажется, что следует обратиться к опыту некоторых стран, например, Дании, ***где стоимость посещения врача общей практики с профилактической целью стоит намного дороже, чем посещение больного***, это стимулирует врачей пропагандировать среди прикрепленного населения необходимость регулярной проверки своего здоровья.

У нас этот метод был бы весьма полезен при условии максимального освобождения участковых врачей от диспетчерской функции, которую им вменили с новым порядком оказания первичной помощи. Он регламентирует оказание первичной специализированной медицинской помощи по направлениям ВОП и участковых врачей. Это накладывает, с одной стороны, большую ответственность на этих специалистов, с другой, при отсутствии необходимых знаний, опыта и навыков создается опасность превращения участковых врачей в диспетчеров, при этом они будут перегружены и это негативным образом отразится на терапевтической и педиатрической помощи.

Большие сомнения в целесообразности обязательного посещения врачей первичного звена для получения специализированной помощи возникают при необходимости у пациентов проверки зрения с подбором очков или при попадании инородного тела в глаз, при острых болях в ухе, при остром радикулите и т.д. Это, безусловно, приведет к искусственной перегрузке участковых врачей на приеме. Другое дело, если врачи общей практики смогут оказать эту помощь самостоятельно. Что же касается хронических больных, которые состоят на диспансерном учете и регулярно наблюдаются врачами-специалистами, получают от них рецепты при льготном обеспечении лекарствами, то есть смысл в закреплении именно за ними указанного контингента без лишних обращений к врачам первичного звена. Проблема эта становится в настоящее время особенно актуальной в связи с вступлением в систему ОМС большого числа медицинских организаций частной формы собственности.

Введенное в соответствии с законом об обязательном медицинском страховании право пациентов на выбор врача, в том числе и для оказания амбулаторной специализированной помощи, заставляет ВОП и участковых терапевтов не только четко определить, в помощи каких специалистов нуждается пациент, но и знать, где, когда и у кого ее можно получить, дать пациенту полноценные рекомендации, на основании которых он может воспользоваться своим правом выбора.

Вопрос этот достаточно сложный, особенно при подушевой форме финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений с элементами фондодержания. Ведь, с одной стороны, должен выполняться закон, и интересы пациентов стоят выше других, с другой, выражена экономическая мотивация врачей поликлиники, как можно больше сокращать внешние услуги, которые оплачиваются из средств поликлиники.

Еще сложнее обстоит дело с направлением врачами первичного звена пациентов на стационарное лечение. Здесь также необходимо знать все возможности медицинских организаций, не только муниципальных, но и областных, федеральных, ведомственных и частных, дать соответствующие рекомендации при направлении, понимая, что поликлиника понесет значительные убытки в связи с госпитализацией. Тем не менее, искусственная задержка пациентов на догоспитальном этапе недопустима, это может привести к возникновению осложнений, значительному ухудшению состояния, что не только вызовет

удорожание лечения, но и соответствующие санкции страховых медицинских организаций.

В «Стратегии-2020» говорится: «Российская система охраны здоровья, отдавая решительный приоритет лечению, а не широко понимаемой профилактике, фактически отдает приоритет интересам тех, кто не достиг трудоспособного возраста или из него вышел», авторы предлагают больше внимания уделить трудоспособному населению, смертность которого очень высока. С этим трудно не согласиться и все же думается, что ***возрастной принцип определения приоритетов не очень верный***. Взрослое трудоспособное население — это выросшие дети, состояние здоровья которых не может не вызывать озабоченности. По данным Самарской области, только 5% новорожденных здоровы, 6% — больны, остальные относятся к группе риска; среди детей от 0 до 14 лет: здоровых — 20%, больных — 17,4%, в группе риска — 62,6%, среди подростков: здоровых — 18,4%, больных —23,6%, в группе риска — 58%. Когда здоров только каждый пятый ребенок, а остальные требуют медицинского наблюдения и лечения, будет ли здоровым трудоспособный контингент? И неудивительно, что среди беременных женщин у 88% отмечаются осложнения. С другой стороны, постарение населения значительно увеличивает потребность во всех видах помощи, особенно специализированной, которая стоит дороже. Это означает, что и детей, и пожилых лечить надо! Другое дело, что говоря о профилактике, мы оставляем в стороне важнейший ее элемент, связанный с лечением, а он имеет в нашей стране огромное значение. ***Своевременное радикальное лечение несет большую профилактическую нагрузку***. Например, радикальное лечение своевременно выявленного хронического тонзиллита не только предотвращает ангины, но и не дает развиться ревматизму, полиартриту и другим болезням, связанным с хроническим инфекционным заболеванием.

В «Стратегии-2020» говорится о том, что 30% госпитализаций могут быть перенесены на амбулаторный этап без ущерба для здоровья больного, по нашим данным показатель ниже — 15%, но это не принципиально. Важно другое: ***перенос лечения со стационарного на амбулаторный этап возможен только при появлении не только у медиков, но и у пациентов экономической мотивации лечиться в поликлинике или дома***. А это возможно только при включении механизма лекарственного страхования, чтобы медикаментозная терапия при амбулаторном лечении не ложилась тяжелым грузом на пациентов, особенно людей пожилого возраста. Рост стоимости лекарств значительно затрудняет организацию эффективного лечения в амбулаторных условиях. В этом случае возрастает роль дневных стационаров, где предусмотрено бесплатное медикаментозное лечение, их число должно расти, как и эффективность лечения в них. Для этого необходимо создание полноценной нормативной и методической основы их деятельности.

О профилактике

Как справедливо отмечают западные ученые, экономический рост в нашей стране, увеличение ВВП и его доли, выделяемой на здравоохранение, не сопровождался, в отличие от развитых стран, улучшением показателей здоровья из-за неравномерного и несправедливого распределения доходов. При этом доказано, что более обеспеченные граждане имеют лучшие показатели здоровья, в этом играет роль доступность для них не только эффективных профилактических мероприятий, но и высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе и на платной основе. Поэтому строительство спортивных объектов, налоговые послабления за занятия физкультурой и спортом, предлагаемые авторами «Стратегии-2020», — дело, несомненно, нужное. Но не менее важным является обеспечение равной доступности всех слоев населения к объектам массового спорта.

В «Стратегии» достаточно подробно описаны этапы борьбы с курением и употребле-

нием алкоголя. К предлагаемым мерам можно было бы добавить еще несколько. Например, по нашему мнению, ***со временем не должно быть курящих врачей***. Возможно, следует запретить прием в медицинские ВУЗы курящих молодых людей, это будет выглядеть как своего рода запрет на профессию — вынужденная форма дискриминации.

В настоящее время мы можем говорить о малоэффективных формах пропаганды вреда курения и алкоголя. Вот каким языком об алкоголизме говорят медики («Медицинская газета» от 23.07.2010 «От чего люди пьют горькую...»): *«Причина пьянства и алкоголизма в анахронизме психосоматического дискомфорта незрелости настоящего возраста, который не исчезает и не возникает вновь в пространстве организма, а лишь несчетное число раз возвращается внешней энергией ускорения факторов воздействия. Проявляясь эмоциональной неустойчивостью, отсутствием осознания настоящего и прочими отклонениями, пережиток незрелости как расхождение между формой и ее содержанием становится потребностью возвращения в настоящее своего возраста, которую люди пытаются удовлетворить с помощью алкоголя»*. Мы понимаем, что это, по-видимому, врач-психолог пишет для своих коллег, но опубликовано-то в популярном издании для всех медиков, а даже им это все непонятно.

А вот примеры рекламы водки. *«Это для тех, кто любит жизнь во всех ее проявлениях, умеет получать удовольствие от простых вещей: запах свежего сена, капли теплого дождя на лице, дурман от только что испеченного черного хлеба... Как хорошо оказаться в уединенном месте, слиться с природой, бродить босиком по теплому песку, пробежаться по мокрой от росы траве...»* — это о водке «Маруся».

«Иногда просто необходимо оставить дела и поехать на природу, ехать, чтобы ветер напевал тебе о свободе, улыбаться солнцу. ***Чтобы понять, что жизнь прекрасна, не надо усилий****. Водка Калинов Луг — естественность, спокойствие, природная чистота»*

«Водка Журавли — это ***глоток свежего воздуха*** *для современного человека, который хочет расслабиться и отдохнуть после тяжелого дня. Ее мягкий и неповторимый вкус дает возможность почувствовать легкость, пробуждает чувства свободы, поднимает на высоту, где парит свободная и прекрасная журавлиная стая»*. Вот какие возвышенные поэтические строки о водке. А какие названия! Мы насчитали более 50 сортов водки, где упоминается в различных сочетаниях слово «береза», красивые лирические названия с прекрасным оформлением, стихами...

О кадрах

Кроме того, что в здравоохранении не хватает кадров, они еще и нерационально используются. В то же время новый проект приказа МЗ РФ о штатных нормативах нацелен на экстенсивное увеличение числа медицинских работников. Качество подготовки врачей, использование молодых специалистов для работы в сельской местности упираются в то, что на бюджетной основе готовятся только 40% врачей, из которых приступают к работе в системе здравоохранения не все (80%), а лишь на них могут распространяться наши планы по замещению вакансий. ***Очень затруднена подготовка врачей по смежным специальностям***, а они нужны, особенно в сельской местности. ***Современный врач общей практики, подготовленный за несколько месяцев, не только не удовлетворяет растущую в связи с постарением потребность в специализированной помощи, в том числе консультативной, но и сам стимулирует ее рост***. Потребность в специализированной помощи можно удовлетворить частично при более широком повсеместном использовании высококвалифицированных врачей-специалистов областных, республиканских больниц, клиник ВУЗов для консультативной амбулаторной помощи с использованием

диагностических и технологических возможностей своих учреждений. При этом необходимо экономически заинтересовать в таких мероприятиях не только самих консультантов, но и медицинских работников поликлиник, не заинтересованных направлять туда своих пациентов при подушевом финансировании с фондодержанием. Соответствующие стимулирующие приемы существуют, например, уменьшение для поликлиники стоимости госпитализации при догоспитальных обследовании и консультациях в данной больнице, перевод части пациентов для лечения в дневные стационары и т.д. Имеет значение и развитие крупных современных межмуниципальных учреждений и подразделений для оказания специализированной медицинской помощи с использованием остальных муниципальных учреждений для долечивания и реабилитации пациентов, а также для медико-социальной помощи, что особенно актуально для села.

Об одноканальном финансировании

Спорность перехода к одноканальному финансированию с единым тарифом по РФ очевидна. При однозначно положительной оценке одноканального финансирования необходимо признать, что к его внедрению нужна основательная подготовка. Следует учитывать, ***что невозможно сформировать одинаковые по размерам тарифы на медицинскую помощь, включающие все направления затрат, для медицинских организаций даже одного уровня в пределах региона***. Привлечение в систему ОМС частных медицинских организаций возможностью оплаты медицинской помощи по полному тарифу сопровождается полной неясностью об источниках финансирования частных, впрочем так же, как и ведомственных, и федеральных медицинских организаций. Надежда на высвобождающиеся средства от программы модернизации мало реальна. Авторы стратегии говорят о необходимости повышения оплаты труда медицинских работников на 30–75%, но ведь даже минимальное повышение фонда оплаты труда потребует значительной доли средств, выделенных сейчас на программу модернизации. Кроме того, возрастает потребность в увеличении поставок комплектующих и расходных материалов к установленному в ходе Национального проекта «Здоровье» и модернизации здравоохранения оборудованию, необходимо его дальнейшее обновление, а также приведение в порядок остальной материальной базы, не вошедшей в региональные программы модернизации.

Мы намеренно не затронули в данной работе вопросы, связанные с оплатой медицинской помощи, они требуют отдельного обсуждения. Скажем лишь, что метод подушевого финансирования с элементами фондодержания далеко не безупречен. К его внедрению необходимо подходить очень взвешенно и с тщательной подготовкой. В то же время нельзя отрицать совсем и другие методы оплаты медицинской помощи и их комбинаций.

Таким образом, вопросы разработки стратегии реформирования здравоохранения остаются в настоящее время актуальными, сделаны лишь первые полезные и необходимые шаги.

UDC 614.2

Geht I.A., Artemieva G.B. ***Health protection policy: regarding «Strategy-2020» and not only*** *(Samara State Medical University, Samara, Russia; TFOMS Ryazan region, Ryazan, Russia)*

Annotation: Reforming health care in Russia is impossible without identifying the true need of population in types of medical care, hospital beds, personnel, on this basis there should be formed all strategic and tactic planning of enhancing medical care, development of preventive care, new forms of financing, personnel policy.

Keywords: *strategy, need in medical care, preventative care, primary health care, one-channel financing.*

Т.В. Буйлова,
д.м.н., профессор, Нижегородская медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия,
tvbuilova@list.ru

РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ПЕРЕХОДУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В АВТОНОМНЫЕ (НА ПРИМЕРЕ НИЖЕГОРОДСКОГО ОБЛАСТНОГО РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ)

УДК 614.2

Буйлова Т.В. ***Разработка подходов к переходу государственных реабилитационных учреждений в автономные (на примере Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов)***
(Нижегородская медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия)

Аннотация. В данной статье изложена концепция перехода государственного учреждения в автономное на примере Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов. Разработаны подходы к формированию задания Учредителя, являющегося ключевым моментом при переходе государственного учреждения в автономное. Процедура формирования задания включала в себя этап сегментирования потребителей услуг, разработку стандартов реабилитационной помощи для каждого сегмента рынка, определение для них объемов реабилитационных услуг, что позволило рассчитать планируемое количество потребителей в каждом сегменте рынка и установить суммарное количество разных потребителей услуг в год. Переход реабилитационных учреждений в статус автономных позволит обеспечить их жизнеспособность и возможности для их развития.

Ключевые слова: *автономное учреждение, реабилитация, стратегии развития*

Вопросы стратегического развития являются важными для любых компаний, но особую актуальность они приобретают в настоящее время для учреждений, занимающихся реабилитацией. Это обусловлено целым рядом причин.

Во-первых, отсутствием корректной системы финансирования реабилитационных учреждений, которая учитывает только количество пролеченных пациентов и игнорирует их тяжесть, что ведет к тому, что государственные центры реабилитации не заинтересованы принимать наиболее трудоемких больных (с выраженными нарушениями возможностей передвижения и самообслуживания, например, с геми-, пара- и тетрапарезами).

Во-вторых, отсутствие в той или иной мере финансовой самостоятельности не позволяет руководителям государственных реабилитационных учреждений удержать наиболее ценные профессиональные кадры, которые вынуждены уходить в частные структуры. Фактически лучшие (по результатам реабилитации) государственные учреждения сохраняют свои позиции благодаря командам единомышленников, работающих на энтузиазме, что несправедливо и стратегически неправильно.

© Т.В. Буйлова, 2012 г.

И, наконец, третье. В России в настоящее время нет реально существующей системы реабилитации и стандартов реабилитации, регламентирующих набор и количество реабилитационных услуг для конкретных групп потребителей и побуждающих реабилитационные учреждения заниматься наиболее тяжелыми пациентами.

Одним из путей решения изложенных проблем может быть переход государственных реабилитационных учреждений в автономные, работающие по заданиям Учредителя, имеющие большую финансовую самостоятельность и перспективы развития внебюджетной деятельности.

Основные мотивации для создания автономного учреждения путем изменения типа существующего государственного учреждения:

• Бюджетные ассигнования, ориентированные на финансирование по статьям расходов (на койку) без учета тяжести контингента, лишают учреждение стимула «утяжелять» контингент, в соответствии с чем страдает наиболее уязвимая часть инвалидов — молодые люди с последствием спинальной травмы, являющиеся проблемными как с позиции трудозатрат, так и финансового обеспечения.

• Бюджетное финансирование не создает необходимость стимулов для повышения квалификации специалистов в плане освоения и использования новых методик, способствующих увеличению трудоемкости и объема реабилитационных услуг, а значит, является определенным тормозом для совершенствования учреждения.

• В условиях бюджетного финансирования определенной альтернативой изменению типа учреждения является стабильно работающее хозрасчетное отделение, которое позволит привлечь инвесторов (физических и юридических лиц, фонды социального и добровольного страхования) и этим восполнит недостаток бюджетного финансирования.

Целесообразность перехода учреждения в автономные очевидна при рассмотрении возможных позитивных последствий данного решения:

1. Последствия для потребителей — расширение состава оказанных услуг, повышение их качества.

2. Последствия для государственного учреждения — совершенствование материально-технической базы учреждения, изменение уровня оплаты труда работников учреждения.

3. Последствия для областного бюджета — рост налоговых доходов.

4. Создание отношения с учредителем как «покупатель» и «производитель услуг» с финансовым обеспечением нормативных затрат на оказание услуг физическим и юридическим лицам.

5. Возможность привлечения инвесторов в социальную сферу, расширение источников финансирования текущей деятельности.

6. Создание необходимых стимулов и условий для существенного повышения эффективности использования кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов.

Разработка подходов к формированию задания Учредителя

Согласно существующим нормативным документам, финансирование автономного учреждения осуществляется по заданию Учредителя. Финансирование автономного учреждения не должно быть меньше, чем финансирование предыдущего года, и не должно быть ниже, чем финансирование бюджетного государственного учреждения. Очевидно, что от того, насколько правильно и корректно будет составлено задание Учредителя, зависит судьба автономного учреждения. Объем и качество планируемых услуг должны четко соответствовать, с одной стороны, возможностям персонала учреждения (предельной функции должности и квалификационному потенциалу), а с другой стороны, потребностям планируемых потребителей услуг (сегментов рынка) с целью обеспечения максимально возможного эффекта реабилитации.

Для корректного формирования задания Учредителя всех потребителей услуг в учреждении реабилитации следует разделить на основные группы. Для каждой группы потребителей определяется стандарт реабилитационной помощи, включающий в себя перечень услуг, частоту использования каждой услуги (на совокупность больных данной категории) и количество услуг на протяжении курса реабилитации.

Для примера формирования задания мы предлагаем подготовленные нами материалы, касающиеся деятельности Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов (НОРЦИ) за период с 2009 по 2011 гг.

Группы потребителей услуг в НОРЦИ:

1) больные и инвалиды с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы;

2) больные и инвалиды с заболеваниями и последствиями травм (травмы головы, травмы шеи, травмы грудной клетки, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника, последствия травм и других воздействий внешних причин);

3) больные и инвалиды с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (деформирующие дорсопатии, спондилопатии, болезни мягких тканей, болезни мышц, поражения синовиальных оболочек и сухожилий, другие болезни мягких тканей, остеопатии и хондропатии, нарушения плотности и структуры кости);

4) больные и инвалиды с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (артропатии, инфекционные артропатии, артрозы, воспалительные артропатии, другие поражения суставов);

5) больные и инвалиды с цереброваскулярными болезнями;

6) больные и инвалиды с болезнями органов дыхания.

За условную единицу услуги (1 у.е.) принята услуга продолжительностью 20 минут.

НОРЦИ — единственное учреждение в Нижегородской области, которое решает в настоящее время задачи комплексной реабилитации пациентов с тяжелыми нарушениями функции опоры и движения (последствия спинномозговой, черепно-мозговой травм, инсульта, ортопедическими заболеваниями).

Ниже приведены в качестве примеров два стандарта реабилитационной помощи.

Стандарт №1 реабилитационной помощи инвалидам с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полиневропатиями и другими поражениями периферической нервной системы *(таблица 1).*

- Класс болезней VI: болезни нервной системы
- Группа заболеваний: поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений:
  - стадия ремиссии
  - хроническая фаза
  - без осложнений
- Условия оказания: реабилитационное отделение (стационарное, амбулаторное)
- Реабилитация из расчета 21 день

Стандарт №2 реабилитационной помощи инвалидам с заболеваниями и последствиями травм *(таблица 2).*

- Класс болезней XIX: травмы и некоторые другие последствия внешних причин.
- Группа заболеваний: травмы, травмы головы, травмы шеи, травмы грудной клетки, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника, последствия травм и других воздействий внешних причин:
  - стадия ремиссии
  - хроническая фаза
  - без осложнений
- Условия оказания: реабилитационное отделение (стационарное, амбулаторное)
- Реабилитация из расчета 30 дней

Разработанные стандарты позволяют определить объемы реабилитационных услуг для каждой группы потребителей и выйти на

Таблица 1

Примерный стандарт реабилитационной помощи инвалидам с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений, полинейропатиями и другими поражениями периферической нервной системы. Класс болезней: VI

№ п/п	Наименование услуги	Частота предоставления	Среднее количество в (у.е.)	Итого
1	Прием (осмотр, консультация) реабилитационной комиссии	1	4	4
2	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	2	2
3	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	1	13	13
4	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	1	2	2
5	Консультация физиотерапевта (прием, осмотр)	1	3	3
6	Консультация врача ЛФК (инструктора-методиста по лечебной физкультуре)	1	3	3
7	Консультация врача-рефлексотерапевта	0,4	1	0,4
8	Консультация психотерапевта	0,1	3	0,3
9	Индивидуальная психологическая консультация	0,6	30	18
10	Психодиагностика	1	3	3
11	Индивидуальная психотерапия, в том числе семейная	1	12	12
12	Психологический тренинг	0,5	20	10
13	Коррекция когнитивных нарушений	0,05	20	1
14	Электрокардиография	1	1	1
15	Индивидуальная саморегуляция	0,5	20	10
16	Электронейромиография	0,8	6	4,8
17	Стабилометрия	0,2	4	0,8
18	Реовазография	0,7	2	1,4
19	Физиотерапия	1	10	10
20	Аппаратная рефлексотерапия	0,8	8	6,4
21	Групповая ЛФК	0,5	20	10
22	Индивидуальная гимнастика	0,5	15	7,5
23	Блоковая механотерапия	1	10	10
24	ЛФК в бассейне	0,3	10	3
25	Массаж ручной	1	10	10
26	Коррекция нарушений мелкой моторики	0,5	20	10
27	Трудотерапия	0,2	30	6
28	Обучение навыкам самообслуживания, эрготерапия	0,5	10	5
29	Подбор технических средств реабилитации и обучение использованию	0,7	2	1,4
30	Содействие в получении технических средств реабилитации и обучение использованию	0,5	2	1
31	Содействие в социально-трудовой реабилитации	0,1	2	0,2
32	Профессиональное тестирование	0,5	2	1
33	Оказание социально-правовой помощи	0,3	1	0,3
34	Назначение диетической терапии	1	3	3
35	Предоставление диетического питания	1	126	126
	Итого:			*300,5*
36	Назначение медикаментозной терапии:	1	3	3
37	Выполнение медикаментозной терапии			
	— анальгетики, нестероидные	0,5	15	7,5
	сосудистые средства	0,7	10	7
	Итого:			*17,5*
	Всего:			*318*

Таблица 2

Примерный стандарт реабилитационной помощи инвалидам с заболеваниями и с последствиями травм. Класс болезней: XIX

№ п/п	Наименование услуги	Частота предоставления	Среднее количество в (у.е.)	Итого
1	Прием (осмотр, консультация) реабилитационной комиссии	1	5	5
2	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	1	3	3
3	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	1	22	22
4	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	1	3	3
5	Консультация физиотерапевта (прием, осмотр)	1	4	4
6	Консультация врача ЛФК (инструктора-методиста по лечебной физкультуре)	1	5	5
7	Консультация врача-рефлексотерапевта	0,8	2	1,6
8	Консультация психотерапевта	0,5	3	1,5
9	Индивидуальная психологическая консультация	0,5	30	15
10	Психодиагностика	1	3	3
11	Индивидуальная психотерапия, в том числе семейная	1	12	12
12	Психологический тренинг	0,5	20	10
13	Коррекция когнитивных нарушений	0,1	20	2
14	Диагностика речевых нарушений	0,1	2	0,2
15	Коррекция речевых нарушений	0,1	30	3
16	Электрокардиография	1	2	2
17	Индивидуальная саморегуляция	0,5	20	10
18	Электросон	0,1	10	1
19	ЭЭГ	0,1	3	0,3
20	Спирометрия	0,2	1	0,2
21	УЗИ	0,8	4	3,2
22	Топография	0,001	3	0,003
23	Реовазография	0,1	1	0,1
24	Физиотерапия	1	10	10
25	Аппаратная рефлексотерапия	0,5	20	10
26	Групповая ЛФК	0,01	20	0,2
27	Индивидуальная гимнастика	1	15	15
28	Блоковая механотерапия	1	10	10
29	ЛФК в бассейне	0,3	10	3
30	Массаж ручной	1	10	10
31	Коррекция нарушений мелкой моторики	0,8	20	16
32	Пассивная гимнастика для верхних конечностей	0,5	10	5
33	Пассивная гимнастика для нижних конечностей	1	10	10
34	Тренажерная гимнастика с электростимуляцией мышц на аппарате «Стимул»	0,3	10	3
35	Коррекция походки	1	20	20
36	Трудотерапия	0,2	30	6
37	Обучение навыкам самообслуживания, эрготерапия	1	30	30
38	Подбор технических средств реабилитации и обучение использованию	1	4	4

Таблица 2, окончание

№ п/п	Наименование услуги	Частота предоставления	Среднее количество в (у.е.)	Итого
39	Содействие в получении технических средств реабилитации и обучение использованию	1	4	4
40	Содействие в социально-трудовой реабилитации	0,5	1	0,5
41	Профессиональное тестирование	0,05	3	0,15
42	Содействие в решении вопросов трудоустройства	0,03	1	0,03
43	Социально-правовая помощь в оформлении документов	0,5	1	0,5
44	Оказание социально-правовой помощи	0,2	1	0,2
45	Составление договора в рамках социально-правовой помощи	0,01	1	0,01
46	Назначение диетической терапии	1	3	3
47	Предоставление диетического питания	1	180	180
	Итого:			*480,593*
48	Назначение медикаментозной терапии:	1	5	5
49	Выполнение медикаментозной терапии			
	— миорелаксанты	0,9	30	27
	— уросептики	0,5	15	7,5
	— НПВС, противосудорожные	0,5	25	12,5
	Итого:			*52*
	Всего:			*532,593*

Таблица 3

Сводная таблица объема услуг в год

Наименование категории потребителей услуг по заболеванию	Количество	Объем услуг (в среднем) на одного потребителя в рамках задания учредителя	Итого объем услуг в год в рамках задания учредителя	Итого услуг в мин	Итого услуг в руб.
Болезни периферической нервной системы	70	240,5	16 837,5	336 750	912 592,5
Дорсопатии, спондилопатии, болезни мягких тканей	200	281,3	56 251	1 125 020	3 048 804,2
Артропатии, артрозы	500	287,7	143 836	2 876 720	7 795 911,2
Последствия травм	50	493,6	24 685,65	493 713	1 337 962,2
Цереброваскулярные болезни	50	484,3	24 215	484 300	1 312 453
Болезни органов дыхания	90	164,5	14 803	296 060	802 322,6
Консультативный прием			2779	55 580	150 621,8
ИТОГО	960		283 407,2	5 668 143	15 360 667,5

Таблица 4

Расчет годового фонда рабочего времени (ФОТ на 2009 г.) основного персонала

Персонал	*Месячный фонд рабочего времени (мин)*	*Годовой фонд рабочего времени (мин)*
Отделение функциональной диагностики (7 единиц)	53 729,8	644 754,0
Амбулаторное отделение реабилитации (16 единиц)	129 846,5	1 558 153,2
Стационарное отделение реабилитации (18 единиц)	116 414,5	1 396 970,4
Отделение социально-психологической реабилитации (9 единиц)	80 594,6	967 130,4
Отделение физических методов реабилитации (16 единиц)	134 323,9	1 611 882,0
ИТОГО	514 909,4	6 178 912,74

Таблица 5

Расчет стоимости 1 минуты оказания услуг

№ п/п	*Ассигнования текущего года*		*Годовой фонд рабочего времени основного персонала (мин)*	*Приходится на 1 мин*
	Наименование статьи	*Сумма*		
1	Заработная плата (211)	10 172 000	5 668 138,89	1,79
2	Начисления на заработную плату (213)	2 664 550	5 668 138,89	0,47
3	Увеличение стоимости материальных запасов	= 2 474 685	5 668 138,89	0,44
4	Командировки	20 000	5 668 138,89	0,004
5	Обучение	30 000	5 668 138,89	0,01
	Итого	*15 361 235*	*5 668 138,89*	*2,71*

планируемое количество потребителей в каждой группе, а также на суммарное количество разных потребителей услуг в год *(таблица 3)*.

В *таблице 4* представлен расчет годового фонда рабочего времени основного персонала НОРЦИ на 2009 год.

Годовой фонд рабочего времени персонала, оказывающего социальные и медицинские услуги, был несколько меньше и составил 5 665 139 минут, что соответствует объему выполненных услуг — 5 668 143 *(таблица 3)* и что свидетельствует о корректности заявленного для планируемого задания Учредителя.

В *таблице 5* приведен расчет стоимости 1 минуты оказания услуг.

Предложенная концепция развития НОРЦИ позволит создать необходимые стимулы и условия для существенного повышения эффективности использования кадровых, материально-технических и финансовых ресурсов учреждения. Разработанные подходы и концепция развития НОРЦИ могут быть использованы при переходе в автономное любого другого реабилитационного учреждения. Для формирования задания Учредителя, являющегося ключевым моментом при переходе государственного учреждения в

автономное, могут быть эффективно использованы разработанные подходы, учитывающие количество и характер единиц потребителей услуг. Разработанные стандарты реабилитационной помощи позволяют определить объемы реабилитационных услуг для каждой группы потребителей, планируемое количество потребителей в каждой группе и суммарное количество разных потребителей услуг в год.

Литература

1. *Алексунин В.А.* Маркетинг: Учебник. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2006. — 204 с.
2. *Васильев Ю.* Грядет бюджетная реформа: изучаем законопроект//Бюджетные учреждения: ревизии и проверки финансово-хозяйственной деятельности. — 2010. — № 4.
3. *Давыдова О.В.* О переходе автономного учреждения — бывшего бюджетного учреждения на УСНО//Автономные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2010. — № 2.
4. *Дурново Д.В.* Развитие бюджетной сети в перспективе//Автономные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2010. — № 3.
5. *Морозова Г.А.* Разработка маркетинговой стратегии — Нижний Новгород: Изд-во Волго-Вятской академии государственной службы, 2001. — 198 с.
6. *Морозова Г.А.* Маркетинговые технологии в регионе. — Нижний Новгород: Изд-во Волго-Вятской академии государственной службы, 2003. — 140 с.
7. *Мошкова Т.Г.* Преобразование бюджетных учреждений в автономные: двухлетний опыт города Орска//Финансы. — 2009. — № 12.
8. *Саакян Т.В.* Бюджетное учреждение: ожидание реформы//Бюджетный учет. — 2010. — № 2.
9. *Снегирев А.Г.* Создание АУ путем изменения типа бюджетного учреждения: от инициативы до проекта решения//Автономные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. — 2009. — № 8.
10. *Шипунов В.А.* Практические аспекты создания автономных учреждений на региональном и муниципальном уровнях//Финансовый вестник: финансы, налоги, страхование, бухгалтерский учет. — 2009. — № 11.
11. *Яговкина В.А.* Финансирование из бюджетов деятельности автономных учреждений//Финансовое право. — 2010. — № 1.

UDC 614.2
Builova T.B. ***Development of approaches to transition of the public rehabilitation institutions to the independent (on an example of Nizhny Novgorod regional rehabilitation centre for the disabled)*** *(Nizhegorodskaya medical academy, Nizhniy Novgorod, Russia)*

Abstract. In this article the developed concept of transition of public institution in independent on an example of the Nizhny Novgorod regional rehabilitation center for the disabled is stated. Approaches to formation of a task of the Founder being the key moment upon transition of public institution in the independent are developed. Procedure of formation of a task included a stage of segmentation of consumers of services, development of standards of the rehabilitation help for each segment of the market, determination of volumes of rehabilitation services for them that allowed to calculate planned number of consumers in each segment of the market and to establish total number of different consumers of services in a year. Transition of rehabilitation establishments to the status of the independent will allow to provide their viability of establishment and possibility for their development.

Keywords: *independent institutions, rehabilitation, strategy of development*

Е.Ю. Зангерова,
главный врач Государственного бюджетного учреждения Республики Марий Эл «Республиканская станция переливания крови», г. Йошкар-Ола, Россия, rspk@mari-el.ru
Е.Е. Гамова,
к.э.н., доцент кафедры экономики и финансов ФГБОУ ВПО «Поволжский государственный технический университет», Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Республиканская станция переливания крови», г. Йошкар-Ола, Россия

ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ — ОСНОВНОЙ АСПЕКТ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ И ДОНОРСКОГО КОНТИНГЕНТА (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ)

УДК 614.2
Зангерова Е.Ю., Гамова Е.Е. ***Централизация службы крови — основной аспект рационального использования ресурсов и донорского контингента*** *(на примере Республики Марий Эл) (ГБУ Республики Марий Эл «Республиканская станция переливания крови», г. Йошкар-Ола, Россия)*

Аннотация. Произведена оценка результатов централизации службы крови в Республике Марий Эл. Сокращение 3 отделений переливания крови не ухудшило обеспеченность лечебных учреждений компонентами крови. Концентрация ресурсов производственной трансфузиологии в одном учреждении оптимизирует финансовые и трудозатраты. Внедрение современных технологий, организация заготовки крови в соответствии с реальными потребностями лечебной сети позволяют значительно уменьшить списание невостребованных компонентов крови и наиболее рационально использовать имеющийся донорский контингент.

Ключевые слова: *централизация службы крови, объемы заготовки, компоненты крови, эффективность, качество*

Введение

Модернизация здравоохранения, а в частности, службы крови, требует значительных финансовых затрат как из федерального, так и из регионального бюджета и одновременно предъявляются требования к повышению эффективности используемых ресурсов [4].

Практическая целесообразность и мировой опыт показывают, что основным направлением развития службы крови должна стать централизация высокотехнологичных и материалоемких составляющих службы крови: производство и хранение компонентов крови; лабораторные исследования; управление запасами; сбор информации о донорском контингенте в единый донорский центр [2].

В условиях ограниченного финансирования с учетом реальных бюджетных возможностей республики централизация службы крови позволяет наиболее рационально и эффективно использовать имеющиеся ресурсы, ограниченный донорский контингент.

Цель работы — оценить результаты централизации службы крови в регионе для определения подходов по совершенствованию ее деятельности.

© Е.Ю. Зангерова, Е.Е. Гамова, 2012 г.

Материалы статьи основаны на результатах анализа сводного годового отчета по форме № 39 отраслевой статистической отчетности о деятельности учреждений службы крови Республики Марий Эл за период 2005–2011 гг. Экономические расчеты проводились с использованием средних показателей за 2011 г. Источниками информации о цене оборудования являлась информация о ценах производителей, общедоступные результаты мониторинга рынка.

Республика Марий Эл (РМЭ) входит в состав Приволжского федерального округа. Количество населения в республике по состоянию на 01.01.2011 года составляло 695,38 тыс. чел. Число коек в лечебно-профилактических учреждениях составляет 7025, в том числе 1375 коек дневного стационара и 70 коек сестринского ухода.

До 2006 г. в республике функционировали 3 отделения переливания крови (ОПК) на базе центральных районных больниц и республиканская станция переливания крови (РСПК). К 2012 г. была прекращена заготовка донорской крови в условиях ОПК, данные структурные подразделения реорганизованы в кабинеты трансфузионной терапии, высвободившиеся штатные единицы перераспределены в клинические отделения районных больниц. Станция переливания крови в настоящее время является единственным учреждением в республике, осуществляющим заготовку донорской крови, ее переработку на компоненты, их хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов.

Сокращение ОПК было вызвано крайней изношенностью материально-технической базы и экономической нецелесообразностью их переоснащения, поскольку минимальные объемы заготовки донорской крови не позволяют эффективно использовать дорогостоящее современное оборудование. Только на закупку оборудования для заготовки крови и ее лабораторного обследования в одно отделение в соответствии с существующими нормативными документами потребовалось бы выделить не менее 5623,300 тыс. рублей из регионального бюджета Республики Марий Эл [5].

Однако реорганизация ОПК не повлияла на объем заготавливаемой крови *(табл. 1)*.

За период с 2005 г. по 2011 г. объем заготовки цельной донорской крови в республике увеличился на 19,8%, или на 1068,9 л. С увеличением общего объема заготовки изменился объем заготовки основных гемотрансфузионных сред *(табл. 2)*.

Заготовка плазмы в республике увеличилась на 12,0% . Тогда как заготовка эритроцитной массы уменьшилась на 838,4 л (30,9%). Снижение объемов эритроцитной массы в 2011 г. позволило в 3,04 раза по сравнению с 2005 г. уменьшить ее списание в связи с невостребованностью и истечением срока годности.

Показатели динамики наглядно демонстрируют увеличение объема заготовки концентрата тромбоцитов. Количество произведенных эквивалентных доз данного компонента с 2005 г. возросло в 9,4 раза, что позволило более полно обеспечить потребности лечебной сети в данном компоненте крови для оказания онкологической и гематологической помощи жителям РМЭ. Избирательное увеличение заготовки наиболее востребованных компонентов крови стало возможно благодаря селективности, исключающей получение балластных составляющих. Более широкое использование дискретного плазмафереза, внедрение методов аппаратного (автоматического) афереза позволяет избежать заготовки невостребованной эритроцитной массы, а также получать тромбоциты и плазму лучшего качества в большем объеме [2, 7].

Применение данных технологий стало возможно благодаря участию службы крови республики в государственной программе совершенствования службы крови, реализуемой Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным медико-биологическим агентством России. В рамках данной программы было получено

Таблица 1

Динамика показателей заготовки цельной донорской крови в РМЭ, литры

Наименование	Годы							Абсолютное отклонение 2011 г. к 2005 г.
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Республика Марий Эл в целом	5393,6	4819,2	5627,2	6053,2	5912,7	6606,7	6462,5	1068,9
РСПК	4775,2	4344,0	5154,5	5623,1	5607,8	6368,5	6246,9	1471,7
ОПК	618,4	475,2	472,7	430,1	304,9	238,2	215,6	–402, 8

Таблица 2

Динамика показателей заготовки плазмы, эритроцитной массы, концентрата тромбоцитов в РМЭ, литры

Наименование	Годы							Абсолютное отклонение 2011 г. к 2005 г.
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Свежезамороженная плазма, л	3217,1	2791,4	3243,1	3511,5	3327,4	3786,7	3600,8	383,7
Эритроцитная масса, л	2709,2	2209,8	2454,1	2719,5	2168,4	1864,2	1870,8	–834,4
Концентрат тромбоцитов, доз	96	323	182	366	727	1488	1011	915

современное медицинское оборудование, позволившее коренным образом изменить производственную деятельность [3].

Так, использование автоматического тромбоцитофереза позволяет заготовить от одного донора дозу тромбоцитов, эквивалентную шести дозам тромбоцитов, выделенным из цельной крови от шести доноров. В 2011 г. 47,2% тромбоцитов на станции было заготовлено аппаратным методом. Отделения переливания крови не выпускали концентрат тромбоцитов, не проводили не только аппаратный, но и дискретный плазмаферез.

С целью определения удовлетворенности потребности лечебных учреждений в трансфузионных средах был проведен анализ обеспеченности заявок на компоненты крови. Оценивалось соответствие объема выданной продукции и объема, требующегося лечебному учреждению *(табл. 3)*.

Из *таблицы 3* явствует, что сокращение отделений переливания крови не ухудшило удовлетворение потребностей в гемотрансфузионных средах. Полнота обеспеченности заявок лечебно-профилактических учреждений улучшилась статистически значимо по свежезамороженной плазме ($t = 5,56$; $p < 0,001$), по эритроцитной массе ($t = 2,63$; $p < 0,05$), по концентрату тромбоцитов ($t = 4,8$; $p < 0,001$).

Необходимым условием эффективности гемотрансфузионной терапии является контроль качества выпускаемых учреждением службы крови компонентов. Оснащение и организационно-штатная структура ОПК не позволяли проводить лабораторные исследования по определению биологической полноценности выпускаемых гемотрансфузионных сред. Тогда как на РСПК осуществляется контроль биологической полноценности, функциональной активности и лечебной эффективности выпускаемых компонентов крови в соответствии с требованиями технического регламента о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих

Таблица 3

Показатели динамики обеспеченности заявок лечебно-профилактических учреждений компонентами крови, %

Наименование гемотрансфузионной среды	Год	
	2005 (M ± m)	2011 (M ± m)
Свежезамороженная плазма	93,4±0,47 (n = 2762)	97,5±0,30 (n = 2620)
Эритроцитная масса	92,9±0,49 (n = 2781)	94,6±0,42 (n = 2919)
Концентрат тромбоцитов	71,9±5,41 (n = 69)	98,2±0,99 (n = 182)

Таблица 4

Показатели динамики количества донаций в Республике Марий Эл, ед.

Наименование	Годы						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Республика Марий Эл в целом	16 179	12 687	14 261	15 406	13 967	13 795	13 509
РСПК	14 207	11 167	12 706	14 021	12 856	12 971	12 814
ОПК	1972	1519	1555	1385	1111	824	695

растворов и технических средств, используемых в трансфузионной медицине [6].

Основной тенденцией современной трансфузиологии является рестриктивная тактика назначения гемотрансфузионных сред только в ситуации, когда без переливания крови клинический прогноз ухудшится [1,2]. Современные технологии ведут к повышению качества гемокомпонентов, что позволяет для достижения лечебного эффекта использовать меньшее количество гемотрансфузионных сред. Приведение количества донаций в соответствие с реальными потребностями лечебной сети позволяет оптимизировать материальные и трудозатраты, наиболее рационально использовать имеющийся донорский контингент. В *таблице 4* представлено изменение количества донаций за период 2005–2011 гг.

В 2011 г. общее количество донаций по сравнению с 2005 г. уменьшилось на 2670 (19,8%), в том числе на 9,8 за счет уменьшения по РСПК и на 64,8% — по ОПК.

Оценивая эффективность проведенных мероприятий, целесообразно проведение следующих расчетов.

Для заготовки 5393,6 л цельной донорской крови в 2005 г. потребовалось выполнить 16 179 донаций, соответственно для заготовки 6462,5 л в 2011 г. без проведения вышеперечисленных мероприятий потребовались бы 19 384 донации, то есть на 3205 донации больше, чем было проведено в 2011 г. Себестоимость одной донации составляет 3496,78 рубля, в том числе:

1) амортизация оборудования — 1343,84 р.;
2) заработная плата персонала — 572,22 р.;
3) расходные материалы и диагностикумы — 749,88 р.
4) денежная компенсация на питание донора — 180,00 р.
5) прочие (накладные) расходы (22,8%) — 648,4 р.

Итого полная себестоимость одной донации — 3494,81 р.

Дополнительные затраты на проведение 3205 донаций составили бы 11 200,866 тыс. р. бюджетных средств. Экономия данных финансовых ресурсов из республиканского и федерального бюджета позволила направить их на более целесообразные и экономически оправданные цели.

Заключение

Сокращение отделений переливания крови не повлияло на обеспеченность лечебных учреждений компонентами крови. Современные методы заготовки позволяют избирательно увеличить заготовку наиболее востребованных гемотрансфузионных сред и значительно уменьшить списание компонентов крови по причине истечения срока годности. Приведение количества донаций в соответствие с реальными потребностями лечебной сети дает возможность оптимизировать материальные и трудозатраты, наиболее рационально использовать имеющийся донорский контингент. Проведенные мероприятия по централизации службы крови и повышению ее эффективности позволили получить экономию бюджетных средств в размере 11 200,866 тыс. рублей.

Литература

1. *Жибурт Е.Б., Шестаков Е.А.* Доказательная трансфузиология. Часть 1. О правилах назначения компонентов крови//Здравоохранение. — 2007. — № 11. — С. 31–37.

2. *Жибурт Е.Б.* Бенчмаркинг заготовки и переливания крови. Руководство для врачей. — М.: Издание РАЕН, 2009. — 364 с.

3. *Зангерова Е.Ю., Злобина Г.М.* Анализ деятельности службы крови региона за период реализации государственной программы по совершенствованию службы крови//Вестник службы крови России. — 2012. — № 2. — С. 37–40.

4. *Свиридова Т.Б.* Сущность инновационных механизмов управления ресурсами здравоохранения//Экономика здравоохранения. — 2011. — № 11–12. — С. 5–13.

5. Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28 марта 2012 г. № 278н «Об утверждении требований к организациям здравоохранения (структурным подразделениям), осуществляющим заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компоненгтов, перечня оборудования для их оснащения».

6. Правительство РФ. Технический регламент о требованиях безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии//Постановление Правительства РФ от 26.01.2010 № 29.

7. *Филина Н.Г., Иванчин В.А., Трофина Н.Ю., Гончаренко Т.Е., Жибурт Е.Б.* О качестве концентрата тромбоцитов//Трансфузиология. — 2011. — № 4 (12). — С. 32–37.

UDC 614.2

Zangerova E.U., GamovaE.E.

Centralization of blood service — is the main aspect of the rational use of the resources and donor contingent *(by the example of the Republic of Mari El) (SBU Republic Mariy El «Republican station of blood transfusion», Ioshkar-Ola, Russia)*

Abstract. Estimation of the results of centralization of blood service in the Republic of Mari El was made. Reduction of 3 departments of blood transfusion did not make worse provision of medical institutions with blood components. Concentration of the resources of industrial transfusiology in one institution optimizes financial costs and working hours. Introduction of modern technology, organization of blood procurement in accordance with real needs of the medical system let decrease considerably the write-off of the unclaimed blood components and use more rationally the existing donor contingent.

Keywords: *centralization of blood service, volumes of procurement of donor blood, blood components, efficacy, quality*

Г.В. Артамонова,
д.м.н., проф., заместитель директора по научной работе, artamonova@cardio.kem.ru
А.Р. Галеев,
к.б.н., инженер научно-методического отдела, galeev@cardio.kem.ru
Т.С. Баженова,
научный сотрудник лаборатории моделирования управленческих технологий, bazhts@cardio.kem.ru
Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Кемерово, Россия

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ АКТУАЛЬНОСТИ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ РОССИЙСКИХ НИУ

УДК 614.2:004.658 (470)
Артамонова Г.В., Галеев А.Р., Баженова Т.С. ***Альтернативный метод оценки актуальности медико-биологических научных исследований российских НИУ*** *(Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Кемерово, Россия)*

Аннотация. Эффективность управления научно-исследовательским учреждением оценивается по уровню значимости научной продукции в мировом научном сообществе. Выбор научного направления — достаточно сложный процесс, требующий оценки его новизны и актуальности. В качестве инструмента используется анализ цитирования научных публикаций на основе международных информационных ресурсов. Вместе с тем у данных сервисов есть ряд ограничений их применения в российских научно-исследовательских учреждениях (НИУ). Для решения этой задачи в НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН разработан альтернативный метод наукометрической оценки новизны и актуальности исследований, учитывающий тренды в мировой науке за последние десять лет. Метод показал ряд преимуществ перед существующими подходами, может применяться для планирования и мониторинга результативности научной деятельности в НИУ.

Ключевые слова: *наукометрия, биомедицинские исследования, управление результатами научных исследований, оценка новизны исследований, оценка актуальности исследований.*

В связи с глобализацией мировой экономики и открытостью рынков современным медицинским научно-исследовательским учреждениям приходится соответствовать требованиям высококонкуретной среды. Выпуск на рынок какого-либо нового научного продукта (медицинской технологии, тест-систем, лекарственного препарата и т.д.) в любой стране мира может существенно повлиять на разработки аналогичных продуктов в российских НИУ. Теряется приоритет и новизна, что очень важно для получения грантов и еще важнее для поиска инвестиций в инновационные проекты. Срабатывает принцип «лидер получает все», даже малые преимущества при выполнении научных исследований при прочих равных условиях могут дать значительную награду на финише.

Учитывая, что стратегической задачей НИУ является повышение результативности научно-исследовательских направлений и проектов, то

© Г.В. Артамонова, А.Р. Галеев, Т.С. Баженова, 2012 г.

соответственно должен проводиться мониторинг их новизны и актуальности.

Оценка результативности деятельности российских НИУ основывается на критериях международного признания полученных научных результатов, публикационной активности сотрудников и цитируемости их работ. С учетом перечисленных критериев постепенно формируется новая модель финансирования научных исследований в России, при этом библиометрические показатели деятельности НИУ, ВУЗов и научных коллективов становятся факторами капитализации [1].

Признанным способом получения преимуществ в конкурентной среде является повышение эффективности деятельности организации путем внедрения в ней системы менеджмента качества, соответствующей стандартам ИСО серии 9000 [2, 3]. Для НИУ процессом жизненного цикла является научно-исследовательская деятельность.

Опыт НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (г. Кемерово) по развитию системы менеджмента качества свидетельствует о важности мониторинга уровня и значимости выполняемых научных разработок [4].

Для принятия решения о новизне и актуальности того или иного научного исследования целесообразно использовать информационные ресурсы. Однако в настоящее время информационных систем, подходящих для российского пользователя, не существует. Как правило, оценка обычно зависит от мнения нескольких человек, считающихся экспертами. Очевидно, что такой подход имеет слабые места, связанные с затруднительностью количественной оценки десятков научно-исследовательских работ (НИР), выполняемых в учреждениях, и их ранжирования по новизне. Впрочем подобная проблема существует и в зарубежных организациях [5].

Одним из первых в своем роде инструментов для оценки актуальности исследований является веб-сервис SciVal Spotlight, запущенный компанией Elsevier в 2011 году [6]. Этот сервис основан на использовании цитат-индексов. Вместе с тем если для расчета эффективности научной деятельности цитат-индекс — это хороший инструмент, то для оценки новизны и перспективности исследований его возможности ограничены [7, 8].

Другие коллективы также предпринимают попытки разработать автоматизированные системы для идентификации новых направлений научных исследований и инновационных разработок. Например, подобная система разрабатывается Kraker P. с коллегами [9] на основе отслеживания научных Интернет-публикаций в реальном времени в микроблогах. Одним из наиболее крупных исследований в этой сфере является запущенный Европейским Союзом международный проект по созданию системы VISIONEER [10], использующей наукометрические и библиометрические методы в духе современной информационной концепции Science 2.0 [11, 12]. Одной из целей VISIONEER является создание «ускорителя инноваций» [13].

Сервисы сразу начали активно использоваться научным сообществом. Они дают возможности для прозрачной оценки научной активности и успешности научного коллектива в сравнении с другими, а также помогают стратегически планировать научную деятельность. Вместе с тем у сервисов есть недостатки, ограничивающие применение их российскими НИУ. Данные сервисы анализируют в основном зарубежные публикации, издаваемые на английском языке. Доступ к сервисам коммерческий, что также существенно затрудняет их использование.

Таким образом, проблема оценки и планирования научной деятельности в отечественных НИУ весьма актуальна. Поэтому в НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (далее НИИ) была предпринята попытка создать альтернативную методику анализа НИР, подходящую для российских НИУ.

Для оценки НИР в учреждении создана автоматизированная программа «Учет науч-

ной деятельности» (Свидетельство о госрегистрации ЭВМ № 2012618858), которая позволяет:

- регистрировать научную продукцию, планируемую и производимую каждым научным сотрудником в текущем режиме;
- легко отслеживать сроки и этапы выполнения работ;
- координировать и интегрировать планируемые проекты;
- проводить оценку персонифицированного вклада каждого сотрудника в научную деятельность всего учреждения на основании утвержденных критериев оценки по виду научного продукта;
- оперативно формировать отчеты;
- обеспечить прозрачность деятельности научных подразделений НИИ.

В анализе новизны и актуальности выполняемых НИР использованы следующие данные программы:

- название НИР и относящиеся к ней ключевые слова;
- участники НИР;
- количество публикаций, относящихся к НИР.

Поскольку наиболее полной общедоступной базой данных о мировых биомедицинских публикациях в настоящее время является сервис PubMed.com, то выбраны методы анализа с применением данного информационного ресурса. Рассматривая конкретную тему НИР в НИИ с использованием программы ЭВМ и сервиса PubMed.com, определяли:

- количество накопленных мировых знаний по каждому ключевому слову и фразам;
- темп роста этих знаний;
- среднее значение объема знаний и их темпа роста;
- объем знаний НИИ по НИР, выраженный в количестве собственных публикаций.

Первый и второй показатели рассчитывались на основе запросов по ключевым словам НИР в PubMed.com за последние десять лет. Поскольку количество мировых публикаций по разным ключевым словам может отличаться на несколько порядков, то это затрудняет графическое представление и сравнение данных. Поэтому для упрощения сравнения в качестве показателя объема мировых знаний был использован десятичный логарифм от числа мировых публикаций.

Чтобы уменьшить объем анализа и снизить влияние случайных колебаний числа публикаций, прирост публикаций в процентах считался с шагом в два года, начиная с 2002 года и заканчивая 2011. Полученные пять значений темпа роста публикаций усреднялись. В случае, если количество публикаций по каким-то словам за десять лет было менее 100, то такие слова исключались из анализа.

Далее рассчитывали среднее значение объема знаний и темпа их роста для всех слов и фраз в рамках одной НИР учреждения. На основе этих двух показателей определяли положение НИР на фоне современной науки в виде размещения в двухмерных координатах, где по оси X был отложен объем мировых знаний, а по оси Y — темпы роста знаний *(рис. 1)*.

При этом тема НИР изображалась в виде круга с диаметром, соответствующим количеству собственных публикаций. К размеру диаметра дополнительно прибавлялась единица, чтобы отображались НИР, по которым еще нет публикаций.

При таком представлении данных ось X характеризует новизну, то есть чем меньше мировых публикаций, тем больше новизны. Ось Y символизирует актуальность, поскольку высокие темпы роста знаний в какой-либо области науки свидетельствуют о значительном внимании мирового научного сообщества к данной сфере.

Важным элементом при выполнении данного анализа является формализация подбора ключевых слов. Для решения этой задачи использовалась следующая схема выбора слов. Основное ключевое слово, характеризовавшее принадлежность НИР к области науки, оценивалось отдельно. Для описания

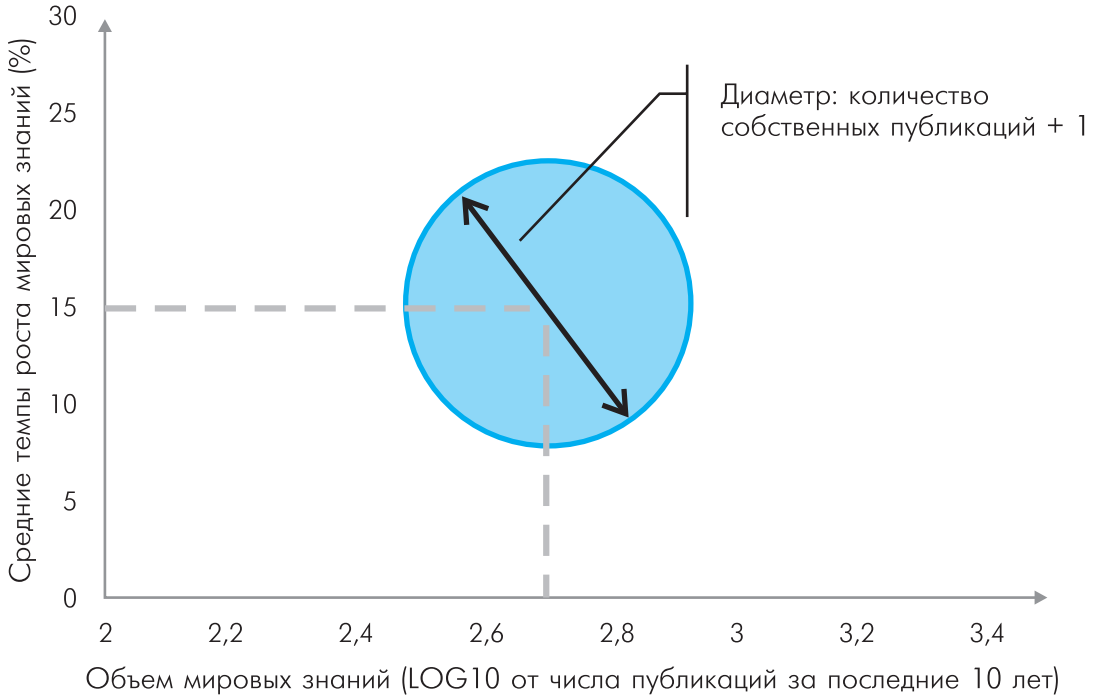


Рис. 1. **Пример расположения НИР на фоне мировых знаний. Средний объем мировых знаний: 500 публикаций за последние десять лет (Log10(500) = 2,7). Средние темпы роста: 15% каждые два года**

специфики НИР ключевые слова составлялись во фразы, подчеркивающие основную тему НИР.

В качестве примера рассмотрим тему НИР «Инсулинорезистентность при остром коронарном синдроме: подходы к ранней диагностике». Основным ключевым словом является «острый коронарный синдром». Специфику НИР описывает фраза «острый коронарный синдром + инсулинорезистентность». Поскольку упомянутая диагностика в НИР была основана на липопротеинах, то соответствующая фраза для анализа была «острый коронарный синдром + липопротеины».

Если при анализе публикаций фраза упоминалась менее чем в 100 публикациях за последние десять лет, то есть была очень редкой, то ключевые слова анализировались отдельно. Необходимо отметить, что для анализа на PubMed.com использовался английский перевод ключевых слов.

Всего было проанализировано 50 НИР, выполняемых в НИИ, и 342 ключевых слова и их комбинаций. Для оценки тем НИР выделено пять уровней, имеющих качественное различие: высокая новизна и актуальность, высокая новизна, достаточные новизна и актуальность, угроза неактуальности и устаревающие темы *(рис. 2)*.

Для идентификации границ высокой новизны и актуальности были использованы соответствующие оценки одной из НИР, важность которой подтверждена активным международным сотрудничеством и хорошими перспективами с коммерческой точки зрения. Количество мировых знаний по этой теме было в пределах 1000 публикаций за последние десять лет, а темпы их роста на уровне 40%. Область, соответствующая этим границам, на *рис. 2* обозначена I. Темы НИР, находящиеся в этой области, можно рассматривать как имеющие высокую актуаль-

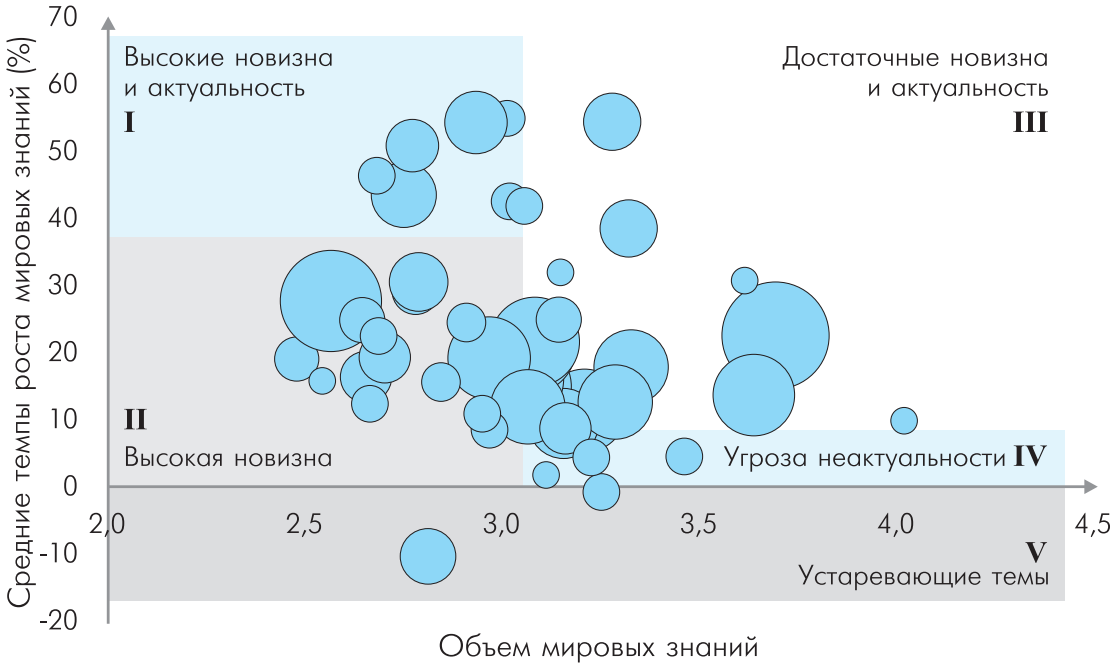


Рис. 2. **Совокупность исследований в НИИ КПССЗ СО РАМН на фоне современной науки**

ность и новизну, могут иметь значительные возможности для коммерциализации результатов и хорошие перспективы для международного сотрудничества. В НИИ в этой области оказалось 7 тем.

Ко второй группе исследований отнесены те НИР, для которых объем мировых знаний также невелик, но темпы роста знаний были менее 40%. По этим темам в мире накоплено мало знаний, поэтому в исследованиях присутствует высокая новизна. На *рис. 2* данная область обозначена II, в нее попало 13 тем НИИ. Дополнительно можно предположить, что, работая в областях с малым объемом мировых знаний, легче получить цитирование собственных публикаций, поскольку другим исследователям будет проще обнаружить их в базе PubMed.com на фоне других статей.

В третьей области лежала большая группа НИР, на каждое ключевое слово которых было в среднем опубликовано более 1000 статей за последние десять лет. Это — область III на *рис. 2*. Исследования, относящиеся к этой области, имели достаточный уровень новизны и актуальности и, как правило, характеризовали базовый опыт, накопленный в НИИ в практической сфере. Таких НИР в НИИ двадцать. Вместе с тем следует аккуратно планировать подобные НИР, рассматривая возможности для увеличения новизны и актуальности. Также для данных НИР следует внимательно выбирать темы публикаций, стараясь делать упор на наиболее актуальные и новые аспекты внутри тем. Это увеличит вероятность получения их цитирования.

Согласно базе PubMed.com, темпы роста мирового объема всех биомедицинских публикаций составляют около 10% каждые два года. Соответственно темы исследований, для которых в мире много публикаций и темпы их роста меньше 10%, можно считать проработанными и теряющими актуальность на фоне развития современной науки. На *рис. 2* это область IV. Среди тем НИИ восемь оказались в данной зоне. Следует

провести дополнительный анализ тем для выяснения причин и рассмотреть возможность по оптимизации исследований с целью увеличения актуальности.

Последняя рассматриваемая область (V) находится в отрицательной зоне, где темпы накопления знаний мировой наукой отрицательные. Соответственно можно предположить, что НИР в этой области быстро теряют актуальность с позиции современной науки. В НИИ было идентифицировано две подобные НИР.

В целом можно заключить, что подавляющее большинство НИР находилось в области положительного роста знаний в мировой науке, а значит, что они являются актуальными. Также в НИИ ведутся научные разработки, характеризующиеся малым объемом мировых знаний, что свидетельствует об их хорошей новизне.

Выявлено, что 40% от всех НИР в НИИ продемонстрировали высокую новизну и актуальность на фоне глобальной науки; для 40% НИР новизна и актуальность были достаточными; 20% проводимых исследований потребовали дополнительного внимания в связи с риском снижения их актуальности.

Результаты наукометрического анализа внутренней структуры научных разработок НИИ доведены до руководителей и исполнителей с целью формирования стратегии и тактики повышения результативности НИР.

Заключение

Предложенный альтернативный метод оценки новизны и актуальности выполняемых исследований адекватен современным требованиям наукометрии. Метод соответствует положению о том, что статистический анализ и динамика распределения публикаций в базе данных позволяют выявить признаки, характеризующие состояние работ в определенной тематической области, новые направления и отдельные точки роста научных исследований [14]. Метод позволяет идентифицировать темы НИР по уровню актуальности и перспективности в плане возможности коммерциализации и международного сотрудничества. Результаты анализа являются основанием для планирования научной и публикационной деятельности с учетом современных научных трендов.

Литература

1. *Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А.* Новые критерии результативности академической и вузовской медицинской науки в России//Социальные аспекты здоровья населения. — 2011. — Т. 18. — № 2. — С. 1–12.

2. Международный стандарт ISO 9001:2008 «Системы менеджмента качества — Требования» (Четвертое издание 2008-11-15, перевод NQA-Russia). — 17 с.

3. *Кицул И.С., Князюк Н.Ф.* Возможности и ключевые факторы успеха применения стандартов серии ИСО 9000//Заместитель главного врача. — 2008. — № 2(21). — С. 53–61.

4. *Артамонова Г.В., Баженова Т.С., Карась Д.В., Барбараш Л.С.* Современные принципы управления в научно-исследовательской медицинской организации// Менеджер здравоохранения. — 2012. — № 7. — С. 41–47.

5. *Heeseok Choi, Sung-Jin Jhun, Kiseok Choi et al.* A Design of R&D planning workbench based on research outcome analysis//Lecture Notes in Electrical Engineering. — 2012. — V. 179. — P. 45–51.

6. *Vardell E., Feddern-Bekcan T., Moore M.* SciVal Experts: a collaborative tool// Medical Reference Services Quarterly. — 2011. — V. 30, Issue 3. — P. 283–294.

7. *Lortie C.J., Aarssen L.W., Budden A.E., Leimu R.* Do citations and impact factors relate to the real numbers in publications? A case study of citation rates, impact, and effect sizes in ecology and evolutionary biology//Scientometrics, Online available since August, 2012. Режим доступа: http://www.springerlink.com/content/5375525681v282l2/fulltext.pdf
8. *Nieminen P., Carpenter J., Rucker G., Schumacher M.* The relationship between quality of research and citation frequency//BMC Medical Research Methodology. — 2006. — V. 6:42.
9. *Kraker P., Wagner C., Jeanquartier F., Lindstaedt S.* On the way to a science intelligence: visualizing TEL tweets for trend detection//Lecture Notes in Computer Science. — 2011. — V. 6964. — P. 220–232.
10. *Helbing D., Balietti S., Bishop S., Lukowicz P.* Understanding, creating, and managing complex techno-socio-economic systems: Challenges and perspectives//The European Physical Journal. — Special Topics. — 2011. — V. 195. — № 1. — P. 165–186.
11. *Shneiderman B.* Science 2.0//Science. — 2008. — V. 319. — P. 1349–1350.
12. *Wild F.* Science 2.0: The Open Orchestration of Knowledge Creation//Communications in Computer and Information Science. — 2011. — V. 126. — P. 85–86.
13. *Helbing D., Balietti S.* How to create an innovation accelerator//The European Physical Journal. — Special Topics. — 2011. — V. 195. — № 1. — P. 101–136.
14. *Ефременкова В.М. , Круковская Н.В.* Информационный мониторинг в области наукоемких технологий. Оптимизация поиска информации//Научно-технический сборник. Серия 1. Организация и методика информационной работы. — 2009. — № 1. — С. 23–34.

UDC 614.2:004.658 (470)
Artamonova G.V., Galeev A.R., Bazhenova T.S. ***Alternative relevance assessment approach to biomedical researches of Russian Research Institutions*** *(Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo, Russia)*

Annotation. Management effectiveness research institution is evaluated in terms of the significance of scientific production in the world scientific community. The complex process of selection to scientific trend is required by assessment of novelty and relevance. Citation analysis of scientific publications based on international information resources is used to solve this problem. However these services have some restrictions for their use in Russian research institutes. Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases have developed the alternative relevance and novelty scientometric approach to researches which is considering trends over the last 10 years in the world of science. The approach has shown some advantages over existing methods, it can be used for planning and effectiveness monitoring of a research institute.

Keywords: *scientometrics, biomedical research, research management, assessment of research novelty, assessment of research relevance.*

Г.Б. Романовский,
д.ю.н., заведующий кафедрой уголовного права, Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия, vlad93@sura.ru

ПРАВО ПАЦИЕНТА НА ДОПУСК К НЕМУ СВЯЩЕННОСЛУЖИТЕЛЯ

УДК 342.723
Романовский Г.Б. ***Право пациента на допуск к нему священнослужителя*** *(Пензенский государственный университет, г. Пенза, Россия)*

Аннотация. В статье рассматривается право пациента на допуск к нему священнослужителя. Исследуется понятие священнослужителя с учетом его различного понимания существующими конфессиями. Анализируется опыт закрепления данного права в странах СНГ.

Ключевые слова: *права пациента, священнослужитель, религиозная организация*

Статья 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1] (далее — Закон об основах охраны здоровья граждан) закрепляет, помимо общего права на медицинскую помощь, также право на допуск к пациенту священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях — на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации. Данная норма «перекочевала» (немного в измененном виде) из статьи 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и соответствует духу европейской политики в области здравоохранения. Так, Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994 г.) закрепляет, что каждый человек имеет право иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения. Пациент имеет право на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культуральным и личностным ценностям. В процессе лечения и ухода пациент имеет право на поддержку семьи, родственников и друзей, а также на духовную и пастырскую помощь.

Анализируемое право приобретает большое значение, поскольку уровень религиозности в нашей стране последовательно возрастает. Это наталкивается на определенные конфликты, связанные с некоторым взаимным недопониманием самих пациентов, врачей и священнослужителей. Об этом хорошо свидетельствует социологическое исследование, показавшее, что как медицинские работники, так и пациенты указали на серьезные трудности в реализации права пациента на допуск священнослужителя [2]. В августе 2011 г. министр здравоохранения и социального развития Т. Голикова направила специальное письмо в Синодальный

© Г.Б. Романовский, 2012 г.

отдел по церковной благотворительности и социальному служению Русской православной церкви, в котором указала, что администрация медучреждений не имеет права отказывать священнослужителям в допуске к пациентам, так как это противоречит «не только нормам закона, но и нормам морали». Министр напомнила, что между Минздравсоцразвития и РПЦ было подписано соглашение, которое предусматривает сотрудничество в сфере создания условий для деятельности православных религиозных организаций и православных социальных служб, включая проведение богослужений и организацию домовых храмов в стационарных учреждениях здравоохранения.

Необходимо отметить, что не только Закон об охране здоровья граждан регулирует порядок реализации анализируемого права. Статья 37 Закона РФ от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [3] предусматривает: все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе встречаться со священнослужителем наедине. Закон указывает, что данное право распространяется на всех пациентов без исключений, а форма общения должна исключать присутствие посторонних лиц. Аналогичным образом звучит статья 12 Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» [4]: лица, госпитализированные для обследования и (или) лечения в медицинские противотуберкулезные организации, имеют право встречаться со священнослужителями наедине.

Статья 12 Федерального закона от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» [5] устанавливает, что граждане пожилого возраста и инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, имеют право на свободное посещение их священнослужителем, а также на предоставление им помещения для отправления религиозных обрядов, создание для этого соответствующих условий, не противоречащих правилам внутреннего распорядка, с учетом интересов верующих различных конфессий.

С учетом наличия значительного количества религиозных организаций нередко возникают вопросы о том, кто может обладать специальным статусом «священнослужитель». Следует признать, что такое понятие в российском законодательстве отсутствует. Косвенное определение присутствует в Указе Президента РФ от 12 июля 2012 г. № 969 «О предоставлении священнослужителям права на получение отсрочки от призыва на военную службу» [6], согласно которому священнослужителем признается гражданин, получивший духовный сан (звание) и занимающий в религиозных организациях соответствующие должности. Здесь следует учитывать, что есть разница между религиозными объединениями и религиозными организациями. В соответствии с Федеральным законом от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях» [7] религиозные объединения могут создаваться в форме религиозных групп и религиозных организаций. Коренное отличие заключается в том, что религиозная группа осуществляет свою деятельность без государственной регистрации и приобретения правоспособности юридического лица. Необходимо также уведомление органов местного самоуправления о создании и деятельности религиозной группы. Религиозная организация имеет государственную регистрацию и статус юридического лица.

Федеральный закон «О свободе совести и о религиозных объединениях», определяя статус религиозных объединений, в меньшей мере уделяет внимания статусу священнослужителя. Следует учитывать, что право на предоставление условий для отправления религиозных обрядов [8] распространяется только на официальные религиозные органи-

зации (прошедшие государственную регистрацию). Таким правом не обладают религиозные группы, поскольку ст. 16 Федерального закона «О свободе совести и о религиозных объединениях» устанавливает, что именно религиозные организации вправе проводить религиозные обряды в лечебно-профилактических и больничных учреждениях, детских домах, домах-интернатах для престарелых и инвалидов, в учреждениях, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, по просьбам находящихся в них граждан в помещениях, специально выделяемых администрацией для этих целей.

Для того, чтобы определить неточность статьи 19 Закона об основах охраны здоровья граждан, необходимо сравнить ее содержание со статьями иных законов, определяющих порядок взаимоотношения граждан и священнослужителей в отдельных сферах общественной жизни. Например, пункт 107 Правил внутреннего распорядка изоляторов временного содержания подозреваемых и обвиняемых органов внутренних дел закрепляет: «Для оказания духовной помощи подозреваемым и обвиняемым допускается приглашение в ИВС священнослужителей религиозных объединений, зарегистрированных в установленном порядке» [9]. Статья 69 Гражданского процессуального кодекса РФ еще более точна, когда устанавливает, что не подлежат допросу в качестве свидетелей священнослужители религиозных организаций, прошедших государственную регистрацию, об обстоятельствах, которые стали им известны из исповеди. Именно в таком ключе следует понимать статью 19 Закона об основах охраны здоровья граждан, что пациент имеет право на допуск священнослужителя ***религиозной организации, прошедшей государственную регистрацию*** *(прим. — Г.Р.).*

Но даже при таком уточнении понятие священнослужителя имеет некоторые неопределенности. Если обратиться к Толковому словарю Д. Ушакова, то в нем понятие священнослужителя связано с христианским вероучением и толкуется как служитель религиозного культа, имеющий одну из степеней священства. В Толковом словаре Ожегова записано: «Служитель церкви, отправляющий богослужения и требы». Наиболее распространенным способом уяснения смысла понятия священнослужителя считается обращение за разъяснением в Епархиальное управление (если речь идет о Русской Православной Церкви). Согласно статье 15 Федерального закона «О свободе совести и о религиозных объединениях», государство уважает внутренние установления религиозных организаций, если указанные установления не противоречат российскому законодательству. В этой связи разъяснение понятия «священнослужитель» составляет прерогативу конфессий.

Согласно каноническим правилам Русской Церкви, к священнослужителям относятся лица, прошедшие хиротонию (рукоположение). Соответственно монашествующие, если только они не являются священниками, не являются иеромонахами и архиереями, а также учащиеся духовных школ, не рукоположенные в священники, не являются священнослужителями [10]. В Исламе вообще отсутствует понятие «священнослужитель», осуществляющий посредничество между Богом и людьми. Все мусульмане являются сами себе «священнослужителями» и не нуждаются в посредниках в общении с Господом [11]. В индуизме нет какой-то централизованной церковной организации. В Индии есть брахманы — особая каста священнослужителей. Но брахман мог стать и ученым, учителем, судьей. Еще больше может возникнуть проблем с определением понятия «священнослужитель» в религиозных организациях, не имеющих своего массового распространения. Следует учитывать, что в преамбуле Федерального закона «О свободе совести и о религиозных объединениях» первично указывается на христианство, ислам, буддизм, иудаизм как неотъемлемую часть исторического наследия народов Рос-

сии, именно в отношении этих конфессий необходимо находить толкование понятия «священнослужитель» с учетом их внутреннего устройства.

Взаимодействию государственных органов здравоохранения и религиозных организаций посвящен ряд документов. Так, 13 июля 2001 г. было направлено Письмо Минздрава России № 2510/7429-01-32 «О взаимодействии с религиозными организациями», в котором указывалось: «Следует отметить, что в работе с так называемыми «новыми» церквями подчас возникают проблемы, связанные с особым содержанием религиозных идей, формами богослужения, взаимоотношений прихожан и «светского» общества: речь идет о сектантско-фанатических тенденциях в их деятельности (церковь «Доверие и триумф» и др.)». Утверждено также Письмо Минздравсоцразвития РФ от 25 августа 2011 г. № 15-4/10/2-8348 «О соблюдении прав пациентов при обращении за медицинской помощью и ее получении на допуск к ним священнослужителя», в котором подчеркивается недопущение нарушений положений законодательства об охране здоровья граждан в части закрепления права пациента на допуск к нему священнослужителя, в том числе в случае нахождения в реанимационном отделении.

Законодательный опыт стран СНГ свидетельствует, что в большинстве стран не установлены столь либеральные правила допуска священнослужителя к пациенту. Так, Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения» не содержит норм о допуске священнослужителя (кстати, аналогичен Закон Латвийской Республики «О медицине» — закон страны, не являющейся членом СНГ). Отсутствует такая норма и в Законе Республики Армения «О медицинской помощи, обслуживании населения». В статье 6 Основ законодательства Украины об охране здоровья только в 2007 г. появился отдельный пункт, закрепляющий право пациента, пребывающего на стационарном лечении в заведении здравоохранения, на допуск к нему священнослужителя для отправления богослужения и религиозного обряда. Статья 91 Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения предусматривает, что пациент имеет право на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям, а также на поддержку со стороны семьи, родственников и друзей, а также служителей религиозных объединений. Статья 41 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» устанавливает, что при оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований. При этом делается оговорка, что предоставление пациенту указанных прав не может осуществляться в ущерб здоровью других пациентов и нарушать их права и свободы. Статья 24 Закона Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения» закрепляет, что пациент имеет право на предоставление отдельного места для исполнения религиозного обряда, не нарушая внутреннего распорядка больницы. Статья 25 Закона Республики Туркменистан «Об охране здоровья граждан» устанавливает, что право пациента на охрану здоровья обеспечивается предоставлением условий для отправления религиозных обрядов, в том числе предоставлением отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок госпитального учреждения.

Обобщая зарубежный опыт, следует отметить, что статья 19 Закона об основах охраны здоровья граждан нуждается в уточнении. Необходимо изъять термин «священнослужитель», точнее будет — «служитель

религиозной организации». Следует добавить, что может быть допущен только служитель организации, имеющей государственную регистрацию. А также реализация анализируемого права не должна нарушать права других пациентов и установленный режим лечебного учреждения. Кроме того, нельзя забывать, что данное право принадлежит именно пациенту и не может быть навязано против его воли.

Литература

1. Собрание законодательства РФ. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.
2. *Светличная Т.Г., Цыганова О.А., Зинькевич В.К.* Реализация прав граждан на охрану здоровья в оценках медицинских работников и пациентов//Медицинское право. — 2012. — № 2. — С. 6–13.
3. Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. — 1992. — № 33. — Ст. 1913.
4. Собрание законодательства РФ. — 2001. — № 26. — Ст. 2581.
5. Собрание законодательства РФ. — 1995. — № 32. — Ст. 3198.
6. Собрание законодательства РФ. — 2012. — № 29. — Ст. 4068.
7. Собрание законодательства РФ. — 1997. — № 39. — Ст. 4465.
8. *Комаров Г.А., протоиерей Алексий (Бабурин А.Н.), Мокроусова Е.В., Манько М.В.* О юридических аспектах взаимодействия учреждений здравоохранения и Русской Православной Церкви//Медицинское право. — 2008. — № 1.
9. Приказ МВД России от 22 ноября 2005 г. № 950//Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. — 2005. — № 51.
10. Официальный сайт Московской Патриархии//http://www.patriarchia.ru/db//text/1416158.html.
11. Исламский информационный портал//http://www.islam.ru/content/obshestvo//2686.

UDC 342.723

Romanovskiy G.B. ***The right of the patient to the admission of the priest to it*** *(Penza State University, Penza, Russia)*

Abstract. In the article the right of the patient to the admission of the priest to it is considered. The concept of the priest taking into account his various understanding is investigated by existing faiths. Experience of fixing of the granted right in CIS countries is analyzed.

Keywords: *rights of the patient, priest, religious organization*

О срочном разрешении ряда противоречий законодательства о трансплантологии свидетельствуют Резолюции IV, V и VI Всероссийских съездов трансплантологов памяти академика В.И. Шумакова (2008–2012 гг.), принявших решения в сфере реформирования законодательной базы — внесение изменений в действующее законодательство и ведомственные документы: изменение в существующем законе — устранение коллизии между понятиями смерти мозга и биологической смерти индивидуума; внесение в закон положения об ответственности главных врачей за организацию донорства органов в стационарах; создание федерального механизма учета волеизъявления о посмертном донорстве; создание эффективных подзаконных актов — ведомственных приказов, соответствующих сегодняшнему уровню развития медицины, с четкими и ясными алгоритмами деятельности всех участников донорского процесса. Вступление в юридическую силу Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ознаменовало появление новых коллизий в этой закрытой и непрозрачной сфере, увеличивающих медико-юридические риски как для нас — граждан, являющихся потенциальными донорами органов, так и для врачей, принимающих участие в диагностике смерти мозга, — невролога и анестезиолога-реаниматолога. Вне какого бы то ни было риска ответственности, как и прежде, остаются исключительно врачи-трансплантологи..., о чем наглядно свидетельствует Резолюция II Всероссийской конференции «Донорство органов — ключевая проблема трансплантологии» (27.04.2009): «Отказ администрации лечебно-профилактического учреждения от участия в работе по органному донорству следует расценивать как **умышленное неоказание помощи пациентам, нуждающимся в пересадке органов», то есть общество трансплантологов фактически призывает возбуждать против анестезиологов-реаниматологов и неврологов уголовные дела!**

Мы полагаем, что вопрос в другом: «Доверие — ключевая проблема трансплантологии»!

А.А. Старченко,
д.м.н., профессор ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», член правления Всероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов», ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, Россия, alexstarchenko@mail.ru

ЗАКОН РФ № 323-ФЗ «ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РФ»: НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ В СФЕРЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ, ПАЦИЕНТОВ — ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ДОНОРОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ

С наступлением 2012 года сфера трансплантологии регулируется двумя законами:

— Законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

— Законом РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» содержит две статьи, касающиеся проблем трансплантологии:

— статья 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)»;

— статья 66 «Определение момента смерти человека и прекращения реанимационных мероприятий».

Указанные статьи 47 и 66 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вступают в определенные коллизии с нормой ст. 8 принятого ранее Закона РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

История вопроса восходит к 1992 году, когда был принят Закон РФ от 22.12.1992 № 4180-I «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Неопределенности и опасности для врачей, констатирующих смерть мозга, — анестезиолога-реаниматолога и невролога заложены непосредственно в самом законе.

Статья 8 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» «Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей» содержит важнейшую норму, которая предоставляет право врачам (реаниматологу и неврологу) не спрашивать у родственников трупа-донора разрешение на изъятие его органов для трансплантации реципиенту. Но уже в этой статье заложена возможность привлечения к ответственности, в том числе и уголовной, врача. Необходимо учитывать, что существующая презумпция согласия на изъятие органов после смерти для трансплантации оставляет граждан незащищенными перед лицом этой проблемы, так как не предусматривает механизмов реализации права пациента на прижизненный отказ от возможного изъятия органов после смерти. Сложно представить ситуацию, чтобы гражданин при жизни телеграммами известил все учреждения здравоохранения России о своем нежелании быть донором органов. Аналогично невозможно обязать врачей реагировать на различные записи или записки в документах пациента, находящегося в бессознательном состоянии. Опасность ситуации заключается в том, что неопределенность формы волеизъявления о несогласии быть донором при жизни дает возможность родственникам донора-трупа в любой момент обвинить врача в том, что еще при жизни их родственника они четко ему заявили, что они против его использования в качестве донора органов, представив множество свидетелей этого «события». В такой ситуации закон может быть использован против врача.

Вступивший в юридическую силу Закон РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части 5, статьи 47 с долей бюрократического цинизма детализирует: *«6. Совершеннолетний дееспособный гражданин может в устной форме в присутствии свидетелей или в письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, выразить свое волеизъявление о согласии или о несогласии на изъятие органов и тканей из своего тела после смерти для трансплантации (пересадки) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации».*

Конечно, реализация данной нормы на практике крайне затруднительна. При появлении на пороге каждого учреждения здравоохранения пациент, не желающий быть донором органов, должен завить об этом при свидетелях или письменно. Конечно, каждый из нас, пациентов, не думает, что, например, анестезия в процессе аппендэктомии может привести к смерти мозга. Но об этом нас должны предупредить врачи при отборе добровольного информированного согласия на вмешательство. А сели не предупредили письменно об этом пациента, то у его родственников будет право обжаловать действия медицинских работников по изъятию органов ввиду отсутствия полной и достоверной информации о последствиях предлага-

емой медицинской услуги. Цинизм заключается в том, что, как правило, «интересный» для трансплантации пациент поступает в коматозном состоянии, поэтому ни устно, ни письменно он не сможет никого предупредить.

Таким образом, вновь вводимые нормы нисколько не улучшают прозрачность в трансплантологии, а следовательно, и не повышают степень доверия к этой сфере здравоохранения.

Часть 9 статьи 47 Закона РФ № 323-ФЗ также составлена любопытно, используя не повелительное, а изъявительное наклонение, вроде бы и требует внесения информации об отказе в медицинскую документацию, а вроде и не обязывает: «9. Информация о наличии волеизъявления гражданина, выраженного в устной или письменной форме, вносится в медицинскую документацию гражданина». Это также не повышает доверия к процедуре.

Статья 8 Закона РФ от 22.12.1992 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» «Презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей» содержит описание принципа презумпции согласия: «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

Ключевым, с точки зрения реализации права пациента на жизнь и отказа от донорства органов, был временно́й параметр, названный в законе «при жизни». Другими словами, гражданин-потенциальный донор или его близкие родственники наделялись правом отказаться от донорства только при жизни пациента-потенциального донора. После его смерти близкие родственники в соответствии с данной статьей не имели права требовать прекращения процедуры изъятия органа. Действовавшая модель правоотношений подразумевала следующие правовые принципы и узловые этапы последовательности действий:

1) пациент при жизни, находясь в коматозном состоянии, не высказал отказ от презумпции согласия, то есть отказ стать донором органов;

2) близкие родственники при жизни пациента не высказали отказа от презумпции согласия, то есть отказа от изъятия у него органов;

3) в соответствии с требованиями Приказа МЗ РФ от 20.12.2001 № 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» устанавливают точный и достоверный диагноз поражения мозга, так как «право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния»;

4) в соответствии с требованиями Приказа МЗ РФ от 20.12.2001 № 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» приступают к процедуре установления диагноза смерти мозга, которая длится как минимум 6 часов при первичном поражении мозга, 24 часа — при вторичном поражении мозга и 72 часа — при подозрении на интоксикацию;

5) удостоверение врачей, участвующих в диагностике смерти мозга в отсутствие отказа близких родственников пациента-потенциального донора от изъятия у него органов за прошедший период проведения процедуры;

6) установка диагноза смерти мозга и на его основании смерти человека с оформлением «Протокола установления смерти мозга», то есть в силу действия допущения (постулата), определенного Приказом МЗ РФ от 20.12.2001 № 460: *«Смерть мозга эквивалентна смерти человека»,* на этом этапе прекращается временной период, характеризуемый в законе формулировкой «при жизни», в течение которого близкие родственники могли бы прекратить процедуру изъятия органов;

7) получение в соответствии с нормой статьи 10 Закона разрешения судебно-медицинского эксперта на изъятие органов и (или) тканей у трупа с уведомлением об этом прокурора;

8) получение разрешения главного врача учреждения здравоохранения на изъятие органов у трупа;

9) передача трупа пациента бригаде трансплантологов учреждения здравоохранения, включенного в специальный перечень МЗ и СР РФ, для изъятия органов, включенных в перечень органов и (или) тканей человека, — объектов трансплантации, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России и РАМН от 25.05.2007 № 357/40.

Анализ приведенных выше этапов и последовательности действий показывает, что в соответствии с нормой статьи 8 Закона РФ близкие родственники могли заявить об отказе от изъятия органов до окончания временного периода, названного в законе «при жизни», то есть до момента подписания «Протокола установления смерти мозга», которым констатируется смерть больного на основании смерти его мозга.

Часть 7 статьи 47 «Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)», вступившая в законную силу с 01.01.2012 в соответствии с Законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает иные правоотношения и иную последовательность событий при взаимодействии субъектов донорства: врачей, потенциального донора и его близких родственников.

Часть 7 статьи 47 устанавливает следующее: «7. В случае отсутствия волеизъявления совершеннолетнего дееспособного умершего право заявить о своем несогласии на изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) имеют супруг (супруга), а при его (ее) отсутствии — один из близких родственников (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушка, бабушка)».

Ключевым в формировании новых правоотношений среди субъектов (врачи — пациент — родственники) является слово «умерший», что означает, что в отношении пациента уже установлен диагноз его смерти на основании смерти его мозга, а, следовательно, исчезает ранее предусмотренный законом «О трансплантации органов и (или) тканей человека» ограничительный временной фактор, названный «при жизни».

Иными словами, употребляя в тексте статьи 47 термин «умерший», законодатель исключает из закона и действовавших до 01.01.2012 правоотношений фактор, ограничивающий право родственников на отказ от изъятия органов периодом жизни пациента, пролонгируя период реализации их права на отказ от изъятия органов вплоть до момента трансплантации изъятых органов реципиенту, так как только с момента включения изъятых органов в организм реципиента права родственников донора будут ограничивать право реципиента на жизнь и в связи с этим не могут подлежать реализации. В период хранения и консервации органа до момента инкорпорации трансплантируемого органа в организм пациента родственники вправе прекратить процедуру трансплантации. Это право родственников подлежит обязательной реализации учреждением здравоохранения, в распоряжении которого находятся изъятые у умершего, то есть трупа, органы. Для реализации этого права родственникам необходимо в соответствии с нормой части 9 статьи 47 об этом устно или письменно заявить: «9. Информация о наличии волеизъявления гражданина, иных лиц, выраженного в устной или письменной форме, заверенной руководителем медицинской организации либо нотариально, вносится в медицинскую документацию гражданина».

Часть 10 статьи 47 нового Закона № 323-ФЗ подтверждает ликвидацию в законодательстве ограничения права родственников на отказ от изъятия органов из трупа их родственника-пациента временным фактором и

«прижизненностью» заявления: «10. Изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа не допускается, если медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях, указанных в частях 7 и 8 настоящей статьи, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки)».

Ключевыми в этой статье являются следующие обстоятельства:

— медицинская организация поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни заявило о своем несогласии на изъятие его органов, то есть сам пациент имеет право при жизни заявить о несогласии быть донором;

— медицинская организация поставлена в известность о том, что иные лица в случаях, указанных в части 7, заявили о своем несогласии на изъятие его органов, то есть законодатель отсылает субъекта правоотношений к части 7 статьи 47, где родственникам дается право на отказ от изъятия органов у их уже умершего родственника, то есть не при его жизни, а за пределами его периода жизни или жизненного пути, после смерти.

Таким образом, в части 10 статьи 47 Закона РФ № 323-ФЗ закрепляется неограниченное временем право родственников прекратить процедуру изъятия органов и упраздняется норма статьи 8 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» о необходимости так называемой «прижизненности» заявления родственников о прекращении процедур изъятия органов.

Не может ограничить право родственников на прекращение процедуры хранения изъятых органов и тем самым на прекращение процедуры трансплантации и изложенная в части 10 статьи 47 правовая конструкция: «Изъятие органов и тканей для трансплантации не допускается, если медицинская организация на момент изъятия поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни, либо иные лица заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации». Так как сама процедура изъятия проводится не учреждением здравоохранения, где установлен диагноз смерти, а другой медицинской организацией, правосубъектность которой устанавливается специальным приказом федерального органа исполнительной власти (в настоящее время — Приказ Минздравсоцразвития России и РАМН от 25.05.2007 № 357/40 о перечене учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека), то и заявление о прекращении хранения изъятых органов подается в учреждение, изъявшее и хранящее изъятые органы.

В случаях отказа медицинских организаций, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека или осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека (Приказ Минздравсоцразвития России и РАМН от 25.05.2007 № 357/40), вернуть хранящиеся у них органы родственникам пациента последним следует подавать жалобу в следственный комитет, прокуратуру и Росздравнадзор.

Часть 1 статьи 66 законодательно закрепляет допущение о том, что «моментом смерти человека является момент смерти его мозга». «Искусственность» указанного допущения основана на норме части 2 статьи 66, где указано, что «смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех его функций, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких». Таким образом, в угоду трансплантологам законодатель постулирует, что смертью могут считаться состояния организма человека, при которых сердце функционирует в полном объеме.

Следующим шагом по пути совершенствования трансплантологии должно быть расширение донорской базы и признание смертью

состояний с работающим сердцем при тяжелых, объявляемых не совместимыми с жизнью травмах скелета, тотальном размозжении единственного органа, например, печени, которые в соответствии с нормой части 7 статьи 66 (острая травма, не совместимая с жизнью) не требуют проведения реанимационных мероприятий, а значит, при которых пациенты не имеют право на жизнь и могут использоваться в качестве доноров.

Вторым важным обстоятельством, меняющим правоотношения в сфере трансплантологии, является новая норма в части 3 статьи 66 Закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Часть 3 статьи 66 Закона РФ № 323-ФЗ вводит новую серьезную ограничительную норму о квалификации медицинских работников, осуществляющих постановку диагноза смерти мозга и на ее основании констатацию смерти человека: *«3. Диагноз смерти мозга устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать* ***анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет»****.*

Этой нормой законодательно вводится ограничение по квалификации врачей, ранее установленных на уровне подзаконного акта — Приказа МЗ РФ от 20.12.2001 № 460.

Пунктом 6.1 Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга, утвержденной Приказом МЗ РФ от 20.12.2001 № 460, было предусмотрено: *«6.1. Диагноз смерти мозга устанавливается комиссией врачей лечебно-профилактического учреждения, где находится больной, в составе: реаниматолога-анестезиолога с опытом работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет и невролога с таким же стажем работы по специальности».*

Новой нормой части 3 статьи 66 Закона РФ № 323-ФЗ предусмотрено, что врач по специальности невролог, как и анестезиолог-реаниматолог, должен иметь опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее пяти лет.

Таким образом, при проверке законности действий врача-невролога, осуществляющего постановку диагноза смерти мозга, с 01.01.2012 необходимо изучать материалы бухгалтерского учета, в которых бы указывалось, что данный невролог получал положенные ему денежные выплаты за работу (основное место или совместительство) в отделении интенсивной терапии и реанимации в течение периода не менее пяти лет. Все констатации смерти человека, основанные на протоколах смерти мозга, заполненных неуполномоченным лицом с нарушением нормы об опыте работы в отделении интенсивной терапии и реанимации в течение не менее пяти лет, должны быть признаны незаконными, а виновные — наказаны.

Обращаем внимание и на следующее обстоятельство, изложенное в части 3 статьи 66 Закона РФ № 323-ФЗ: *«В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей».* Принимая во внимание норму части 1 статьи 1068 ГК РФ о том, что «Юридическое лицо либо гражданин возмещает вред, причиненный его работником при исполнении трудовых (служебных, должностных) обязанностей», следует указать на недопустимость одновременно осуществлять одним юридическим лицом — медицинской организацией в лице своих сотрудников одновременно и постановку диагноза смерти мозга, и изъятие органов с их трансплантацией реципиенту, так как эти сотрудники фактически от имени их работодателя (медицинской организации) одновременно осуществляют запрещенное частью 3 статьи 66 Закона РФ № 323-ФЗ сочетание деятельности по установлению диагноза смерти мозга и по изъятию органов.

Статья 9 Закона РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» «Определение момента смерти» содержит также аналогичную важнейшую норму: «В диагностике смерти в случае предполагаемого использования в качестве донора умершего запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею». Эта норма придает врачам бригады трансплантологов статус заинтересованной стороны.

Важно заметить, что «Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения РФ» (Приказ МЗ и СР РФ от 3 апреля 2009 г. № 210н , рег. Минюст РФ 5 июня 2009 г. № 14032; в ред. Приказа МЗ и СР РФ от 09.02.2011 № 94н) не предусмотрена вообще специальность «трансплантология», что ставит под сомнение юридическую возможность исполнения бригадой так называемых юридически несуществующих специалистов-трансплантологов своих функций.

В качестве сомнительного достижения в Санкт-Петербурге объявлено, что для развития службы органного донорства в крупнейших многопрофильных больничных стационарах введена должность трансплантолога-координатора, однако она не предусмотрена ни номенклатурой врачебных специальностей, ни федеральным законодательством о трансплантологии.

В последние годы, судя по анализу практической ситуации в этой сфере, бригады трансплантологов идут на разного рода ухищрения: одно из них — вместе с бригадой прибывает и судебно-медицинский эксперт. Это грубое нарушение, которое также может быть поставлено в вину учреждения здравоохранения, в котором находится потенциальный донор. Судебно-медицинская служба строится по территориальному признаку и подчиняется органу исполнительной власти субъекта РФ. Поэтому заключение, выданное судебно-медицинским экспертом иного подчинения, может быть признано нарушением требований статьи 10 Закона «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и повлечь ответственность. Важнейшим признаком в данном случае будет мотив корысти в виде оплачиваемой деятельности такого судебно-медицинского эксперта, так как он будет признан заинтересованной стороной в оплате своей работы, качество которой напрямую будет связано с изъятием органов, так как сложно представить ситуацию, чтобы оплачиваемый бригадой трансплантологов эксперт не давал разрешения на изъятие органов, то есть на событие, ради которого его бригада трансплантологов привезла в учреждение здравоохранения. Отсутствие в истории болезни данных об уведомлении прокурора также может стать причиной судебного преследования. Напомним, что в печально известном «деле московских трансплантологов» отмечено нарушение порядка дачи согласия на изъятие органов со стороны судебно-медицинского эксперта: он не присутствовал в лечебном учреждении и потенциального донора не видел, передал незаполненные бланки актов констатации биологической смерти бригаде хирургов.

Третьей новеллой в Законе РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является провозглашение возможности забора органов у несовершеннолетнего донора. При этом частью 8 статьи 47 Закона РФ № 323-ФЗ установлена обязанность медицинских работников спрашивать согласие у родителей несовершеннолетнего донора на изъятие органов для трансплантации: *«8. В случае смерти несовершеннолетнего или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, изъятие органов и тканей из тела умершего для трансплантации (пересадки) допускается на основании испрошенного согласия одного из родителей».*

Признавая за родителем право на дачу согласия на изъятие органов у его несовершеннолетнего ребенка, законодатель факти-

чески указывает на некую возможность криминогенности в данной сфере трансплантологии. Если бы таковой возможности не существовало, то тогда зачем дополнительно охранять законные интересы несовершеннолетнего, спрашивая разрешение на изъятие у его родителя, но при этом сохранять правовую конструкцию презумпции согласия на изъятие органов у самого родителя без испрашивания его согласия. Если сфера трансплантологии прозрачна, декриминализована и совершенна, то не должно быть особых преференций по отношению к несовершеннолетним донорам относительно совершеннолетних. Иначе возникает проблема в том, как защитить права несовершеннолетнего ребенка совершеннолетнего родителя, которого без согласия самого родителя признают донором, изымают орган, лишая его ребенка кормильца?

Действующий в настоящее время Приказ МЗ РФ от 20.12.2001 № 460 «Об утверждении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга» был зарегистрирован Минюстом РФ (№ 3170 от 17.01.2002), но является далеко не безупречным с медико-юридической точки зрения.

При исполнении Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга возможны следующие опасности, влекущие уголовную или гражданскую ответственность.

Раздел «I. Общие сведения» содержит определение: *«Смерть мозга наступает при полном и необратимом прекращении всех функций головного мозга, регистрируемом при работающем сердце и искусственной вентиляции легких»* и важнейшее допущение, являющееся консенсусом ученых: *«Смерть мозга эквивалентна смерти человека»*. Поэтому при установлении диагноза смерти мозга заключительное подписание протокола являет собой юридический акт, превращающий человека (гражданина) в труп. Несоблюдение процедуры — серьезный повод для привлечения к ответственности.

В этом же разделе указано: *«Решающим для констатации смерти мозга является сочетание факта прекращения функций всего головного мозга* ***с доказательством необратимости этого прекращения****»*. Каждый врач, приступающий к исполнению данной процедуры, должен четко для себя определить, что он назовет в качестве ***доказательства необратимости*** прекращения функций всего головного мозга следователю и судье.

Далее устанавливается важнейшее правило: *«Право на установление диагноза смерти мозга дает наличие точной информации о причинах и механизмах развития этого состояния»*. Из этого следует, что диагноз смерти мозга возможен только при достоверно установленном основном диагнозе заболевания или травмы. Неуточненные диагнозы, диагнозы «под вопросом», будут рассматриваться как нарушение этого правила. Важно обратить внимание на квалификационные характеристики специалиста, которому позволено устанавливать основной диагноз. Если речь идет о тяжелой черепно-мозговой травме, то таким правом обладает нейрохирург. Точность диагноза будет рассматриваться в суде, поэтому необходимо иметь заключение КТ или МРТ. О грубом нарушении законодательства будут свидетельствовать «находки» при судебно-медицинском исследовании трупа в виде внутричерепной гематомы и т.д. Эти факты абсолютно точно будут использованы против врачей, устанавливавших диагноз смерти мозга. Напомним, что в известном «деле трансплантологов» точный диагноз черепно-мозговой травмы, а именно, объем внутричерепной гематомы и ее ключевое качество «несовместимости с жизнью» были установлены только на вскрытии. Это свидетельствует о неполном клиническом обследовании, если бы речь шла о диагностике смерти мозга. В печально известном деле имелись данные о наличии сердцебиений, зарегистрированных на ЭКГ бригадой врачей Главного госпиталя МВД РФ,

однако данных о диагнозе смерти мозга не имелось. Еще один странный факт: при якобы имевшей место биологической смерти анестезиолог перед изъятием органов дает указание ввести в вену трупа миорелаксант (ардуан) и гипнотик (оксибутират натрия)!

Раздел II «Условия для установления диагноза смерти мозга» содержит важнейшее правило: *«Диагноз смерти мозга не рассматривается до тех пор, пока не исключены следующие воздействия: интоксикации, включая лекарственные, первичная гипотермия, гиповолемический шок, метаболические эндокринные комы, а также применение наркотизирующих средств и миорелаксантов»*. Таким образом, эндогенной интоксикации у потенциального донора быть не должно, з*апрещается применение наркотизирующих средств и миорелаксантов*. Нарушение этого правила недопустимо.

Далее Инструкция устанавливает следующее требование: *«Поэтому первое и непременное условие установления диагноза смерти мозга заключается в доказательстве отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу, интоксикаций, метаболических нарушений (в том числе тяжелых электролитных, кислотно-основных, а также эндокринных) и инфекционных поражений мозга»*. Однако всем известно, что в процессе реанимационного пособия пострадавшему с тяжелой черепно-мозговой травмой, пациенту с тяжелым инсультом или асфиксией показаны и назначаются приведенные в Инструкции лекарственные препараты. Как лечить такого пациента, не используя *«лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу»?*

В случае возникновения иска со стороны родственников донора о неправомерности использования их родственника в качестве донора для изъятия органов для трансплантации адвокаты этой стороны, следователи и эксперты будут изучать листы назначений, время назначения и дозы лекарственных препаратов для доказательства их неправомерного использования. В таких случаях должно быть установлено с помощью инструкции по применению препарата, проникает ли данное лекарственное средство через гематоэнцефалический барьер при его целостности или этот барьер поврежден, и оно проникает туда в результате черепно-мозговой травмы; а также влияние на ЦНС, причем большинство лекарств имеет именно угнетающий эффект. Доза препарата и момент его введения имеют значение для *«доказательства отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС и нервно-мышечную передачу»* путем расчета времени выведения препарата к моменту установления диагноза смерти мозга.

Но любое из приведенных суждений не сможет стать абсолютной защитой врача, так как Инструкция требует иметь *доказательства отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС*. Что может быть таким доказательством — очевидно, что исключительно данные токсикологического исследования крови. Иначе родственники донора могут заявить, что он постоянно принимал такие-то лекарства или что в день травмы принял большую дозу препарата или алкоголя. При таких показаниях без наличия анализа токсикологического состава крови представить доказательства будет очень проблематично.

Справедливо и то суждение, что пострадавшие с тяжелой черепно-мозговой травмой (пациенты с тяжелым инсультом или асфиксией) имеют метаболические нарушения (в том числе тяжелые электролитные, кислотно-основные, а также эндокринные), а также находятся в состоянии эндогенной интоксикации и имеют, как правило, начальные признаки воспалительного процесса в головном мозге. При этом доказательством их отсутствия будут бланки анализов с уровнем в крови всех электролитов (включая ионы магния), средних молекул, гормонов, кислот и оснований.

Отсутствие таких доказательств в целом ставит под величайшее сомнение правомочность установления смерти человека на основании диагноза смерти мозга и делает невозможным «законное» изъятие органов у донора.

Виновными («стрелочниками») должны выступить врачи реаниматолог и невролог, которые и устанавливают доказательства смерти мозга в соответствии с Инструкцией. В «Протоколе установления смерти» указанные специалисты должны собственноручно записать напротив каждого выявленного параметра смерти мозга необходимые результаты. Такое написание результатов может явиться предметом почерковедческой экспертизы в случае обнаруженных неблагоприятных последствий.

Несоблюдение сроков наблюдения потенциального донора, установленных Инструкцией, также является поводом для судебного преследования. При первичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 6 часов с момента первого установления признаков. При вторичном поражении мозга для установления клинической картины смерти мозга длительность наблюдения должна быть не менее 24 часов с момента первого установления признаков, а при подозрении на интоксикацию длительность наблюдения увеличивается до 72 часов. Важно отметить, что в течение этих сроков каждые 2 часа производится регистрация результатов неврологических осмотров, выявляющих выпадение функций мозга, в истории болезни. Отсутствие хотя бы одной записи является признаком противозаконности исполнения Инструкции.

Существенным фактором, могущим иметь катастрофические последствия для анестезиолога-реаниматолога и невролога, является противоречие между ранее приведенным требованием Инструкции о наличии *доказательств отсутствия воздействия лекарственных препаратов, угнетающих ЦНС* и п. 4.1 Стандарта медицинской помощи больным с кардиомиопатиями, утвержденного Приказом МЗ и СР РФ от 24.05.2006 № 381 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с кардиомиопатиями», которым регламентирован перечень лекарственных препаратов *«из расчета 2 дня для потенциального донора»,* введение которых ***прямо запрещается Инструкцией 2001 года вследствие наличия побочного эффекта в виде угнетения функций ЦНС*** (по данным инструкций по применению указанных препаратов, утвержденных уполномоченным органом):

— верапамил. Со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, обморок, тревожность, заторможенность, повышенная утомляемость, астения, сонливость, депрессия, экстрапирамидные нарушения (атаксия, маскообразное лицо, шаркающая походка, тугоподвижность рук или ног, дрожание кистей и пальцев рук, затруднение глотания);

— изосорбид. Со стороны нервной системы: скованность, сонливость, нечеткость зрения, снижение способности к быстрым психическим и двигательным реакциям (особенно в начале лечения), ишемия мозга, головная боль, головокружение, повышение внутричерепного давления, паралич, кома;

— фуросемид. Со стороны нервной системы: головокружение, головная боль, парестезии, апатия, адинамия, слабость, вялость, сонливость, спутанность сознания;

— магния сульфат. Признаки гипермагниемии, ранжированные в порядке повышения концентрации ионов Mg в сыворотке крови: снижение глубоких сухожильных рефлексов (2–3,5 ммоль/л), удлинение интервала P-Q и расширение комплекса QRS на ЭКГ (2,5–5 ммоль/л), утрата глубоких сухожильных рефлексов (4–5 ммоль/л), угнетение дыхательного центра (5–6,5 ммоль/л) и ЦНС;

— калия хлорид. Со стороны нервной системы: парестезии, миастения, спутанность сознания;

— лидокаин. Со стороны нервной системы и органов чувств: сонливость, парестезии, дезориентация, спутанность сознания.

Исполнение приведенного стандарта может рассматриваться как доказательство грубого нарушения Инструкции по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга.

Кроме этого, стандарт, утвержденный Приказом МЗ и СР РФ от 24.05.2006 № 381, содержит перечень обязательных диагностических мероприятий, среди которых:

— организация и проведение судебно-медицинского освидетельствования;

— эхокардиография;

— ультразвуковая допплерография артерий;

— электроэнцефалография;

— чрезвенозная катетеризация сердца;

— ретроградная катетеризация левых отделов сердца.

Конституционный Суд РФ 04.12.2003 рассмотрел запрос Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 Закона РФ «О трансплантации органов и тканей человека» и отказал в его принятии. Решением Октябрьского районного суда города Саратова от 17.09.2002 было отказано в удовлетворении иска гражданки Ж. к Саратовской областной больнице о взыскании морального вреда. Свои требования истица обосновывала тем, что из акта судебно-медицинского исследования трупа ее сына, скончавшегося в данной больнице, ей стало известно, что сотрудниками больницы у него в целях трансплантации были изъяты обе почки; о соответствующем намерении врачей она не была поставлена в известность, и изъятие произведено без ее согласия. Она просила объяснить: как она должна была сообщить врачу о том, что не хочет делать из сына донора органов.

Конституционный Суд РФ ответил правозащитникам и врачам: *«Презумпция согласия базируется, с одной стороны, на признании негуманным задавать родственникам практически одновременно с сообщением о смерти близкого человека либо непосредственно перед операцией или иными мероприятиями лечебного характера вопрос об изъятии его органов (тканей)».* Обращает на себя сомнительное с этической точки зрения правоприменение: видимо, судьям Конституционного Суда РФ представляется, что более гуманным было для гражданки Ж. узнать из акта судебно-медицинской экспертизы, что органы ее сына были изъяты... Что она и каждый на ее месте должны думать об этом: только то, что ее сына сразу записали в аутсайдеры и не лечили, а ждали, пока он умрет?

Далее Суд выводит еще один постулат, «гуманнее» первого: *«на современном этапе развития трансплантологии невозможно обеспечить выяснение воли указанных лиц после кончины человека в сроки, обеспечивающие сохранность трансплантата».* Значит, сроки сохранения трансплантата важнее выяснения воли живого человека! Видимо, среди консультантов-судей имеются «специалисты-трансплантологи», которые очень хорошо разбираются в современном состоянии этой науки. Если бы они хоть раз прочитали инструкцию по подготовке к изъятию органов, то поняли бы, что времени для выяснения воли гражданина — «и целый век...» — не менее 6 часов, а то и 24, и 72 часа. Но для Конституционного Суда РФ сроки ***сохранения органа важнее выяснения воли потенциального донора.***

Циничным завершением является пассаж: *«Кроме того, российское законодательство не препятствует гражданам зафиксировать в той или иной форме (в том числе нотариальной) и довести до сведения учреждения здравоохранения свое несогласие на изъятие у них органов и (или) тканей после смерти в целях трансплантации, причем нарушение соответствующего волеизъявления влечет наступление юридической ответственности».*

Гражданин — к нотариусу, зафиксировал у него свое заявление о несогласии быть донором. А что делать дальше? Суд говорит: *«довести до сведения».* Как? Хорошо разбираясь в

«современном этапе развития трансплантологии», суд, очевидно, не понял главного, что донор, как правило, находится в состоянии комы, и *«довести до сведения учреждения здравоохранения свое несогласие на изъятие у него органов и (или) тканей после смерти в целях трансплантации»* не в состоянии. Прямо, как в басне «Лисица и журавль»: «Мы же Вам предлагали сделать заявление, но Вы были в коме и ничего не заявили!».

Кажется странным заключение Суда: *«оспариваемая в запросе статья 8, содержащая формулу презумпции согласия на изъятие в целях трансплантации органов (тканей) человека после его смерти, сама по себе не является неясной или неопределенной, а потому не может рассматриваться как нарушающая конституционные права граждан».* Из этого следует, что если в любом законе ***ясно и четко*** сформулирована какая-либо, даже абсурдная, националистическая или явно дискриминационная фраза, то она не может *«рассматриваться как нарушающая конституционные права граждан»*. А как же понимать норму Конституции РФ, запрещающую принимать законы, умаляющие права гражданина?

Однако в конце концов Суд «проявил» гуманность и снисхождение, как бы «между прочим» используя оборот письма *«вместе с тем»: «Вместе с тем в целях соблюдения баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов вопросы, связанные с реализацией гражданином либо его близкими родственниками или законными представителями права заявить письменно или устно о несогласии на изъятие органов и (или) тканей для трансплантации, требуют более детальной* ***(как на законодательном уровне, так и в подзаконных нормативных актах)*** *регламентации, а механизмы информирования граждан о действующем правовом регулировании — развития и совершенствования».*

Таким образом, Конституционный Суд РФ все же указал на важные для врачей обстоятельства — отсутствие баланса прав и законных интересов доноров и реципиентов и несовершенство механизмов информирования граждан о действующем правовом регулировании. Именно эти обстоятельства и могут быть использованы против врача.

Прошло девять долгих лет после заседания Конституционного Суда РФ: проблема реализации права пациента на отказ быть донором органов и тканей так и не решена в новом Законе РФ № 323-ФЗ.

Одна из главных проблем безопасности пациента в контексте трансплантологии — отсутствие независимого контроля качества медицинской помощи со стороны страховой медицинской компании, так как эта область здравоохранения исключена из системы обязательного медицинского страхования. Необходимо предоставить право страховщику из системы ОМС осуществлять свою независимую экспертную деятельность в отношении каждого случая установления диагноза смерти человека на основании смерти мозга и последующего изъятия органов у трупа.

Врачи анестезиологи-реаниматологи и неврологи в этой связи — удобная мишень как для возбуждения уголовных и гражданских дел по заявлениям родственников пациентов-доноров органов, так и для возбуждения уголовных дел, памятуя Резолюцию II Всероссийской конференции «Донорство органов — ключевая проблема трансплантологии» (27.04.2009), по заявлениям функционеров общества трансплантологов об *«умышленном неоказании помощи пациентам, нуждающимся в пересадке органов».*

Таким образом, скоротечное принятие новых законов в РФ приводит к многочисленным коллизиям, затрагивающим жизненно важные права граждан, создающим условия для конфликтов, споров и противостояния между медицинскими работниками, пациентами и функционерами общества трансплантологов.

На сайте Министерства здравоохранения РФ (http://www.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/projects/1756) размещен проект Приказа Минздрава России от 17 октября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи». Предлагаем читателю ознакомиться с проблемным аспектом обсуждаемого проекта приказа, касающимся возложения на пациента особых обязательств при вызове бригады скорой помощи. Особенно любопытен аспект обязанностей транспортировки пациента своими силами, например, на носилках.

А.А. Старченко,
д.м.н., профессор ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», член правления Всероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов», ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, Россия, alexstarchenko@mail.ru

ПОПЫТКА НЕЗАКОННОГО ВОЗЛОЖЕНИЯ ОБЯЗАННОСТЕЙ НА ПАЦИЕНТА ПРИ ВЫЗОВЕ БРИГАДЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Минздравом России направлен для регистрации проект Приказа Минздрава России от 17 октября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи».

Приложение № 3 к Порядку оказания скорой медицинской помощи, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 октября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» содержит Правила организации деятельности оперативного отдела медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, которые в свою очередь содержат обязанности пациента (родственников или других лиц) при вызове скорой помощи в п. 35.4:

«*35.4.* Вызывающий скорую медицинскую помощь пациент (его родственники, другие лица) обязан:

35.4.1. Ответить на все вопросы фельдшера (медсестры) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи;

35.4.2. Назвать адрес вызова (населенный пункт, район города, улицу, номер дома и квартиры, этаж, номер подъезда и код замка входной двери). В случаях, когда точное местонахождение больного (пострадавшего) неизвестно, необходимо указать пути подъезда к адресу или месту происшествия, назвать его ориентиры;

35.4.3. Назвать Ф.И.О., пол, возраст пациента (при отсутствии информации — указать его пол и примерный возраст);

35.4.4. Описать жалобы пациента, внешние проявления (признаки) его состояния (заболевания);

35.4.5. Сообщить номер контактного телефона;

35.4.6. По возможности организовать встречу бригады скорой медицинской помощи;

35.4.7. Изолировать домашних животных, которые могут осложнить оказание медицин-

ской помощи пациенту, а также причинить вред здоровью и имуществу медицинских работников бригады скорой медицинской помощи;

35.4.8. Обеспечить бригаде скорой медицинской помощи беспрепятственный доступ (в обуви, с оснащением) к пациенту и создать необходимые условия для оказания скорой медицинской помощи;

35.4.9. Предоставить бригаде скорой медицинской помощи документы пациента (паспорт, страховой полис и медицинские документы) при их наличии;

35.4.10. Оказывать содействие в транспортировке пациента в автомобиль выездной бригады скорой медицинской помощи;

35.4.11. В случаях агрессии пациента или окружающих его лиц, в том числе находящихся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, острого психического расстройства, угрожающих здоровью или жизни работников бригады скорой медицинской помощи, оказание медицинской помощи и транспортировка пациента осуществляются в присутствии сотрудников полиции».

Формулировка типа «пациент (лицо) обязан» содержит императив, то есть обязательное исполнение требований приказа. Однако выполнить указанные требования в ряде случаев не только затруднительно, но и порой — невозможно.

Каким образом пациент должен «создать необходимые условия для оказания скорой медицинской помощи»? Это требование следует четко детализировать.

Любопытно по своей неопределенности требование об обязанности пациента или других лиц: «*35.4.10.* Оказывать содействие в транспортировке пациента в автомобиль выездной бригады скорой медицинской помощи». За читаемым текстом кроется сакраментальный вопрос: «Кто должен нести носилки с пациентом?». Мы полагаем, что вынос больного на носилках — часть оказания медицинской помощи — медицинская эвакуация, которая не может осуществляться посторонними для бригады скорой медицинской помощи лицами. Проблемы, которые обязательно возникнут при попытках исполнить данное требование приказа:

— субъект ответственности за несвоевременность начала эвакуации пациента на носилках в автомобиль — сам пациент, родственник, сосед или медицинский работник бригады скорой помощи вследствие пререканий при решении конкретного практического вопроса: «Кто понесет носилки»?;

— субъект ответственности при внезапном падении носилок на пол, лестницу и т.д. с причинением дополнительного вреда пациенту от того, что носилки уронили в процессе эвакуации, — сам пациент, родственник, сосед или медицинский работник бригады скорой помощи?

— субъект ответственности при эвакуации без носилок, о чем свидетельствуют ролики в Интернете: «за руки и за ноги»?

Невыполнение указанных в проекте приказа обязанностей пациентом или другим вызывающим бригаду скорой помощи лицом может привести к запрещенному Законом № 323-ФЗ отказу в оказании скорой медицинской помощи, что существенным образом скажется на умалении законных прав и интересов граждан.

Законом РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не предусмотрены подобные обязанности пациента или других лиц, вызывающих скорую помощь. В отсутствие подобных ограничений прав граждан на получение скорой медицинской помощи в Законе РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проект Приказа Минздрава России от 17 октября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» в части установления незаконных ограничений — обязанностей пациентов не подлежит государственной регистрации, как возлагающий на граждан непредусмотренные законом РФ обязанности и ограничивающий право граждан на получение скорой медицинской помощи.

От редакции:

В третьем номере журнала за 2012 год был опубликован материал, посвященный порядку оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения. Он был приурочен к выходу Постановления Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2011 г. № 1232.

В связи с поступающими в редакцию вопросами, а также с учетом того, что продолжает действовать Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911, касающееся других контингентов силовых структур, сегодня мы приводим материал, посвященный сравнительной характеристике оказания медицинской помощи в соответствии с этими вышеуказанными постановлениями.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, СОТРУДНИКАМ МВД И ДРУГИМ КОНТИНГЕНТАМ

Консультирует Ю.А. Сорокина, магистр государственного и муниципального управления, ЦНИИОИЗ

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2011 г. № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения» (далее — Постановление Правительства РФ №1232) утверждены Правила медицинского обслуживания сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации, а также Правила медицинского обслуживания членов семей сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации.

В отношении лиц, указанных в Постановлении Правительства РФ №1232, с 1 января 2012 года действие Постановления Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей» не распространяется.

Таблица

Сравнительная характеристика порядков оказания медицинской помощи отдельным категориям военнослужащих, сотрудникам МВД и другим контингентам

Оказание медицинской помощи некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов	*Оказание медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел РФ, отдельным категориям граждан РФ, уволенных со службы в органах внутренних дел*
Нормативные правовые акты	
Постановление Правительства РФ от 31.12.2004 № 911 (ред. от 04.05.2012) «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей»	Постановление Правительства РФ от 30.12.2011 № 1232 (ред. от 04.09.2012) «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения»
Контингент	
а) сотрудники Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России), уголовно-исполнительной системы, лица начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи (далее — сотрудники); ***б)*** сотрудники Государственной противопожарной службы МЧС России, уголовно-исполнительной системы, лица начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи, уволенные со службы*, с правом на пенсию и имеющие выслугу 20 лет и более, в том числе и в льготном исчислении, лица, уволенные со службы в федеральных органах налоговой полиции с правом на пенсию и имеющие выслугу 20 лет и более, в том числе и в льготном исчислении (далее — сотрудники, уволенные со службы); ***в)*** члены семей офицеров и лица, находящиеся у офицеров на иждивении**, члены семей офицеров***, члены семей сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России, уголовно-исполнительной системы, лица начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи и лица, находящиеся на их иждивении, жены (мужья) сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, уволенных из органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы МЧС России, уголовно-исполнительной системы, лица начальствующего состава, уволенные	***а)*** сотрудники органов внутренних дел Российской Федерации (далее — сотрудники); ***б)*** граждане Российской Федерации, уволенные со службы в органах внутренних дел с правом на пенсию и имеющие стаж службы в органах внутренних дел 20 лет и более (в том числе в льготном исчислении)**** (далее — граждане, уволенные со службы в органах внутренних дел); ***в)*** члены семьи сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации и лица, находящиеся на его иждивении и проживающие совместно с ним; ***г)*** граждане, уволенные со службы в органах внутренних дел с правом на пенсию и имеющие выслугу 20 лет и более (в том числе в льготном исчислении)**** и совместно проживающие с ними члены их семей.

Таблица, продолжение

из органов федеральной фельдъегерской связи с правом на пенсию и имеющие выслугу 20 лет и более (в том числе и в льготном исчислении), проживающие совместно с ними несовершеннолетние дети и лица, находящиеся на их иждивении, жены (мужья), несовершеннолетние дети лиц, уволенных со службы в федеральных органах налоговой полиции с правом на пенсию и имеющих выслугу 20 лет и более (в том числе и в льготном исчислении), члены семей сотрудников таможенных органов (далее — члены семей офицеров и сотрудников)	
Какие используются цены	
При оказании медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения — ***тарифы, действующие на территории соответствующего субъекта РФ*** (в учреждении здравоохранения) на момент оказания медицинской помощи, в соответствии с договором, заключенным между территориальным органом федерального органа исполнительной власти (по представлению командиров) и учреждением здравоохранения	При оказании медицинской помощи в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения (за искл. медицинских организаций МВД России) — ***тарифы, действующие на территории соответствующего субъекта РФ*** (в медицинской организации) на момент оказания медицинской помощи, в соответствии с договором, заключенным между территориальным органом МВД России и медицинской организацией
Порядок оформления документов по результатам оказания медицинской помощи	
Медицинская организация в течение 5 суток после завершения стационарного или амбулаторного лечения либо обследования (освидетельствования) военнослужащего или сотрудника оформляет выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, счет-фактуру за оказанную медицинскую помощь, а также дополнительные сведения об оказанной медицинской помощи и направляет их в соответствующий территориальный орган федерального органа исполнительной власти, с которым заключен договор об оказании медицинской помощи, с указанием банковских реквизитов этого учреждения и его почтового адреса. Указанные документы представляются один раз в месяц за всех пролеченных в этот период военнослужащих или сотрудников не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным. Одновременно учреждение здравоохранения информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о факте лечения в учреждении указанных военнослужащих или сотрудников и о возмещении федеральными органами исполнительной власти расходов на оказание военнослужащим или сотрудникам медицинской помощи за счет средств, выделяемых из федерального бюджета соответствующим федеральным органам исполнительной власти на эти цели	Медицинская организация в течение 5 дней после завершения стационарного или амбулаторного лечения либо обследования (освидетельствования) сотрудника оформляет выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного с указанием кодифицированного диагноза в соответствии с международной классификацией болезней, счет-фактуру в связи с оказанием медицинской помощи и направляет их в соответствующий орган, с которым заключен договор. Указанные документы представляются 1 раз в месяц, не позднее 20-го числа, в отношении всех прошедших лечение в этот период сотрудников. Одновременно медицинская организация информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о факте лечения в медицинской организации сотрудников и о возмещении органом расходов на оказание сотрудникам медицинской помощи

Таблица, продолжение

Условия оказания (оплаты) экстренной помощи	
• взаиморасчеты за оказание скорой медицинской помощи не производятся; • проведение взаиморасчетов осуществляется с момента, когда устранена непосредственная угроза жизни больного, здоровью окружающих и возможна транспортировка больного	• возмещение территориальным органом МВД России расходов в связи с оказанием медицинской помощи по экстренным медицинским показаниям сотрудникам медицинской организации, с которой не заключен договор, осуществляется на основании выписки из медицинской карты больного и счета-фактуры; • медицинская организация информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о факте лечения в медицинской организации сотрудников и о возмещении территориальным органом МВД России расходов на оказание сотрудникам медицинской помощи
Условия оказания (оплаты) неотложной помощи	
• при оказании медицинской помощи военнослужащим или сотрудникам медицинская организация оформляет договор с территориальным органом федерального органа исполнительной власти (если договор не был оформлен ранее), счет-фактуру, выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного, а также дополнительные сведения об оказанной медицинской помощи и направляет их для подписания и оплаты в указанный территориальный орган федерального органа исполнительной власти; • медицинская организация представляет перечисленные выше документы для оплаты медицинской помощи военнослужащему или сотруднику, находящемуся вне постоянного места жительства в связи с отпуском, командировкой и в иных случаях, после завершения его лечения в соответствующий территориальный орган федерального органа исполнительной власти, с которым заключен договор об оказании медицинской помощи	Расходы на оказание медицинской помощи сотрудникам возмещаются медицинским организациям территориальным органом МВД России на региональном уровне, где проходят службу (проживают) сотрудники, в соответствии с договором, заключенным между территориальным органом МВД России и медицинской организацией в соответствии с договором
Что входит в бесплатное оказание медицинской помощи	
• для сотрудников и сотрудников, уволенных со службы, — медицинская помощь, в том числе изготовление и ремонт зубных протезов (за исключением протезов из драгоценных металлов и других дорогостоящих материалов), обеспечение лекарствами, другим медицинским имуществом по рецептам, выданным врачами медицинских подразделений, частей, учреждений системы МВД России; • для членов их семей — медицинская помощь, за исключением изготовления и ремонта зубных протезов, которые в медицинских учреждениях федеральных органов исполнительной власти осуществляются на тех же условиях, что и для других граждан в учреждениях здравоохранения, если иное не предусмотрено нормативными правовыми актами Российской Федерации	Медицинское обслуживание (оказание медицинской помощи)

Таблица, продолжение

Прикрепление к медицинским организациям	
• прикрепление сотрудников на медицинское обслуживание к амбулаторно-поликлиническим учреждениям системы МВД России производится на основании списков, составляемых кадровыми органами соответствующих федеральных органов исполнительной власти (их территориальных органов в субъектах Российской Федерации, образовательных учреждений профессионального образования и др.); • прикрепление сотрудников, уволенных со службы, на медицинское обслуживание к медицинским учреждениям системы МВД России производится по направлению соответствующих пенсионных органов; • сотрудники могут приниматься на лечение в военно-медицинские учреждения с осуществлением взаимных расчетов по оказанию им медицинской помощи между федеральными органами исполнительной власти; • при отсутствии по месту службы, месту жительства (проживания) или иному месту нахождения сотрудников медицинских учреждений системы МВД России, а также в неотложных случаях медицинская помощь оказывается в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения с возмещением расходов по оказанию медицинской помощи этим учреждениям здравоохранения соответствующими федеральными органами исполнительной власти; • прикрепление членов семей офицеров и сотрудников на медицинское обслуживание к медицинским учреждениям федеральных органов исполнительной власти осуществляется по территориальному принципу на основании документов, подтверждающих их статус (справок кадровых органов воинских частей, учреждений, территориальных органов внутренних дел, органов безопасности, пенсионных органов, соответствующих федеральных органов исполнительной власти, военных комиссариатов о принадлежности к семье офицера или сотрудника для лиц, находящихся на иждивении, а также документа, подтверждающего совместное проживание). Медицинская помощь оказывается им в соответствующих медицинских, военно-медицинских подразделениях, частях, учреждениях федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба (служба), учреждениях здравоохранения таможенных органов	• прикрепление сотрудников на медицинское обслуживание к медицинским организациям МВД России производится на основании списков, составляемых подразделениями по работе с личным составом МВД России, его территориальных органов, подразделений, организаций и служб; • прикрепление граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел, на медицинское обслуживание к медицинским организациям МВД России производится по направлению соответствующих пенсионных органов МВД России; • при отсутствии по месту службы, месту жительства или иному месту нахождения сотрудников медицинских организаций МВД России либо при отсутствии в них соответствующих отделений или специального медицинского оборудования, в том числе при наличии медицинских показаний для оказания экстренной медицинской помощи, медицинская помощь может быть оказана в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения; • прикрепление указанных в пунктах ***в)***, ***г)*** раздела «Контингент» лиц на медицинское обслуживание к медицинским организациям МВД России осуществляется по территориальному принципу на основании документов, подтверждающих их статус (справок подразделений по работе с личным составом органов внутренних дел, пенсионных органов МВД России о принадлежности к семье сотрудника органов внутренних дел РФ, гражданина РФ, уволенного со службы в органах внутренних дел, документов, подтверждающих совместное проживание, а для граждан, находящихся на иждивении, — дополнительно установленных законодательством РФ документов, подтверждающих их статус). Медицинские организации МВД России проводят перерегистрацию указанных лиц не реже 1 раза в 3 года
Направление для оказания стационарной медицинской помощи в плановом порядке	
• для сотрудников и сотрудников, уволенных со службы, — осуществляется амбулаторно-поликлиническими учреждениями системы МВД России и других федеральных органов исполнительной власти; очередность определяют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических учреждений в соответствии с медицинскими показаниями;	• для сотрудников и сотрудников, уволенных со службы, осуществляется амбулаторно-поликлиническими организациями и амбулаторно-поликлиническими подразделениями медицинских организаций; очередность определяется медицинской организацией в соответствии с медицинскими показаниями;

Таблица, окончание

• для членов их семей направление в ближайшие к месту их проживания стационарные медицинские учреждения федеральных органов исполнительной власти осуществляется амбулаторно-поликлиническими учреждениями соответствующих федеральных органов исполнительной власти; направление на лечение в медицинские учреждения других федеральных органов исполнительной власти осуществляется по согласованию с федеральными органами исполнительной власти, которым подчинены указанные медицинские учреждения, при условии работы этих учреждений в системе обязательного медицинского страхования	• для лиц, указанных в пунктах ***в)***, ***г)*** раздела «Контингент», осуществляется по медицинским показаниям в ближайшие к месту их проживания стационарные медицинские организации МВД России медицинскими организациями МВД России, к которым они прикреплены
Лекарственное обеспечение и изделия медицинского назначения	
• для сотрудников и сотрудников, уволенных со службы, отпускаются при амбулаторном лечении аптечными или медицинскими учреждениями системы МВД России бесплатно по рецептам, выданным врачами медицинских учреждений системы МВД России; • членам семей офицеров и сотрудников при амбулаторном лечении отпускаются аптеками медицинских учреждений федеральных органов исполнительной власти, расположенными в гарнизонах, при отсутствии в них аптечных учреждений государственной или муниципальной системы здравоохранения за плату по розничным ценам, за исключением предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации случаев, когда плата не взимается	Отпускаются сотрудникам и гражданам, уволенным со службы в органах внутренних дел, при амбулаторном лечении аптечными организациями МВД России или медицинскими организациями бесплатно по рецептам на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, выданным врачами медицинских организаций
Особенности финансирования медицинской помощи в отдельных медицинских организациях	
• в медицинских учреждениях системы МВД России — за счет средств, выделяемых из федерального бюджета МВД России; • в военно-медицинских учреждениях — с осуществлением взаимных расчетов между федеральными органами исполнительной власти; • в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения — с осуществлением взаимных расчетов между федеральными органами исполнительной власти	• в медицинских учреждениях системы МВД России — за счет средств, выделяемых из федерального бюджета МВД России, для сотрудников и за счет средств обязательного медицинского страхования — для членов их семей и граждан, уволенных со службы; • в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения (за искл. медицинских организаций МВД России) — с последующим возмещением расходов территориальным органом МВД России

* Основания для увольнения (предусмотрены пунктами «а» — «г» и «е» — «з» части первой статьи 58 Положения о службе в органах внутренних дел Российской Федерации, утвержденного Постановлением Верховного Совета Российской Федерации от 23 декабря 1992 г. № 4202-1):

а) по собственному желанию;

б) по достижении предельного возраста;

в) по выслуге срока службы, дающего право на пенсию;

г) по окончании срока службы, предусмотренного контрактом;

...

е) по сокращению штатов — при ликвидации или реорганизации органа внутренних дел

в случае невозможности использования сотрудника органов внутренних дел на службе;

ж) по болезни — на основании постановления военно-врачебной комиссии о негодности к службе;

з) по ограниченному состоянию здоровья — на основании постановления военно-врачебной комиссии об ограниченной годности к службе, невозможности по состоянию здоровья исполнять служебные обязанности в соответствии с занимаемой должностью и отсутствии возможности перемещения по службе на должность, в соответствии с которой он может исполнять служебные обязанности с учетом состояния здоровья;

...

** В соответствии с абзацем вторым пункта 3 статьи 16 Федерального закона от 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», к членам семей офицеров относятся супруг, несовершеннолетние дети, дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет, дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме обучения.

*** В соответствии с абзацем первым пункта 5 статьи 16 Федерального закона 27.05.1998 № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих», к таким членам семей офицеров относятся члены семей офицеров, уволенных с военной службы при общей продолжительности военной службы 25 лет и более вне зависимости от основания увольнения.

**** За исключением граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел по следующим основаниям (часть 8 статьи 3 Федерального закона от 19.07.2011 № 247-ФЗ «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»):

1) в связи с грубым нарушением служебной дисциплины;

2) в связи с неоднократным нарушением служебной дисциплины при наличии у сотрудника дисциплинарного взыскания, наложенного в письменной форме приказом руководителя федерального органа исполнительной власти в сфере внутренних дел или уполномоченного руководителя;

3) в связи с отказом сотрудника от перевода на нижестоящую должность в органах внутренних дел в порядке исполнения дисциплинарного взыскания;

4) в связи с нарушением условий контракта сотрудником;

5) в связи с несоблюдением сотрудником ограничений и запретов, установленных федеральными законами;

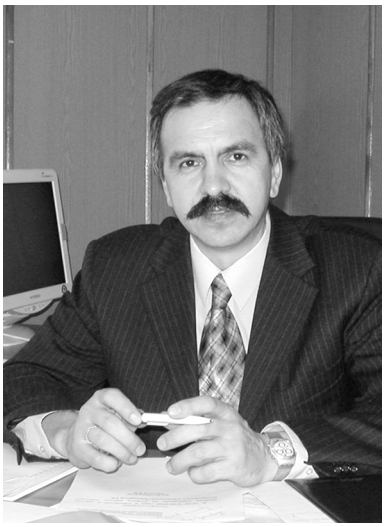
6) в связи с утратой доверия;

7) в связи с представлением сотрудником подложных документов или заведомо ложных сведений при поступлении на службу в органы внутренних дел, а также в связи с представлением сотрудником в период прохождения службы в органах внутренних дел подложных документов или заведомо ложных сведений, подтверждающих его соответствие требованиям законодательства Российской Федерации в части, касающейся условий замещения соответствующей должности в органах внутренних дел, если это не влечет за собой уголовную ответственность;

8) в связи с осуждением сотрудника за преступление, а также в связи с прекращением в отношении сотрудника уголовного преследования за истечением срока давности, в связи с примирением сторон, вследствие акта об амнистии, в связи с деятельным раскаянием;

9) в связи с совершением проступка, порочащего честь сотрудника органов внутренних дел;

10) в связи с нарушением сотрудником обязательных правил при заключении контракта.



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

Могут ли филиалы стоматологической поликлиники иметь свой прейскурант на оказание медицинских услуг, цены на услуги в котором будут отличаться от цен прейскуранта головного учреждения?

С теоретической точки зрения никаких препятствий для этого нет: цены на услуги разных подразделений, филиалов могут существенно отличаться как с учетом различий в затратах, так и в рыночных факторах (спрос и предложение).

Минфин России, являющийся основным идеологом в вопросах реформирования бюджетной сферы, как раз рекомендует такой вариант. Приказ Минфина России от 30.08.2010 № 423 «Об утверждении Порядка определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении Министерства финансов Российской Федерации, для граждан и юридических лиц», в частности, предусматривает: «Для структурного подразделения учреждением может быть установлен повышающий или понижающий коэффициент, учитывающий объективные различия (место нахождения, количество потребителей платной услуги) в размерах нормативов затрат на оказание одной и той же платной услуги».

Другое дело, что Минфин России прописал это только для своих подведомственных учреждений. Собственник (орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя) может прописать и другой порядок для своих бюджетных учреждений.

Могут ли в рамках нового законодательства студенты старших курсов работать на должностях среднего медицинского персонала?

Да, при определенных условиях могут.

В соответствии с частью 5 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лица, не завершившие освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, и лица с высшим медицинским или

высшим фармацевтическим образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Порядок допуска к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала в медицинских и фармацевтических организациях лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, установлен Приказом Минздравсоцразвития России от 19.03.2012 № 239н «Об утверждении Положения о порядке допуска лиц, не завершивших освоение основных образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала».

У нас проблема с кадрами. Пожилые сотрудники уходят на пенсию, а притока молодых сотрудников почти нет. Некоторые врачи готовы были бы поработать медсестрами, поскольку эта работа требует меньшего нервного напряжения. Возможно ли это?

Да, возможно. Лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала.

Порядок допуска регламентирован вышеуказанным Приказом Минздравсоцразвития России от 19.03.2012 № 239н.

Чем мы должны руководствоваться при формировании штатных расписаний: штатными нормативами или порядками оказания медицинской помощи?

До 2013 года порядки оказания медицинской помощи не были обязательными для использования. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 2013 года необходимо руководствоваться порядками оказания медицинской помощи. Порядки оказания медицинской помощи предусматривают в том числе штаты работников, занимающихся оказанием медицинской помощи. Анализ этих штатов показывает, что штатное обеспечение, как правило, должно быть значительно выше, чем установлено ныне существующими штатными нормативами. Поэтому потребуется увеличение штатной численности медицинских работников.

На первый взгляд, это выглядит как положительный для учреждений фактор. Однако порядки оказания медицинской помощи не являются основой для финансирования, формирования тарифов в системе обязательного медицинского страхования и т.д.

Это приведет к снижению укомплектованности учреждений здравоохранения, даже если произойдет некоторое увеличение численности (физических лиц) врачей и средних медицинских работников. Относительные показатели кадрового обеспечения (по сравнению с нормативами) резко ухудшатся.

Кроме того, это может привести и к социальным проблемам: дополнительные ставки при прежней численности работников — это дополнительные вакантные ставки. Поэтому сотрудники будут настаивать на дополнительной оплате за выполнение работы по вакантным ставкам за отсутствующих работников.

Тем не менее, несмотря на обязательность применения порядков оказания медицинской помощи, нет требования безусловного следования предусматриваемым ими штатным нормативам. Дело в том, что в соответствии с частью 3 статьи 37 рассматриваемого Федерального закона порядки оказания медицинской помощи включают в себя ***рекомендуемые*** штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

Поэтому учреждение вправе самостоятельно решать, какими штатными нормативами оно будет руководствоваться.

Тем не менее, не все так просто. Да, руководитель учреждения в общем случае вправе самостоятельно утверждать штатное расписание. Однако, во-первых, в уставе учреждения может быть установлено иное.

Во-вторых, вышестоящие органы часто требуют согласования с ними штатного расписания. Статус требования согласования неоднозначен. Обычно его трактуют как необходимость получения исключительно положительной резолюции, без которой руководитель учреждения не имеет право утверждать штатное расписание, то есть как необходимое условие.

В-третьих, при проведении лицензирования требование соблюдения порядков оказания медицинской помощи может интерпретироваться и как требование соблюдения штатных нормативов (фактически превращение их из рекомендуемых в обязательные). В случае предъявления подобных требований лучше не пытаться их оспорить, а включить дополнительные должности в штатное расписание в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, оставляя при необходимости их не занятыми и не используя вакантный фонд для целей дополнительной оплаты труда сотрудников подразделений, в которые эти должности вводятся.

Обязаны ли мы ставить в известность пациентов о том, что платные медицинские услуги оказываются с привлечением другой организации?

В соответствии со статьей 780 Гражданского кодекса Российской Федерации «Если иное не предусмотрено договором возмездного оказания услуг, исполнитель обязан оказать услуги лично». Поэтому если, например, часть лабораторных исследований выполняется силами другой организации, об этом нужно не просто поставить в известность потребителя медицинских услуг, но и включить соответствующее положение в договор на оказание платных медицинских услуг.

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

АСПИРИН СПОСОБЕН РЕШИТЬ ПРОБЛЕМУ ВЫКИДЫШЕЙ

При повторяющихся выкидышах нужно просто сделать анализ крови и ежедневно принимать аспирин, чтобы избежать развития антифосфолипидного синдрома, пишет The Telegraph. Данный синдром дает о себе знать, когда образуются антитела к некоторым собственным фосфолипидам.

В итоге появляется иммунная реакция на процессы имплантации, роста, развития эмбриона и плода. Синдром фиксируется у 5% беременных. При этом основная проблема для матери — тромбозы. Ребенку может не хватать кислорода, что грозит выкидышем на позднем сроке.

Профессор Грэхам Хьюз из Госпиталя Лондон Бридж уверен: синдром можно выявить по простому анализу крови. А обычный аспирин, разжижающий кровь, поможет нормально выносить ребенка. Анализ стоит делать после первого выкидыша. Второй выкидыш является однозначным показанием к тестированию.

Если принимать аспирин, показатель удачной беременности может повыситься с отметки менее чем в 20% до 75–80%. Бывает, выкидыш происходит на 8 и даже 9 месяце беременности.

Многие женщины сталкиваются с 12–15 выкидышами, прежде чем им поставят диагноз. Это говорит о том, что данный синдром до сих пор мало знаком врачам. Симптомами расстройства являются мигрени, проблемы с памятью, равновесием. Некоторых медиков это может натолкнуть на мысли о рассеянном склерозе.

Университетский колледж Лондона заявляет, что человек должен сам искать симптомы своего заболевания и возможные методы лечения в Интернете. Это поможет быстрее поставить быстрый диагноз и получить от врача нужную информацию, пишет The Telegraph.

Ученые опросили 26 человек разного возраста. Экспертов интересовало, почему эти люди обращались к врачу, уже имея на руках информацию, найденную в Сети, и к чему это привело. Оказалось, некоторые пациенты чувствовали, что врач относится к ним серьезнее. Но кому-то казалось, будто это оскорбляло специалиста.

Однако исследователи не рекомендует заниматься самолечением, полностью полагаясь на данные Интернета, ведь никто не может гарантировать точность полученных сведений. Комментирует профессор Роджер Джоунс: «Если раньше врачи довольно скептически смотрели на Интернет, то теперь они все чаще обращаются к нему, дабы наладить диалог с пациентом».

По мнению Р. Джоунса, важно, чтобы пациенты были заинтересованы в своем здоровье. Автор изыскания, Парвати Боувс, подчеркивает: врачи должны опираться на найденную информацию, ценить то, что пациенты уважают их как специалистов. А способность слушать человека в итоге позволит давать более адекватные ответы на вопросы.

Источник: http://www.meddaily.ru/

СОЕДИНЕНИЕ В ЧАЕ ЗАЩИЩАЕТ НЕЙРОНЫ ОТ СМЕРТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПАРКИНСОНИЗМА

Национальный университет Сингапура установил: компонент зеленого чая способен защитить человека от болезни Паркинсона. Как передает Xinhua, сотрудники Медицинской школы Йон Лу Лин пронаблюдали за процессом, включавшим взаимодействие соединения в чае и протеина человеческого тела.

Процесс дает защиту на клеточном уровне против заболевания. Речь идет о соединении в чае, известном под именем EGCG. Оно активирует протеин AMP-киназу. В итоге клетки мозга реже умирают вследствие стресса. Кстати, EGCG можно найти и в красном вине.

Влияние соединения ученые оценили на примере плодовых мушек, у которых был паркинсонизм. Так, мухи, получавшие EGCG, демонстрировали большую подвижность. У них также сохранялось больше нейронов. Исследователи надеются объединиться с фармкомпаниями для разработки средства против паркинсонизма. Существующие на данный момент варианты лечения — лекарство L-DOPA — предлагает лишь лечение симптомов. Может ли потребление самого чая полностью заменить лекарства, эксперты не уточняют.

Источник: http://www.meddaily.ru/

ТРОИЦА ГОРМОНОВ ПРЕДСКАЗЫВАЕТ ПОЯВЛЕНИЕ РАКА ЗА НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ДО ДИАГНОЗА

Если хотите узнать, не разовьется ли у вас рак груди через 20 лет, просто сдайте кровь на анализ, пишет The Telegraph. Медики установили: женщины, у которых сильно повышены определенные половые гормоны, в два раза чаще сталкиваются с раком.

Итак, опасаться стоит тем, у кого повышен эстроген, тестостерон и дегидроэпиандростерон. Данный анализ можно использовать вкупе с другими методами диагностики, включая оценку семейной истории. Авторами новой методики выступили сотрудники Гарвардской медицинской школы и Женского госпиталя Бригама. К своим выводам они пришли после того, как проанализировали данные 800 женщин, получивших диагноз «рак» с 1989 по 2002 годы. Само исследование началось в 1989 году, и на тот момент все женщины прошли менопаузу.

Анализы крови брались в начале и в конце изыскания. Еще кровь забиралась примерно у 1600 женщин без рака. Так, женщины, попавшие в верхние 25% списка по концентрации гормонов, на 50–107% чаще заболевали по сравнению с женщинами из 25% в конце списка.

Еще ученые установили, что высокая концентрация гормонов повышала вероятность наличия агрессивной формы рака, провоцирующей рецидив или смерть. А отдельные гормоны были тесно связаны с определенными типами рака. К примеру, высокий уровень эстрадиола и тестостерона соответствовал гормон-рецептор-положительному раку.

Источник: http://www.meddaily.ru/

ЗАГАДОЧНЫЕ СОЕДИНЕНИЯ ДОКАЗАЛИ СВОЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В БОРЬБЕ С РАКОМ

Нулломеры — это последовательности оснований в нуклеиновой кислоте, которые отсутствуют у одного вида (особенно у человека), но присутствуют у других. Они отличаются повышенной токсичностью. Недавно ученые зафиксировали, как два нулломера помогли убить клетки рака груди, простаты, лейкемии, пишет New Scientist.

Здоровые клетки они не трогали. Притом сами эти клетки быстро развивали резистентность к нулломерам. По словам Грега Хампикяна из Университета Бойса, вероятно, соединения тормозят выработку энергии в раковых митохондриях, но не в здоровых клетках. Производительность, оцениваемая в молекулах АТФ, падала почти до нуля.

Г. Хампикян использовал нулломеры под кодовыми названиями 9R и 9S1. Именно они зарекомендовали себя как действенное средство против рака. За два дня раковые клетки стали демонстрировать признаки повышенной чувствительности к нулломерам. Концентрация, кото-

рая была необходима для уничтожения раковых клеток, за 48 часов снизилась всего лишь на треть по сравнению с изначальными показателями.

Ученым еще предстоит выяснить, почему нулломеры безопасны для здоровых клеток. Также они пытаются изменить нулломеры, повысив их эффективность. Правда, речь не идет о получении лекарства, способного убить рак самостоятельно. Зато нулломеры могут облегчить работу другим средствам.

Источник: http://www.meddaily.ru/

ТУБЕРКУЛЕЗ ПРИЗНАЛИ САМОЙ СЕРЬЕЗНОЙ УГРОЗОЙ ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

Все международные попытки искоренить туберкулез могут оказаться бесполезными. С таким заявлением выступила ВОЗ. Последние отчеты показали: в 2011 году зафиксировано 8,7 миллиона новых заболевших и 1,4 миллиона смертей, сообщает ВОЗ. Это говорит о том, что врачи не в состоянии справиться с резистентным к антибиотикам туберкулезом. Организация TB Alliance назвала этот тип заболевания самой страшной мировой угрозой. По предварительным подсчетам, у одной пятой пациентов туберкулез имеет множественную лекарственную устойчивость. Он предполагает минимум 18 месяцев лечения токсичными препаратами.

Надежды получить в ближайшее время новую вакцину тоже нет. Болезнь сложная и, возможно, потребуются сразу несколько вакцин. Первые результаты исследования нового поколения вакцин будут доступны лишь в следующем году, когда их обнародует Оксфордский университет.

Доктор Марио Равиглионе из ВОЗ констатирует: за последние 17 лет удалось спасти более 20 миллионов человек. Но ситуация шаткая. В данный момент мир стоит на грани — либо туберкулез будет побежден, либо он захватит человечество. Помимо резистентности, существует большая проблема в виде разрыва в финансировании программ борьбы с туберкулезом в странах со средним и низким уровнем доходов. К примеру, на 2013–2015 годы нужно было выделить 5 миллиардов фунтов. Но есть дефицит, равный 2 миллиардам.

Источник: http://www.meddaily.ru/

БАКТЕРИИ, ЖУВУЩИЕ В ПОЧВЕ, ПОДСКАЗАЛИ, КАК БОРОТЬСЯ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Ежегодно туберкулез провоцирует до двух миллионов смертей. Швейцарские специалисты заявляют: сейчас они занимаются разработкой нового препарата с натуральным продуктом секреции бактерий, обитающих в земле, рассказывает Zee News.

Речь идет о природном антибиотике, производимом бактериями *Dactylosporangium fulvum*. Он называется «пиридомицин». Как показали клинические испытания, соединение активно борется с многими типами туберкулеза, способными противостоять стандартной терапии, включающей изониазид. «Природа и эволюция наградили бактерии защитными механизмами, которые ограждают их от других обитающих рядом организмов. Проверка природных соединений, вырабатываемых этими микроорганизмами, — перспективное занятие», — говорит Стюарт Коул, руководитель исследования, член Федеральной политехнической школы Лозанны.

Ученый подчеркивает: пиридомицин действует как избирательный убийца бактерий *Mycobacterium tuberculosis*, включая те бактериих, что выработали резистентность по отношению к препаратам первой линии.

Источник: http://www.meddaily.ru/

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2012

ПРАВИТЕЛЬСТВО НАПРАВИЛО ПРОГРАММУ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ НА ДОРАБОТКУ

В частности, возражения вызвали перспективы увеличения финансирования, которое предполагается модернизационным вариантом развития российского здравоохранения.

Как отметил на заседании глава Минфина России **Антон Силуанов**, между Минздравом и Минфином сохраняются разногласия по ресурсному обеспечению программы. «Это вторая программа, когда предлагаются два варианта: бюджетный и модернизационный. Хотя этот вариант нельзя назвать более модернизационным, он скорее более ресурсоемкий», — заявил глава Минфина России. По его словам, вопрос увеличения финансирования программы может рассматриваться в ходе подготовки новых бюджетов, прогнозов, в случае появления новых ресурсов. Если таковые не появятся, Минздрав «расписывается в невозможности выполнения программы».

По мнению Антона Силуанова, следует взять за основу бюджетный вариант развития здравоохранения. «Можно решить любые задачи как заливкой бюджетного финансирования, так и административным воздействием, и стимулирующими факторами. Если мы увидим возможности дополнительного финансирования, будем увеличивать и далее поддержку отрасли», — сказал он.

Также министр отметил, что в программе приводится соотношение средней зарплаты медработников со средней в целом по экономике. Темпы повышения, которые приводятся в программе, по словам Антона Силуанова, расходятся с предыдущими обсуждениями.

Помимо этого, нарекания Минфина вызывает и тот факт, что средств на решение целого ряда задач, связанных с обеспечением в рамках программ медстрахования, недостаточно, по мнению разработчиков программы. «На реализацию страховых принципов должны выделяться дополнительные бюджетные ресурсы, хотя когда мы готовили предложения по реформе страхования, то договаривались, что размеров платежей — 5,1% фонда оплаты труда — будет достаточно, чтобы осуществить все преобразования в отрасли, — заметил министр. — С 2016 года Минздрав предусматривает, помимо страховых платежей бюджетное финансирование, что не соответствует логике страхования, на наш взгляд».

По мнению вице-премьера **Аркадия Дворковича**, необходимо пересмотреть показатели по продолжительности жизни и смертности, заложенные в программе.

Первый вице-премьер **Игорь Шувалов** заметил, что для отдельных капиталоемких программ, предусмотренных Минздравом, придется изыскивать дополнительные средства, например, на развитие ядерной медицины. «Нам придется искать средства из разных источников, включая частные, платежом в 5,1% нам обойтись не удастся», — сказал он.

Премьер-министр **Дмитрий Медведев** предложил «поступить с программой так, как поступили с программой развития образования». По мнению главы Правительства, программу следует доработать, однако «повысить планку ожидания и ориентироваться на продвинутый сценарий развития». «Мы должны смотреть за реальной ситуацией в экономике и корректировать планы по мере возникновения дополнительных источников. Окончательные решения будут приниматься в зависимости от состояния экономики по истечении 3-летнего периода», — сказал Дмитрий Медведев.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РФ УТВЕРДИЛО ПОЛОЖЕНИЕ О ГОСУДАРСТВЕННОМ КОНТРОЛЕ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Постановлением Правительства РФ №1152 от 12.11.2012 утверждено Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности. Документом предусматривается, что государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в том числе путем проведения проверок соблюдения органами государственной власти Российской Федерации, органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, медицинскими организациями и фармацевтическими организациями прав граждан в сфере охраны здоровья.

Данным положением определяются перечень мероприятий и задачи государственного контроля, а также органы государственной власти, осуществляющие данный контроль.

Постановлением также установлено, что государственный контроль в части проведения проверок соблюдения безопасных условий труда организациями и индивидуальными предпринимателями, занятыми в сфере охраны здоровья, осуществляется Рострудом в установленном порядке в рамках федерального государственного надзора за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов.

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОДОЛЖИТСЯ НЕ ТОЛЬКО ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ РЕГИОНОВ, НО И ЗА СЧЕТ РЕЗЕРВА ОМС

К концу 2012 года все мероприятия по модернизации здравоохранения по всей России будут выполнены. «Это значит, что будут выполнены все планы, которые составляли сами субъекты РФ», — заметила глава Минздрава **Вероника Скворцова**. По словам министра, 83,3% медучреждений, которые на начало 2012 года требовали обновления инфраструктуры, обновлены, около 50% полностью переоснащены, включая базовое оборудование.

«Модернизации здравоохранения продолжится не только за счет средств регионов, но и за счет резерва ОМС, за счет дополнительных страховых взносов, которые получены в этом году», — сказала министр здравоохранения.

«В начале 2013 года Минздраву предстоит представить два системных документа: комплекс мероприятий по совершенствованию качества медпомощи и программу развития кадрового потенциала отрасли, которая включает 83 подпрограммы по каждому региону», — рассказала глава Минздрава России.

МИНЗДРАВ ВНЕСЕТ ПРАВКИ В ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДУСЛУГ

Суть Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ №1006 от 04.10.2012, заключается в том, что весь гарантированный объем медпомощи оказывается бесплатно.

Этот момент особо подчеркнула **Вероника Скворцова**, глава Минздрава России, на пресс-конференции 8 ноября. Вероника Скворцова заявила, что в государственных и муниципальных медучреждениях все виды медицинской помощи будут оказываться бесплатно. Дополнительные деньги могут вноситься за организацию индивидуального медицинского поста, если того не требует состояние реанимационного больного, и за лекарства и медизделия, которые не входят в ограничительные перечни (перечень ЖНВЛП, имплантируемых медизделий).

«Если пациент активно хочет поменять один имплант на другой, у него есть возможность об этом заявить и доплатить сумму сверх той стоимости, которая указана для бесплатного имплантирования», — уточнила Вероника Скворцова.

Министр согласилась с мнением, что в самом тексте Правил оказания платных медуслуг использована литературная конструкция, которая создает впечатление о незавершенности указанного в документе перечня платных услуг. «Мы обязательно будем вносить редакционную коррекцию в правила», — заверила она присутствующих.

«Опасений в отношении того, что платные медуслуги вытеснят бесплатные, у меня нет. Пока работает та команда, которую мне доверено возглавлять, этого не будет. И я могу об этом сказать совершенно твердо», — заявила глава Минздрава. Она подчеркнула, что более 90% медицинских организаций в стране — это «так называемые бюджетные организации, они тоже получают деньги из бюджетов», поэтому все услуги в учреждениях, работающих по программе госгарантий, оказываются бесплатно.

РОССИЯНАМ, ЗАБОТЯЩИМСЯ О ЗДОРОВЬЕ, КОМПЕНСИРУЮТ ПОКУПКУ ЛЕКАРСТВ

Стратегия лекарственного обеспечения населения России до 2025 года в первую очередь решает задачу повышения доступности лекарств, прежде всего в амбулаторном секторе, заявила **Вероника Скворцова**, глава Минздрава России.

Министр пояснила, что лекарства станут доступнее в первую очередь для трех категорий населения: детей от 3 до 18 лет, «потому что детям до 3 лет государство покрывает потребность в лекарствах», пенсионеров, не являющихся льготниками, и взрослого населения, «как работающего, так и не работающего, не относящегося к льготным категориям».

По словам министра, помощь будет оказываться по разным принципам. Для детей и пожилых людей предложено минимум 50%-ное возмещение стоимости лекарств в амбулаторном сегменте. «Если говорить о взрослых, то будет дифференцированный подход, связанный с группой здоровья, с потребностью группы в лекарствах и с тем, насколько ответственно человек относится к своему здоровью, насколько соблюдает нормативы здорового образа жизни, насколько он ежегодно сам проходит профосмотры и диспансеризацию», — пояснила Вероника Скворцова.

Министр привела данные, согласно которым сейчас на лекарственное обеспечение россиян из федерального бюджета ежегодно тратится 90 млрд. рублей, существенно большие средства вкладываются из бюджетов субъектов РФ. Программа лекарственного обеспечения предусматривает выделение дополнительно еще 120 млрд. рублей, которые позволят расширить гарантии. «Это будет под встречные обязательства россиян активнее заботиться о своем здоровье», — подчеркнула Вероника Скворцова.

ЗАПИСАТЬСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ МОЖНО НА ЕДИНОМ ПОРТАЛЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Минздрав России запустил в тестовую эксплуатацию государственную услугу «Запись на прием к врачу» на Едином портале государственных услуг РФ (www.gosuslugi.ru), при этом записаться на прием к врачу в электронном виде можно без регистрации на портале.

«Запуск в тестовую эксплуатацию услуги «Запись на прием к врачу» на портале проведен в соответствии с графиком, в запланированные сроки. Это совместная работа Минздрава России, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и разработчиков

«Электронного правительства», — пояснил директор Департамента информационных технологий и связи **Роман Ивакин**.

Он отметил, что услугой «Запись на прием к врачу» могут воспользоваться не только зарегистрированные пользователи портала государственных услуг, но и граждане, не имеющие «Личного кабинета ЕПГУ».

«Это существенно расширяет возможности портала госуслуг и позволяет повысить доступность услуги «Запись на прием к врачу» в электронном виде. До настоящего времени регионы имели разнотипные сайты для записи на прием, причем таких сайтов могло быть несколько. И вот теперь создан единый портал», — сказал Роман Ивакин и уточнил, что «запуск услуги на Едином портале государственных услуг не заменяет региональные сайты для записи».

Также директор Департамента отметил, что в период тестовой эксплуатации возможны некоторые сбои в работе сервиса.

«Для оперативного решения этих проблем Минздравом России организована возможность «обратной связи» для пользователей ЕПГУ В случае возникновения технических ошибок пользователи могут обратиться по телефону или электронной почте, контакты службы поддержки указаны на Едином портале государственных услуг», — прокомментировал Роман Ивакин. Об этом сообщает пресс-служба Министерства здравоохранения России.

МИНЗДРАВ РОССИИ НЕ ВИДИТ СЕРЬЕЗНЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПРОДАЖИ ЛЕКАРСТВ В ТОРГОВЫХ СЕТЯХ

Впервые вопрос о продаже безрецептурных препаратов в торговых сетях был поднят в Правительстве на заседании комиссии под руководством первого вице-премьера Игоря Шувалова и был горячо поддержан экспертами, которые работали в рамках комиссии.

«Минздрав России не видит значительных противопоказаний для этого новшества, международный опыт свидетельствует, что в большинстве стран так все и происходит: там, где продаются предметы гигиены, продается минимальный ассортимент безрецептурных препаратов — препаратов, которые фактически являются средствами самопомощи», — заметила глава Минздрава.

Новшество потребует ужесточения контрольных мер, будет необходимо дополнительное лицензирование торговых точек, которые заявят о своем намерении продавать препараты. Кроме того, будет необходимо применять перекрестные выборочные проверки, чтобы «продукция не пошла во вред потребителю», отметила Вероника Скворцова.

МИНЗДРАВ РОССИИ ОПУБЛИКОВАЛ СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Минздрав России опубликовал на своем официальном сайте стандарты оказания медицинской помощи. В частности, в широком доступе выложены стандарт специализированной медицинской помощи при классической фенилкетонурии, при генерализованной форме сальмонеллеза, стандарт специализированной медицинской помощи детям при хроническом активном гепатите, не классифицированном в других рубриках (аутоиммунном гепатите), а также при системном склерозе и злокачественных новообразованиях желудка IV стадии (паллиативное хирургическое лечение).

Ознакомиться со всеми опубликованными стандартами можно в разделе «Документы» на сайте Минздрава России.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОД СТРОГИМ КОНТРОЛЕМ ГОСУДАРСТВА!

Постановление Правительства РФ от 12 ноября 2012 г. № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности» (не вступило в силу)

Установлено, как организуется и проводится госконтроль качества и безопасности медицинской деятельности. Данная госфункция реализуется путем различных проверок. Их цель — следить за соблюдением прав граждан в сфере охраны здоровья. Контролировать порядок оказания медпомощи, проведения медицинских экспертиз (осмотров и освидетельствований). Проверять выполнение требований по безопасному применению и эксплуатации медизделий и их утилизации (уничтожению) и пр.

Еще одна форма госконтроля — лицензирование медицинской деятельности. Госфункция возложена на Росздравнадзор, Роструд и уполномоченные региональные органы. Между ними распределены соответствующие полномочия.

Закреплены перечни контрольных мероприятий. В частности, может проводиться экспертиза качества оказанной медпомощи. Также оценивается обоснованность и полнота предоставления многократных медуслуг и назначения лекарственных препаратов. Рассматриваются и анализируются жалобы граждан.

Прописаны права проверяющих. Например, они могут снимать копии с документов, необходимых для проведения госконтроля, а также производить фото- и видеосъемку процесса осмотра или обследования.

Решения и предписания, принятые в процессе госконтроля и затрагивающие интересы неопределенного круга лиц, размещаются на официальном сайте контролирующего органа.

ПРЕДЕЛЬНАЯ ОТПУСКНАЯ ЦЕНА НА ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ И ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ: СКОРРЕКТИРОВАНА МЕТОДИКА РАСЧЕТА

Приказ Министерства здравоохранения РФ и Федеральной службы по тарифам от 8 октября 2012 г. № 400н/663-а «О внесении изменений в Методику установления производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утвержденную приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службы по тарифам от 3 ноября 2010 г. № 961н/527-а»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 13 ноября 2012 г. Регистрационный № 25 792.

Скорректирована методика установления производителями предельных отпускных цен на лекарства, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших.

Предлагаемая к регистрации предельная отпускная цена не может превышать средневзвешенной фактической цены отпуска за год, предшествующий дню ее представления на госре-

гистрацию. Определены исключения из этого правила. В частности, это случаи изменения цен на сырье и материалы, а также корректировка накладных расходов. При этом показатель увеличения зарегистрированной предельной отпускной цены не должен превышать прогнозируемого уровня инфляции текущего года.

Установлено, что при расчете предельной отпускной цены на препарат, цена которого является максимальной среди аналогичных, зарегистрированные предельные отпускные цены на последние не учитываются.

Предлагаемая к регистрации предельная отпускная цена без учета расходов, связанных с таможенным оформлением, и транспортных расходов не может быть больше размера минимальной отпускной цены производителя на данный лекарственный препарат в государстве производителя и других странах.

Приведена новая форма расчета предельных отпускных цен на лекарственные препараты российского производства, представляемых на госрегистрацию.

Приказ вступает в силу с момента официального опубликования.

НА РАБОЧИХ МЕСТАХ И В ПОМЕЩЕНИЯХ, ЗАНИМАЕМЫХ МИНЗДРАВОМ РОССИИ, КУРИТЬ НЕЛЬЗЯ

Приказ Минздрава РФ от 2 ноября 2012 г. № 576 «О запрете курения табака в административных зданиях Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Запрещено курить табак на рабочих местах и в помещениях, занимаемых Минздравом России.

Исключение — обозначенные спецзнаками места для курения. Они оснащены во дворах административных зданий, расположенных по адресам: Рахмановский переулок, д. 3/25, строение 1–4, а также Славянская площадь, д. 4, стр. 3.

В МИНЗДРАВЕ РОССИИ СОЗДАНА ЕЩЕ 1 РАБОЧАЯ ГРУППА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 октября 2012 г. № 427 «О создании рабочей группы по подготовке предложений о внесении изменений в нормативные правовые акты в сфере оборота наркотических и психотропных лекарственных средств»

Минздравом России создана еще одна рабочая группа. Она займется подготовкой предложений о внесении изменений в нормативные правовые акты в сфере оборота наркотических и психотропных лекарств.

Определены функции группы.

В частности, она готовит предложения по вопросам совершенствования противоболевой терапии и занимается проблемами расчетов нормативов потребности наркотических и психотропных препаратов.

Группа формируется из представителей Министерства, региональных органов власти в сфере охраны здоровья, учреждений Минздрава России и РАМН, производителей соответствующих лекарств, образовательных и медицинских, общественных организаций. В состав также входят специалисты в области противоболевой терапии.

Группу возглавляет руководитель. Закреплены его полномочия.

Заседания проводятся не реже 1 раза в квартал. Они правомочны, если присутствуют не менее 50% членов. Решения принимаются простым большинством голосов присутствующих. Они оформляются протоколом.

Утвержден состав рабочей группы.

СТАНЦИИ (ОТДЕЛЕНИЯ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОСНАЩЕНЫ СПУТНИКОВЫМ ОБОРУДОВАНИЕМ

Письмо Минздрава РФ от 5 сентября 2012 г. № 18-1/10/2-2041 «Об общих функциональных требованиях к оборудованию станций (отделений) скорой медицинской помощи навигационно-информационным оборудованием для мониторинга и управления санитарным транспортом, функционирующим с использованием систем ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS»

Регионам из бюджета ФФОМС выделяются субсидии на реализацию собственных программ модернизации здравоохранения. Эти средства направляются в том числе на оснащение санитарного транспорта бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS на базе многофункциональных приемных устройств.

Минздрав России считает целесообразным в 2012 г. оборудовать все станции (отделения) скорой медпомощи программным обеспечением телематического сервера с использованием спутниковых навигационных технологий. Это необходимо для мониторинга и управления санитарным транспортом.

Также важно установить программное обеспечение для диспетчеризации санитарного транспорта и обработки вызовов.

В этих целях могут приобретаться персональные компьютеры (АРМ) с подключением к телекоммуникационной инфраструктуре со скоростью не ниже 512 кБит/с.

Регионам следует оборудовать автоматизированные рабочие места диспетчеров станций (отделений) скорой медицинской помощи.

КОМИССИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ДОГОВОРОВ АРЕНДЫ, ЗАКЛЮЧАЕМЫХ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МИНЗДРАВА РОССИИ: УТВЕРЖДЕНО ПОЛОЖЕНИЕ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2012 г. № 436 «О Комиссии по проведению экспертной оценки последствий договоров аренды, заключаемых учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, являющимися объектами социальной инфраструктуры для детей, для обеспечения образования, воспитания, развития, отдыха и оздоровления детей, оказания им медицинской, лечебно-профилактической помощи, социальной защиты и социального обслуживания детей»

Учреждения Минздрава России могут передавать в аренду недвижимость. Речь идет об учреждениях, являющихся объектами социальной инфраструктуры для детей, для обеспечения их образования, воспитания, развития, отдыха и оздоровления, оказания им медицинской, лечебно-профилактической помощи, социальной защиты и социального обслуживания.

Создана комиссия по проведению экспертной оценки последствий договоров аренды, заключаемых такими учреждениями. Утвержден ее состав. В комиссию входят председатель, его заместитель, секретарь и иные члены. К работе на любом этапе могут привлекаться эксперты (без права совещательного голоса).

Проверке подлежат обращение о распоряжении недвижимым имуществом, перечень предполагаемых к передаче в аренду помещений, копии техпаспорта, свидетельства о регистрации права оперативного управления на недвижимость и др.

Срок рассмотрения документов — 25 дней. По результатам составляется экспертное заключение. Заседания комиссии проводятся по мере необходимости. Решения принимаются большинством голосов.

ПРОЕКТ СТРАТЕГИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ДО 2025 Г. РАЗРАБОТАЕТ СПЕЦИАЛЬНАЯ ГРУППА

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2012 г. № 434 «О рабочей группе Министерства здравоохранения Российской Федерации по разработке стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года»

Минздравом России создана рабочая группа, которая должна подготовить проект стратегии лекарственного обеспечения населения нашей страны на период до 2025 г. и план ее реализации. В состав группы входят представители Министерства, заинтересованных федеральных и региональных органов, профессиональных и общественных организаций.

Установлен порядок работы группы.

Заседания группы проводятся по плану, утверждаемому ее председателем. Решения принимаются простым большинством голосов и оформляются протоколом.

Утвержден персональный состав группы.

РАБОЧАЯ ГРУППА ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПОВЫШЕНИЯ ИННОВАЦИОННОСТИ ГОСЗАКУПОК МИНЗДРАВА РОССИИ: ПОЛОЖЕНИЕ, ПЕРСОНАЛЬНЫЙ СОСТАВ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2012 г. № 445 «О создании рабочей группы по реализации пилотного проекта повышения инновационности государственных закупок Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Создана рабочая группа по реализации пилотного проекта повышения инновационности госзакупок Минздрава России.

Группа руководит реализацией проекта, отвечает за контакты с заинтересованными органами исполнительной власти, формирует итоговый отчет по его результатам.

В состав группы могут включаться специалисты Минэкономразвития России, Минпромторга России, Минобрнауки России, ФАС России, Росстандарта по согласованию.

Она формирует экспертный совет по реализации проекта. В него входят представители организаций, в интересах которых осуществляются закупки, институтов гражданского общества, технологических платформ в сфере планируемых закупок, научного и экспертного сообщества, основных поставщиков, в том числе зарубежных.

Закреплены права председателя и членов группы. Урегулирован порядок ее работы.

Утвержден персональный состав рабочей группы.

НЕКОТОРЫЕ ВЕЩЕСТВА, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СТОМАТОЛОГИИ, ПОДЛЕЖАТ СТРОГОМУ КОНТРОЛЮ

Письмо Министерства здравоохранения РФ от 16 августа 2012 г. № 25-4/10/2-1487 «Об обороте метилакрилата и метилметакрилата, используемого при изготовлении стоматологических материалов»

Разъяснено, что растворы метилакрилата и метилметакрилата концентрацией более 15%, входящие в состав базисных пластмасс, других стоматологических акриловых и полимерных композиций, в виде компонентов, расфасованных в отдельные флаконы, относятся к прекурсорам (таблица II списка IV).

Приведены применяемые в их отношении меры контроля. В частности, лица, занимающиеся производством, переработкой, хранением, реализацией, приобретением, использовани-

ем, перевозкой и уничтожением указанных прекурсоров, должны обеспечить безопасность такой деятельности и исключить доступ к названным веществам посторонних лиц. Хранят прекурсоры в изолированных помещениях, опечатываемых по окончании рабочего дня.

Реализация данных веществ гражданам возможна только при предъявлении ими удостоверения личности. Разъяснен также порядок перевозки, уничтожения названных прекурсоров, регистрации операций по их обороту, представления отчетности об их ввозе (в Минпромторг России), производстве, переработке, реализации и использовании (в ФСКН России). Ввозить прекурсоры в страну и вывозить их из нее вправе только организации. При торговле в рамках ТС необходимо получить разрешение ФСКН России на право ввоза (вывоза). Если прекурсоры являются лекарственными средствами, также требуется сертификат Росздравнадзора на ввоз (вывоз). В случае ведения торговли с иными странами дополнительно нужна разовая лицензия Минпромторга России.

ПЕРЕЧНИ ЛЕКАРСТВ, МЕДТЕХНИКИ И ИЗДЕЛИЙ МЕДНАЗНАЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И НЕ ПРОИЗВОДЯЩИХСЯ В РОССИИ, НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

Приказ Минздрава РФ от 23 октября 2012 г. № 433 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2011 г. № 1313 «Об утверждении перечней лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием лекарственных форм и дозировок для детей, медицинской техники и изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания, применяемых в педиатрической практике и не производящихся на территории Российской Федерации»

Отменен Приказ Минздравсоцразвития России об утверждении перечней препаратов, зарегистрированных в нашей стране, с указанием лекарственных форм и дозировок для детей, медтехники и изделий медназначения, специализированных продуктов лечебного питания, применяемых в педиатрической практике и не производящихся в России.

Следует отметить, что нормативные правовые акты могут отменяться, если отказано в госрегистрации или они возвращены без нее. Кроме того, Минюст России может направлять федеральным органам исполнительной власти представления об отмене принятых актов, если те противоречат законодательству.

ПРИКАЗ ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НОМЕНКЛАТУРНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ В ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ РЕДАКЦИИ

Приказ Минздрава РФ от 31 октября 2012 г. № 568 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2012 г. № 120н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 июня 2012 г. № 4н «Об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий»

Отменен акт о внесении изменений в приказ Минздрава России об утверждении номенклатурной классификации медицинских изделий. Таким образом, последний применяется в первоначальной редакции.

Следует отметить, что нормативные правовые акты могут отменяться, если отказано в госрегистрации или они возвращены без нее. Кроме того, Минюст России может направлять федеральным органам исполнительной власти представления об отмене принятых актов, если те противоречат законодательству.

ЧЕМ ЗАНИМАЮТСЯ ГЛАВНЫЕ ВНЕШТАТНЫЕ СПЕЦИАЛИСТЫ МИНЗДРАВА РОССИИ?

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 октября 2012 г. № 444 «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Регламентирована деятельность главных внештатных специалистов Минздрава России.

Напомним, что указанные лица привлекаются на добровольных началах.

Определены их основные задачи и функции.

Главные внештатные специалисты, в частности, готовят предложения по совершенствованию соответствующего медицинского направления, методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, медицинской реабилитации. О своей работе они отчитываются до 20 декабря текущего года.

Закреплены права главных внештатных специалистов. Например, они могут консультировать региональные органы в сфере охраны здоровья.

Работа главных внештатных специалистов организуется по плану. Они осуществляют свою деятельность под непосредственным руководством Министра здравоохранения России.

Главные внештатные специалисты возглавляют профильные комиссии (в соответствии со специальностью). Регламентирована деятельность последних. Так, заседания комиссии проводятся не реже 2-х раз в год. Они правомочны, если присутствуют не менее 50% членов.

Отметим, что в настоящее время в Минздраве России предусмотрены должности для 67 главных внештатных специалистов. Среди них — главные внештатные специалисты по медицине катастроф, медицинской генетике, инфекционным болезням у детей, медицинской реабилитации.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА: ГРАЖДАН ОСВОБОДЯТ ОТ БУМАЖНОЙ ВОЛОКИТЫ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 1 октября 2012 г. № 293н «Об утверждении формата сведений, содержащихся в направлении на медико-социальную экспертизу, выдаваемом органом социальной защиты населения, и подлежащих представлению на бумажном носителе в рамках межведомственного взаимодействия для предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 25 октября 2012 г. Регистрационный № 25 729.

Органы власти не вправе требовать от граждан и организаций, обратившихся за госуслугой, представить документы и информацию, находящиеся в распоряжении других ведомств. Они запрашивают их самостоятельно.

Так, определен перечень сведений, запрашиваемых учреждением медико-социальной экспертизы у органа соцзащиты населения, выдавшего направление на данную процедуру, необходимых для ее проведения.

В частности, орган должен предоставить учреждению информацию о гражданине, которому выдано направление (реквизиты документа, удостоверяющего его личность, социальная категория, место работы, характеристика семьи, вид жилья и наличие в нем основных удобств, признаки ограничения жизнедеятельности и пр.), о цели направления на медико-социальную экспертизу, о предъявленных физлицом медицинских документах.

Запрос и ответ на него направляются в бумажной форме в рамках межведомственного взаимодействия.

ОБРАЗОВАН СОВЕТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 октября 2012 г. № 437 «О Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Министерстве здравоохранения Российской Федерации»

При Минздраве России создан Совет общественных организаций по защите прав пациентов. Он обсуждает нормативные правовые акты, регулирующие отношения в указанной сфере. Готовит предложения и рекомендации по следующим вопросам: организация и оказание медпомощи, включая лекарственное обеспечение, повышение эффективности и безопасности медтехнологий и медпродукции; совершенствование системы здравоохранения.

В состав совета на безвозмездной основе входят представители федеральных органов исполнительной власти, общественных и иных организаций, которые представляют интересы пациентов. Представители организаций принимаются по решению Министра здравоохранения РФ на основании письменных обращений руководителей соответствующих юрлиц.

Установлены права и обязанности членов совета.

Заседания совета созываются не реже 1 раза в квартал. Закреплен порядок их проведения.

Решения совета носят рекомендательный характер. Материалы его работы публикуются на официальном сайте Министерства.

ОМС: ПЛАНИРУЕМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Досье на проект федерального закона № 42364-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в части установления порядка изъятия полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, переданных органам государственной власти субъекта Российской Федерации, в случае их неисполнения или ненадлежащего исполнения) (внесен Правительством РФ)

Государственной Думой РФ 26 октября 2012 г. во втором чтении принят законопроект, затрагивающий различные вопросы осуществления обязательного медицинского страхования. Часть поправок обусловлена необходимостью приведения Закона об ОМС в соответствие с Основами охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Уточняется порядок выбора и замены гражданином страховой медорганизации. Предусмотрена обязанность уведомлять страховщика не только об изменении Ф.И.О. и места жительства, но и данных удостоверения личности.

Срок внесения ежемесячных страховых взносов на ОМС неработающего населения предлагается перенести с 25 на 20 число текущего календарного месяца.

Уточняются полномочия ФФОМС и ТФОМС, порядок заключения тарифных соглашений, процедура разработки проекта территориальной программы ОМС, состав сведений персонифицированного учета. Последний предлагается вести исключительно в электронном виде.

Планируется продолжить в 2013 г. реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения. Речь идет о таких направлениях, как укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, внедрение современных информационных систем. Финансировать их предполагается за счет средств ФОМС и региональных бюджетов. Будет продолжена в 2013 г. и выплата единовременных компенсаций молодым (до 35 лет) сельским медработникам.

Уточнен порядок финансирования скорой медпомощи в 2013–2014 гг., а также определения размера страховых взносов на неработающее население в 2012–2014 гг.

Предлагается прописать процедуру изъятия у регионов переданных им полномочий федерального центра в сфере ОМС. Это утверждение территориальных программ и дифференцированных подушевых нормативов ОМС, реализация базовой программы ОМС на подведомственной территории, регистрационный учет страхователей для неработающих граждан; контроль за использованием средств ОМС и др.

Согласно поправкам указанные полномочия могут изъять у регионов в случае их неисполнения или ненадлежащего исполнения. Решение об этом будет принимать Правительство РФ по представлению уполномоченного федерального органа исполнительной власти. Предварительно региональным властям направят предписание устранить выявленные нарушения в установленный срок. И только если повторное предписание не исполнено, полномочия отберут. При этом прекратят выделение субвенций из бюджета ФОМС.

В МИНЗДРАВЕ РОССИИ СОЗДАНА ЕЩЕ ОДНА РАБОЧАЯ ГРУППА

Приказ Минздрава РФ от 12 октября 2012 г. № 412 «О рабочей группе Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке предложений по формированию способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп, объединяющих болезни»

В Минздраве России создана рабочая группа по формированию способов оплаты медпомощи в рамках программы госгарантий на основе групп, объединяющих болезни.

Она является совещательным органом. Группа готовит рекомендации по использованию способов оплаты указанных медуслуг. Для этого она может приглашать к обсуждению представителей иных органов и организаций.

Группу возглавляет руководитель. У него есть заместитель. В состав группы также входят ответственный секретарь и иные члены (в частности, сотрудники Министерства и ФОМС).

Определены их права.

Регламентирован порядок работы группы. Так, заседания проводятся по решению руководителя. Они правомочны, если присутствуют не менее 50% членов. Решения принимаются простым большинством голосов и оформляются протоколами.

Утвержден состав группы.

КАК В МИНЗДРАВЕ РОССИИ ГОТОВЯТСЯ К ЧРЕЗВЫЧАЙНЫМ СИТУАЦИЯМ?

Приказ Минздрава РФ от 1 октября 2012 г. № 381 «Об утверждении Положения об организации и ведении гражданской обороны в Министерстве здравоохранения Российской Федерации»

Установлено, как организуется и ведется гражданская оборона (ГО) в Минздраве России.

Она направлена на защиту госслужащих и материальных ценностей от опасностей, возникающих во время военных действий и ЧС. Подготовка ведется в мирное время.

Руководит ГО Министр здравоохранения России.

В Министерстве создаются следующие координационные органы ГО. Это штаб по делам гражданской обороны и ЧС, оперативная группа, эвакуационная комиссия и группа анализа и контроля. Функции управляющего органа выполняет штаб. Он, в частности, организует разработку плана ГО Минздрава России.

Кроме того, в структурных подразделениях Министерства назначаются должностные лица, занимающиеся вопросами ГО, а также создаются нештатные аварийно-спасательные формирования. Определены задачи последних.

Разработаны основные мероприятия Минздрава России в области ГО. В их числе — создание учебной и материально-технической базы для подготовки госслужащих, поддержание в состоянии готовности системы централизованного оповещения сотрудников, определение объектов, подлежащих маскировке, создание противопожарных постов.

Министерство ежегодно отчитывается перед МЧС России о состоянии ГО.

ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, ОБСЛУЖИВАЕМОГО ФМБА РОССИИ: ЧТО ЗАПЛАНИРОВАНО НА 2012–2013 ГГ.?

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 11 октября 2012 г. № 262 «О мероприятиях по профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в сезон 2012–2013 гг. среди населения, обслуживаемого ФМБА России»

Определены мероприятия по профилактике заболеваний гриппом и ОРВИ в сезон 2012–2013 гг. среди населения, обслуживаемого ФМБА России.

В частности, в осенний период 2012 г. требуется провести иммунизацию следующих групп населения. Это дети с 6 месяцев, школьники, студенты, работники медицинских и образовательных учреждений, транспорта, коммунальной сферы, а также взрослые старше 60 лет.

Также нужно провести активную санитарно-просветительную работу с населением о профилактических мерах борьбы с гриппом и ОРВИ.

Медицинские организации должны быть готовы к приему больных в период сезонного подъема заболеваемости. Для этого необходимо выделить запас лекарств, дезинфекционных средств, коек и т.д. С медперсоналом требуется провести неспецифическую профилактику. Кроме того, необходимо выделить транспорт для забора и доставки материалов от больных капельной и кишечной группами инфекций.

Очень важно организовать патронаж для беременных женщин и их своевременную госпитализацию при появлении признаков заболевания.

Начальникам ЦМСЧ/МСЧ, главным врачам клинических больниц и директорам медцентров ФМБА России поручено еженедельно направлять сведения о заболеваемости гриппом и ОРВИ (форма N 1-грипп) в территориальный орган Агентства. Данные представляются с 1 ноября 2012 г. С этой же даты территориальные органы ФМБА России должны еженедельно передавать такие сведения в Управление надзора и контроля в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

Утверждены формы сведений.

КТО ОЦЕНИВАЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВА РОССИИ?

Приказ Минздрава РФ от 1 октября 2012 г. № 385 «Об утверждении Положения о Комиссии по оценке выполнения целевых показателей эффективности деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, и премированию их руководителей и ее состава»

Образована Комиссия по оценке выполнения целевых показателей эффективности деятельности федеральных бюджетных и казенных учреждений Минздрава России и премированию их руководителей. Она оценивает деятельность указанных организаций за отчетный период и на основании этого готовит предложения о премировании их руководителей.

Закреплены права Комиссии. Установлено, как организована ее работа. Так, Комиссию возглавляет председатель. Он назначается из числа заместителей Министра здравоохранения России. В состав Комиссии также входят директора департаментов Министерства (их

заместители). Заседания проводятся после 10-го числа 2-го месяца, следующего за отчетным периодом. Они правомочны, если присутствуют не менее 50% членов.

Решения принимаются простым большинством. Они оформляются протоколом в течение 5 рабочих дней. Предложения о премировании руководителей учреждений направляются Министру здравоохранения России в течение 3 рабочих дней после подписания протокола председателем Комиссии. Утвержден состав Комиссии.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ О ЗАВЕРШЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ ФЦП «ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И БОРЬБА С СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (2007–2012 ГГ.)» НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Приказ Минздрава РФ от 10 октября 2012 г. № 407 «Об отмене приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 сентября 2012 г. № 215 «О завершении реализации мероприятий, предусмотренных федеральной целевой программой «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы)»

В нашей стране действует ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 гг.)». Отменен приказ Минздрава России о завершении реализации предусмотренных ею мероприятий.

ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФГБУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ СУБСИДИИ НА ВЫХАЖИВАНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Приказ Минздрава РФ от 8 октября 2012 г. № 401 «О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 518 «О форме соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета федеральному государственному бюджетному учреждению, находящемуся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на финансовое обеспечение реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела»

Признан утратившим силу Приказ о форме соглашения о предоставлении ФГБУ Минздравсоцразвития России субсидии на реализацию комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.

Дело в том, что Минздравсоцразвития России преобразовано в Минздрав и Минтруд России.

ФОРМА СОГЛАШЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ФГБУ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ СУБСИДИИ НА СОЗДАНИЕ ОБУЧАЮЩИХ СИМУЛЯЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ БОЛЕЕ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Приказ Минздрава РФ от 15 октября 2012 г. № 417 «О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 519 «О форме соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета федеральному государственному бюджетному учреждению, находящемуся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на финансовое обеспечение создания обучающих симуляционных центров»

Признан утратившим силу Приказ о форме соглашения о предоставлении ФГБУ Минздравсоцразвития России субсидии на создание обучающих симуляционных центров.

Дело в том, что Минздравсоцразвития России преобразовано в Минздрав и Минтруд России.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА: КАКИЕ ПОРУЧЕНИЯ ДАНЫ РУКОВОДИТЕЛЯМ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ РОСПОТРЕБНАДЗОРА?

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 октября 2012 г. № 1023 «О реализации решения коллегии «Актуальные проблемы вакцинопрофилактики, осуществляемой в рамках национального календаря профилактических прививок в Российской Федерации»

Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора, главным врачам ФБУ — центров гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ совместно с руководителями соответствующих региональных органов даны поручения. Они касаются вопросов вакцинации населения.

В частности, указанным лицам поручено продолжать работу по сертификации территорий, свободных от эндемичной кори, и по иммунизации населения (в рамках нацпроекта «Здоровье»).

Они также должны принять меры по совершенствованию лабораторной диагностики инфекций, управляемых средствами специфической профилактики.

Кроме того, руководителям территориальных управлений Роспотребнадзора поручено организовать проведение обучающих семинаров для медработников по вопросам организации иммунопрофилактики. Они также должны обеспечить качественное планирование прививок, своевременный пересмотр медотводов от них.

Руководителям территориальных управлений Роспотребнадзора по некоторым регионам (например, Калмыкии, Адыгеи, Краснодарскому краю) даны особые поручения. Указанные лица должны взять на особый контроль организацию мероприятий по укреплению «холодовой цепи».

Директору ФБУН «Центральный НИИ эпидемиологии» поручено подготовить проект положения о федеральном научно-методическом центре по иммунопрофилактике на базе ЦНИИЭ. Срок — до 1 декабря 2012 г.

Даны и другие поручения.

КАКИЕ ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НАНИМАТЕЛЯ ПЕРЕДАЮТСЯ ГЛАВАМ РОСЗДРАВНАДЗОРА И ФМБА РОССИИ В ОТНОШЕНИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ?

Приказ Минздрава РФ от 4 октября 2012 г. № 394 «О возложении полномочий представителя нанимателя на руководителей федеральной службы и федерального агентства»

Решено возложить на руководителей Росздравнадзора и ФМБА России полномочия представителя нанимателя в отношении руководителей соответствующих территориальных органов, которые назначаются на должности и освобождаются от них Министром здравоохранения РФ.

Это полномочия заключать, расторгать, прекращать и приостанавливать служебные контракты, устанавливать денежное содержание, предоставлять отпуска, направлять в командировки, налагать меры дисциплинарного взыскания, не связанные с освобождением от должности и увольнением, и др.

Контракт заключается, расторгается, прекращается и приостанавливается на основании приказов Министерства.

Руководители также вносят на рассмотрение представления о присвоении служащему классного чина, а также о его поощрении, награждении или применении мер дисциплинарного взыскания, которые требуют решения Министерства.

ДЕПАРТАМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЛАМИ МИНЗДРАВА РОССИИ: ПОЛОЖЕНИЕ

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 октября 2012 г. № 405 «Об утверждении Положения о Департаменте управления делами Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Утверждено Положение о Департаменте управления делами Минздрава России.

Департамент является структурным подразделением Министерства. Он осуществляет функции по кадровому, документационному, хозяйственному, организационно-техническому и информационному обеспечению деятельности ведомства, а также по координации и контролю гражданской обороны в нем.

К основным задачам департамента относятся обеспечение составления номенклатур дел, организация наградной работы в системе здравоохранения, работы по пожаробезопасности, транспортное обеспечение и социально-бытовое обслуживание служащих и др.

Закреплены функции департамента. Урегулированы вопросы организации его деятельности.

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНАХ: ПОРУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЯМ УПРАВЛЕНИЙ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 19 октября 2012 г. № 2004-Пр/12 «О внесении изменений в приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения от 13.08.2012 № 762-Пр/12 «Об организации деятельности Рабочих групп по анализу хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь на территории Российской Федерации»

Даны поручения руководителям Управлений Росздравнадзора по регионам, которые возглавляют рабочие группы по анализу выполнения мероприятий и соблюдения сроков реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и федеральных госучреждений, оказывающих медпомощь в нашей стране.

Им необходимо усилить контроль за реализацией программ и устранением выявленных нарушений, проводить заседания групп 2 раза в месяц, оформлять результаты анализа актом и предоставлять информацию до 5 и 20 числа месяца. В те же сроки должен быть обеспечен ввод результатов контроля в модуль «Отчеты» АИС Росздравнадзора (разделы «Отчет для Минздрава России» и «Контроль программ модернизации ФГУ»).

ОПРЕДЕЛЕНО, ЧТО СЧИТАТЬ ПРОИЗВОДНЫМИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ

Постановление Правительства РФ от 19 ноября 2012 г. № 1178 «О внесении изменения в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»

В России контролю подлежат в том числе производные некоторых наркотических средств и психотропных веществ.

Закрепляется понятие таких производных.

Это вещества синтетического или естественного происхождения, которые не включены самостоятельными позициями в госреестр лекарств или в перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю. Их химическая структура

образована заменой (формальным замещением) одного или нескольких атомов водорода, галогенов и (или) гидроксильных групп в химической структуре соответствующего наркотического средства или психотропного вещества на иные одно- и (или) двухвалентные атомы или заместители (кроме гидроксильной и карбоксильной групп). При этом суммарное количество атомов углерода не должно превышать число атомов этого элемента в исходной химической структуре соответствующего наркотического средства или психотропного вещества.

Если одно и то же вещество можно отнести к производным нескольких наркотических средств или психотропных веществ, то оно признается производным того из них, изменение химической структуры которого требует введения наименьшего количества заместителей и атомов.

О СУБСИДИРОВАНИИ ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 12 сентября 2012 г. № 182н «Об утверждении Правил предоставления в 2012 году из федерального бюджета субсидий федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 ноября 2012 г. Регистрационный № 25 806.

В 2012 г. из бюджета страны федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям выделяются субсидии.

За счет этих средств возмещаются затраты, связанные с реализацией протезно-ортопедических изделий и услуг по протезированию по ценам ниже себестоимости. Также покрываются расходы стационаров сложного протезирования указанных предприятий по оплате дней пребывания инвалидов.

Между предприятием и Минтрудом заключается соглашение. В нем прописывается порядок отчетности об использовании средств. Закрепляется право ведомства проверять соблюдение получателем принятых обязательств. Если выявлены нарушения, субсидии возвращаются.

Средства распределяются Министерством на основании заявок получателей. Приведены их формы.

Информация об объемах и сроках перечисления субсидий учитывается Министерством при формировании прогноза кассовых выплат из федерального бюджета.

Установлены формы отчетов, которые получатели субсидий представляют в Минтруд России.

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**

УКАЗАТЕЛЬ СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ В 2012 Г.

Содержание МЗ-1-2012

Номинации

Победители в номинациях «Наиболее оригинальная публикация или цикл публикаций 2011 года» и «Наиболее оригинальное менеджерское решение в области управления региональным здравоохранением» Издательского дома «Менеджер здравоохранения» . . .7–8

Менеджмент в здравоохранении

Соколов А.А. Проблема редких болезней — результат и стимул прогресса в биологии и медицине . . .8–14

Каплунов О.А. О тендерах в системе лекарственного и иного обеспечения учреждений практического здравоохранения 15–18

Маркетинг в здравоохранении

Ямщиков А.С., Маева Е.И., Ардасова О.О. Организационно-правовые условия внедрения инструментов инновационного маркетинга в деятельность медицинских учреждений 19–27

Информационный менеджмент

Кудрина В.Г., Андреева Т.В., Дзеранова Н.Г. Оценка потребности и возможностей использования информационных технологий персоналом системы здравоохранения 28–35

Зарубежный опыт

Солодкий В.А., Перхов В.И., Стебунова Р.В. Обзор реформ в системе здравоохранения Франции за последние двадцать лет 36–48

Интересный документ

Старченко А.А. Разбалансировка штрафных санкций в системе ОМС 49–51

Общественная экспертиза

Старченко А.А. Библейские истины не для системы ОМС: новое вино — в старые меха! 52–55

Технологический менеджмент

Система архивирования и передачи изображений PACS (Picture Archiving and Communication System) в отделении лучевой диагностики в оценке практиков .56–59

С места событий

Особенности поставок медицинских изделий в госбюджетные и ведомственные медицинские учреждения. *Материалы Всероссийского форума «Поставки медицинского оборудования и изделий медицинского назначения в ЛПУ. Стратегия 2012»* 60–64

Правовые новеллы Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». *Материалы конференции информационного агентства «ГАРАНТ»* 65–67

Профессиональное сообщество 68–69

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н. Штрафные и иные санкции в системе ОМС и методы противодействия им 70–76

Вопросы и ответы 77–79

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

Юбилей

Олегу Анатольевичу Каплунову — 50 лет 80

Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-2-2012

Фокус проблемы

Шевченко В.В., Ямщиков А.С. Проблемы разграничения полномочий между органами государственной власти и органами местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан 6–12

Менеджмент в здравоохранении

Меньшиков В.В. Все ли у нас в «Порядках»? . . .13–21

Михеев А.Е., Горбунов П.А. Интернет и сохранение здоровья 22–32

Иванова А.Е., Михайлов А.Ю. Методология оценки экономических потерь от нездоровья 33–37

Маркетинг в здравоохранении

Ямщиков А.С., Маева Е.И., Чепурная Е.А. Внедрение инструментов инновационного маркетинга в хозяйственную деятельность учреждения 38–44

Органайзер 45

Интересный документ

Информационное письмо от 24 ноября 2011 г. № 14-3/10/2-11668 Минздравсоцразвития России о стандартах медицинской помощи 46–49

Обратная связь

Старченко А.А Авторитеты в здравоохранении: рядовому врачу необходима независимая оценка качества медицинской помощи 50–65

Консультирует «МЗ»

Кадыров Ф.Н. Меняется законодательство о бухгалтерском учете 66–71

Вопросы и ответы 72–75

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

Медицинские инновации в России и в мире 76–77

Региональный опыт 78

Здравоохранение в цифрах 79

Обзор актуальных нормативных документов 80–96

Содержание МЗ-3-2012

Фокус проблемы
Юркин Ю.Ю. Особенности практического законодательства, регламентирующего формирование государственных заданий для федеральных учреждений здравоохранения 6–12
Менеджмент в здравоохранении
Галкин Р.А., Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России . .13–19
Кадровый менеджмент
Данилова Н.В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения . .20–24
Особое мнение
Старченко А.А. Первая проблема введения нового закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: угроза молчаливой пандемии дефектов медицинской помощи стала реальной! 25–29
Актуальный документ
Разъяснения Фондом социального страхования Российской Федерации отдельных положений Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 № 624н 30–31
Полемика
Авербах Л.Г. Надо быть честным: бесплатной медицины больше не будет, готовьтесь 32–42
Кадыров Ф.Н. Платные медицинские услуги: созданы ли механизмы четкой регламентации или наилучшей перспективой являются запреты? 42–50
С места событий
О новом порядке регистрации медицинских изделий и новых критериях включения медицинских изделий в стандарты лечения. *Материалы конференции «Новое законодательство в здравоохранении. Возможности и сложности для рынка медицинских технологий»* 51–54
Бизнес в здравоохранении
Мы не разрабатываем технологии — мы их используем. *Гайдаровский форум-2012 «Россия и мир: 2012–2020»* 55–60
Интересный документ
Индикаторы и объем финансирования программы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» 61–63
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Порядок оказания медицинской помощи военнослужащим, сотрудникам правоохранительных органов и членам их семей 64–70
Вопросы и ответы 71–74
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Полезная ссылка
Портал «Мир врача» 75
Инновации в медицине 76–80
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-4-2012

Менеджмент в здравоохранении
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. К вопросу об экономической мотивации деятельности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования 6–11
Егорова И.А., Коровкин В.П., Турзин П.С. Определение значимости инноваций в области медицины . . 2–19
Зарубежный опыт
Сатаева Л.Г. Необходимость контроля за изменениями институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в новых экономических условиях в Республике Казахстан 20–26
С места событий
Исследовательские платформы, созданные в Минздравсоцразвития: задачи и цели 27–30
Медицинская наука
Стародубов В.И., Куракова Н.Г., Цветкова Л.А., Арефьев П.Г., Кураков Ф.А. Мировой уровень конкурентоспособности национальных исследований в области клинической медицины 31–41
Здравоохранение и право
Старченко А.А. Опасная ситуация — осуждение невиновного. Введение рентгеноконтрасного вещества пациенту — криминальная медицинская услуга?! 42–60
Интересный документ
Казенные, бюджетные и автономные учреждения должны обеспечить открытость и доступность учредительных документов 61
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Меры, направленные на привлечение молодых врачей в сельские учреждения здравоохранения 62–65
Вопросы и ответы 66–68
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Здравоохранение-2012 69–72
Полезная ссылка
Системы открытых знаний. *Бесплатный on-line-курс обучения в Массачусетском технологическом институте* 73–76
Инновации в медицине 77–80
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-5-2012

Здравоохранение-2020
Политика охраны здоровья в «Стратегии-2020». Часть 1 6–16
Финансовый менеджмент
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Занимательная арифметика для организаторов здравоохранения 17–23
Дронова Я.И., Бухонова С.М. Методика расчета экономических показателей работы государственных лечебно-профилактических учреждений 24–31
Спиридонов А.В. Анализ мнения пациентов стационара о качестве услуг с использованием усовершенствованного метода SERVQUAL 32–37
Маркетинг в здравоохранении
Максимова А.Н. Франчайзинг медицинских центров в России: обзор рынка, проблемы и перспективы развития 38–42
Технологический менеджмент
Голубцов А.А. Программа ротации дезинфекционных средств в ЛПУ. Организационно-методические аспекты внедрения 43–52
Фокус проблемы
Авербах Л.Г. Ставка налога на прибыль для медицинских организаций — ноль процентов: не так все просто! 53–58
С места событий
Модернизация материально-технической базы ЛПУ: оборудование есть, кадров нет 59–65
Гражданские инициативы
В России должен появиться уполномоченный по правам пациентов 66
Интересный документ
Рейтинг медицинских организаций. *Новая методика оценки деятельности медицинских организаций* . . .67–69
Вопросы и ответы 70–73
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Порядок возмещения затрат на оказание экстренной медицинской помощи незастрахованным лицам 74–75
Инновации в медицине 76–78
Органайзер 79
Юбилей
Игорю Абрамовичу Гехту — 65 лет 80
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-6-2012

Здравоохранение-2020
Политика охраны здоровья в «Стратегии-2020». Часть 2 6–18
Экспертное мнение: «До 2020 года согласие общества на софинансирование здравоохранения получено не будет» 19–20
Менеджмент в здравоохранении
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Принципы оплаты скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования 21–26
Голубцов А.А. Совершенствование и перспективы развития лекарственного обеспечения противотуберкулезных учреждений в Российской Федерации 27–39
Медицинская статистика
Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Некоторые проблемы медицинской статистики в Российской Федерации .40–46
Зарубежный опыт
Лошаков Л.А., Хохлов А.Л., Мирошников А.Е., Кайгородова Т.В. Международный опыт подготовки приемлемых решений в здравоохранении 47–52
Экспертное мнение
Старченко А.А., Макарова И.Г., Яковлева С.Я., Гончарова Е.Ю., Комарец Ю.Н. Экспертиза медицинской помощи в свете нового законодательства об охране здоровья граждан 53–63
Технологический менеджмент
Возможно ли продвижение технологических инноваций в здравоохранении без личного контакта производителя с потребителем? 64–74
Вопросы и ответы 75–78
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Инновации в медицине 78
Органайзер 79–80
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-7-2012

Здравоохранение-2020
Политика охраны здоровья в «Стратегии-2020». Часть 3 6–18
Здравоохранение-2012 19
• *Приоритетные направления деятельности Минздрава*
• *Пилотные проекты по дистанционной подготовке врачей*
Менеджмент в здравоохранении
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Основные направления организации стационарной медицинской помощи лицам старших возрастов 20–24
Шевский В.И. Больше не всегда лучше: комментарии к проекту новых штатных нормативов 25–31
Зарубежный опыт
Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 1 32–40

Медицинская наука
Артамонова Г.В., Баженова Т.С., Карась Д.В., Барбараш Л.С. Современные принципы управления в научно-исследовательской медицинской организации . .41–47
Медицинское образование
Куракова Н.Г. Рейтинги медицинских университетов России и мира 48–55
Особое мнение
Старченко А.А. Плоды абсурда: медицинское свидетельство о смерти — грубое нарушение врачебной тайны! 56–58
Интересный документ
Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 марта 2012 г. № 12-1/10/2-2744 59
Обратная связь
Гнатюк А.П. Платные медицинские услуги: правовое регулирование и сложившийся менталитет . . .60–62
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Реализация прав граждан на выбор медицинской организации и врача при оказании им медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи 63–72
Вопросы и ответы 73–75
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Бюллетени ВОЗ
Тема номера: «Здоровье пожилых людей» 76–80
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-8-2012

Госпитальный менеджмент
Князюк Н.Ф., Кицул И.С., Сасина М.С., Гуршпон Т.В. Применение концепции KAIZEN в деятельности медицинской организации 6–14
Югай М.Т. Принципы корпоративного управления как основа госпитального менеджмента 15–18
Зарубежный опыт
Шейман И.М. Зарубежный опыт интеграционных процессов в здравоохранении. Часть 2 19–25
Особое мнение
Старченко А.А. Медицинские услуги, не отвечающие требованиям безопасности в акушерстве, или как мы бываем невнимательны к пациентам-врачам 26–43
С места событий
Дефекты ведения медицинской документации являются дефектам оказания медицинской помощи, безопасности в акушерстве 44–47
Здравоохранение-2012 48–51
Консультирует «МЗ»
Болотова Т.Ю. Переход к «эффективному контракту» как ведущая задача модернизации отраслевой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения 52–57
Вопросы и ответы 58–60
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Интересный документ
О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы. *Приказ Департамента здравоохранения Москвы №531 от 9 июня 2012 г. Часть 1* 61–75
Технологический менеджмент
Система цифровой обработки, архивирования и передачи изображений в ГУ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского 76–79
Органайзер 80
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-9-2012

Госпитальный менеджмент
Югай М.Т., Кадыров Ф.Н. Внедрение принципов корпоративного менеджмента в управление государственной больницей 6–9
Инфекционная безопасность в ЛПУ
Голубцов А.А. Система биобезопасности ЛПУ: современные взгляды и подходы 10–13
Разумова Д.В., Суборова Т.Н., Накатис Я.А. Современные технологии уборки и дезинфекции ЛПУ — реальность сегодняшнего дня 14–19
Захарова Н.И., Петрухина М.И., Малютина Л.В., Перцева В.А. Инфекционный контроль и здоровье-сберегающие технологии в лечении и выхаживании новорожденных детей 20–26
Холопов А.В., Горев В.В., Лукашова Е.И., Третьякова О.В., Аверин А.С. Внедрение современных технологий инфекционной безопасности как основа контролируемого эпидемиологического надзора на примере Томского областного перинатального центра 27–34
Зарубежный опыт
Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 1 35–47
Экспертные мнения
О «бесстыдно низком» уровне подготовки врачей в ВУЗах и обновлении учебных планов всех медицинских ВУЗов страны 48–50

Интересный документ
О мероприятиях по переходу медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы на систему оплаты труда, отличную от тарифной системы оплаты труда работников государственных учреждений города Москвы. *Приказ Департамента здравоохранения Москвы №531 от 9 июня 2012 г. Часть 2* 51–73
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Является ли отсутствие полиса обязательного медицинского страхования основанием для предоставления медицинской помощи за плату? (правовой анализ ситуаций) 74–77
Вопросы и ответы 78–80
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Обзор актуальных нормативных документов 81–96

Содержание МЗ-10-2012

Госпитальный менеджмент
Кицул И.С., Балханов Б.С., Бадмаева Н.К., Амагыров В.П., Очиров В.М., Бимбаев А.Б., Сымбелова Т.А., Михеев А.С., Борголов А.В. Применение технологий риск-менеджмента в системе оказания медицинской помощи 6–14
Волжанин П.В. Лечение застрахованного лица после тяжелого несчастного случая на производстве: взаимоотношения Фонда социального страхования и ЛПУ .15–18
Инфекционная безопасность в ЛПУ
Дорожкова И.Р., Фрейман Г.Е., Ивушкина Л.В., Дядюнова С.К., Кулько А.Б., Борисов С.Е. Организация биобезопасных условий работы в медицинском учреждении инфекционного профиля 19–26
Голубцов А.А. Критерии рационального выбора оборудования обеззараживания воздуха в системе стандартов оснащения «чистых помещений» ЛПУ 27–35
Здравоохранение-2012 36
Информационный менеджмент
Эфрос Л.А. Создание регистра больных ишемической болезнью сердца, подвергшихся коронарному шунтированию, — важнейшее направление совершенствования кардиологической помощи 37–46
Зарубежный опыт
Хальфин Р.А., Таджиев И.Я. Организация здравоохранения в США. Часть 2 47–57
Обратная связь
Кто считает себя больным в России: данные социального опроса 58–59
Экспертные мнения
Обязательное лекарственное страхование к 2014–2015 годам: оценка перспектив 60–61
Особое мнение
Старченко А.А. Законопроект «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» не защищает интересы ни пациента, ни учреждения здравоохранения 62–69
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Право государственных (муниципальных) учреждений выступать учредителями других юридических лиц 70–73
Вопросы и ответы 74–76
Проблема соответствия условий деятельности автономного учреждения своему статусу при отсутствии государственного (муниципального) задания. *На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров*
Технологический менеджмент
Печатная техника для медицинских учреждений: новые технологические решения 77–79
Полезная ссылка
Проекты приказов Минздрава России, выложенные на сайте ведомства 80
Интересный документ 81–93
Обзор актуальных нормативных документов 93–96

Содержание МЗ-11-2012

Менеджмент в здравоохранении
Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В. О некоторых вопросах, связанных с переходом на одноканальное финансирование 6–13
Госпитальный менеджмент
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Методические подходы к определению потребности в диагностических койках и стоимости медицинской помощи, оказываемой на них 14–17
Логовой Ю.Н. Некоторые вопросы организации работы подразделений лучевой диагностики ЛПУ .18–25
Экономика здравоохранения
Селезнева Е.В. Динамика участия различных групп населения России в оплате медицинской помощи . .26–35
Информатизация здравоохранения
Гусев А.В. Автоматизация учреждений здравоохранения РФ: текущий уровень, проблемы, тенденции . .36–45
Инфекционная безопасность
Пенжоян Г.А., Анищук И.В., Чемсо С.Ч., Тлеуз С.Х. Опыт внедрения профессиональных клининговых технологий в многопрофильной бюджетной городской больнице № 2 г. Краснодара 46–51
Социология здравоохранения
Орлова Е.В. Проблемы межкультурного общения врача и пациента 52–57

Общественная экспертиза
Старченко А.А. Общественная экспертиза проектов нормативных актов Минздрава России, затрагивающих права пациентов — потребителей медицинских услуг 58–59
Особое мнение
Старченко А.А. Очные экспертизы качества медицинской помощи: опасность и ответственность страховой медицинской организации 60–65
С места событий
Экономическая оценка технологий здравоохранения. *Резолюция круглого стола Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии* 66–67
Глоссарий
Фармакоэкономика 68–69
Консультирует «МЗ»
Кадыров Ф.Н. Проблема соответствия условий деятельности автономного учреждения своему статусу при отсутствии государственного (муниципального) задания 70–74
Вопросы и ответы 75–77
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Книжная полка
Легендарная клиника Мэйо 78–83
Обзор актуальных нормативных документов 84–96

Содержание МЗ-12-2012

Финансовый менеджмент
Юрикова И.Г., Кадыров Ф.Н. О некоторых проблемах перевода скорой медицинской помощи в систему обязательного медицинского страхования 6–14
Номинации
Учреждены традиционные номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации 2012 года 14
Менеджмент в здравоохранении
Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Политика охраны здоровья: о «Стратегии здравоохранения-2020» и не только .15–21
Буйлова Т.В. Разработка подходов к переходу государственных реабилитационных учреждений в автономные (на примере Нижегородского областного реабилитационного центра для инвалидов) 22–29
Зангерова Е.Ю., Гамова Е.Е. Централизация службы крови — основной аспект рационального использования ресурсов и донорского контингента . . .30–34
Медицинская наука
Артамонова Г.В., Галеев А.Р., Баженова Т.С. Альтернативный метод оценки актуальности медико-биологических научных исследований российских НИУ . .35–41
Здравоохранение и право
Романовский Г.Б. Право пациента на допуск к нему священнослужителя 42–46
Общественное мнение
Старченко А.А. Закон РФ № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ»: новые проблемы в сфере трансплантологии для врачей, пациентов — потенциальных доноров и их родственников 47–58
Особое мнение
Старченко А.А. Попытка незаконного возложения обязанностей на пациента при вызове бригады скорой помощи 59–60
Консультирует «МЗ»
Сорокина Ю.А. Условия оказания медицинской помощи отдельным категориям военнослужащих, сотрудникам МВД и другим контингентам 61–67
Вопросы и ответы 68–70
На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров
Инновации в медицине 71–73
Здравоохранение-2012 74–77
Обзор актуальных нормативных документов 78–90
Указатель статей за 2012 год 91–96

Продолжается подписка на ежемесячный научно-практический журнал «Менеджер здравоохранения» на 2013 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 — **510 руб.**
- на полугодие – **3060 руб.**
- **5520 руб. – годовая** *(стоимость 1 номера по годовой подписке — 460 руб.)*

НДС не облагается.
Доставка включена в стоимость подписки.

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

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

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

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2013 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

Список альтернативных агентств, принимающих подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»:

ООО «Урал-Пресс XXI»	http://www.ural-press.ru/, Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89
ООО «Артос-ГАЛ»	Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru
ООО «ПрессГид»	Т./ф. (812) 703-47-09, E-mail: podpiska@pressmart.cbx.ru

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.

В Н И М А Н И Е !!!

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

Менеджер
здравоохранения