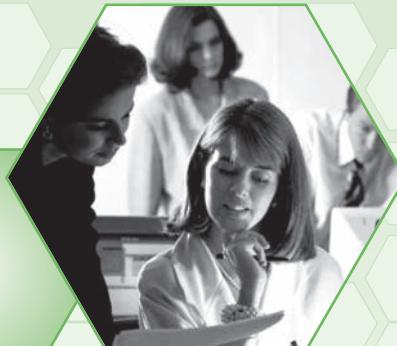


ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№ 8.2014



# Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



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



**Периодичность – 10 выпусков в год.**

**В почтовом отделении:**

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие  
**20102** на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

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

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

**Адрес редакции:** 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11.

Тел./факс: (495) 618-07-92, E-mail: idmz@mednet.ru, kolin@mednet.ru, <http://www.idmz.ru>

**Оплату подписки следует произвести по реквизитам:**

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения» Сретенское отделение  
Московского банка ОАО «Сбербанк России», г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва р/с: 40702810638050105256  
к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225 Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

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

**Уважаемые читатели!**

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

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

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

**ВНИМАНИЕ !!!**

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно ответят на все поступающие в редакцию журнала вопросы.

Вопросы принимаются по факсу (495) 618-07-92 и электронной почте [idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru).



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ  
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Основные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации в 2012–2013 годах
- Перспективная модель организации медицинской помощи на территории Российской Федерации
- Аспекты развития государственно-частного партнерства в негосударственном учреждении здравоохранения
- Проблемы оказания платных медицинских услуг на оборудовании, приобретенном за счет бюджетных средств или средств обязательного медицинского страхования
- Методологические основы проектирования и организации деятельности реабилитационного учреждения
- Правовые основы оказания медицинской помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих



№ 8  
2014

## В номере:

### МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Обращение медицинских изделий: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 2**  
Д.В. Пивень, И.С. Кицул 6-11

**Некоторые результаты опроса медицинских работников в интересах саморегулирования профессиональной деятельности по совершенствованию здравоохранения**  
Н.В. Суслонова, Д.С. Марков, А.Н. Гуров 12-17

**Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований**  
В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова, В.В. Люцко,  
М.Н. Бантьева, О.В. Армашевская 18-22

**Отношение врачей, прибывших на работу после интернатуры и ординатуры, к профессиональной деятельности**  
Г.А. Шебаев 23-28

### МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА

**Внедомственная система оценки научных медицинских организаций в парадигме двадцатилетней давности**  
Н.Г. Куракова, С.К. Колин, Е.А. Оливер 29-36

### С МЕСТА СОБЫТИЙ

**Оценка эффективности деятельности научных организаций: перспективы развития. Экспертная сессия ФАНО** 37-41

### ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

**Позиция Минздрава России в вопросах развития государственно-частного партнерства** 42-48

#### Главный редактор:

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

#### Шеф-редактор:

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

#### Заместитель главного редактора:

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

#### Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,  
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

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

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

**Главный редактор:**  
академик РАН,  
профессор В.И.Стародубов  
idmz@mednet.ru

**Зам. главного редактора:**  
д.э.н. Ф.Н.Кадыров  
kadyrov@mednet.ru

**Шеф-редактор:**  
д.б.н. Н.Г.Куракова  
kurakov.s@relcom.ru

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

**Автор дизайн-макета:**  
А.Д.Пугаченко

**Компьютерная верстка и дизайн:**

ООО «Допечатные технологии»  
**Литературный редактор:**  
Л.И.Чекушкина

**Подписные индексы:**

Каталог агентства «Роспечать»  
Годовая — 20102  
Полугодовая — 82614

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

Дата выхода в свет 01 августа 2014 г.  
Общий тираж 2000 экз. Цена свободная.

© ООО Издательский дом  
«Менеджер здравоохранения»

## ОСОБОЕ МНЕНИЕ

### Врачебная ошибка — проблема не только врача

Г.И. Галанова

49-52

### О проекте Приказа Минздравсоцразвития России «Об утверждении специализированной медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии, получающим лечение гемодиализом»

А.А. Старченко

53-55

## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ

### Актуальные проблемы профилактики инвалидности и оценки степени трудоспособности при ишемической болезни сердца

## КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

### Анализ возможных последствий введения соплатежей неработающего населения в систему обязательного медицинского страхования

Ф.Н. Кадыров

56-60

## ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

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

67-69

## ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

### ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

70-73

74-80



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

Ваши статьи достойны  
цитирования в российском  
профессиональном  
сообществе...

## Contents:

### MANAGEMENT IN HEALTH CARE

**Circulation of medical products: numerous regulatory problems or in, other words, «what does the chief doctor has to do». Part 2**

D.V. Piven, I.S. Kitsul

6-11

**A number of results of a survey conducted among the medical employees on self-regulating professional activity in the aim of improving health care**

N.V. Suslonova, D.S. Markov, A.N. Gurov

12-17

**Work hours expenses of doctors on an out-patient basis according to photochronometric researches**

V.I. Starodubov, I.M. Son, M.A. Ivanova, V.V. Liutsko,  
O.V. Armashhevskaya, T.A. Sokolovskaya, M.N. Bantyeva

18-22

**Work ethics of physicians, entering the labor force after internship training and clinical studies**

G.A. Shebaev

23-28

### MEDICAL SCIENCE

**Independent validation system of scientific medical organizations in the paradigm of twenty years remoteness**

N.G. Kurakova, S.K. Kolin, E.A. Oliver

29-36

### FROM THE SCENE OF EVENTS

**Valuation of scientific organization's activities: development prospects: expert session FAHO**

37-41

### FOCUS OF THE PROBLEM

**Position of Ministry of Healthcare of Russian Federation in the questions of developing state-private partnership**

42-48

*Все публикации журнала  
будут индексироваться  
в международной  
библиометрической  
системе Scopus*

*Ваши статьи достойны  
цитирования в международном  
профессиональном  
сообществе...*

#### SPECIAL OPINION

##### **A physician's error — is not only physician's problem**

G.I. Galanova

49-52

**With the regard to the order project of Ministry of social development and health care of Russia «To provide specialized medical care to patients with chronic kidneys disease of 5<sup>th</sup> stage, receiving treatment through hemodialysis»**

A.A. Starchenko

53-55

#### HEALTHCARE IN FIGURES

**Up-to-date problems of disability prevention and evaluation of employability level of people diagnosed with ischemic heart disease**

56-60

#### MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**An analysis of possible consequences from introduction of co-payments from unemployed population into the system of mandatory medical insurance**

F.N. Kadirov

61-66

#### QUESTIONS AND ANSWERS

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

67-69

#### INNOVATIONS IN MEDICINE

#### REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS

70-73

74-80



**Д.В. Пивень,**

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

**И.С. Кицул,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, г. Иркутск, Россия, zdravirk@mail.ru

## ОБРАЩЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ: МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИЛИ ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ГЛАВНЫЙ ВРАЧ. ЧАСТЬ 2

УДК 614.2

Пивень Д.В., Кицул И.С. *Обращение медицинских изделий: многочисленные проблемы нормативного регулирования или что должен делать главный врач. Часть 2 (ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития России, г. Иркутск, Россия)*

**Аннотация.** В статье дана характеристика ряда вопросов в сфере обращения медицинских изделий: недостаточное законодательное регулирование, отсутствие системной работы по подготовке кадров, недостаточное обеспечение прав пациента и, как следствие, серьезные проблемы на уровне медицинской организации. Авторы предлагают конкретные решения как в части нормативного регулирования сферы обращения медицинских изделий, так и в части развернутого алгоритма работы на уровне медицинской организации в данной сфере, а именно, тех действий, которые должен инициировать главный врач.

**Ключевые слова:** медицинские изделия, сфера обращения медицинских изделий, качество и безопасность медицинской деятельности, медицинская организация.

Родолжая тему обращения медицинских изделий, подчеркнем ее неразрывную связь с обеспечением качества медицинской помощи. Вопросы качества медицинской помощи всегда были, есть и будут в центре внимания многих авторов. Сегодня можно выделить три основных блока, в контексте которых наиболее часто и при этом совершенно обоснованно звучит тема качества медицинской помощи. Это и вопросы управления качеством [1, 5, 7], и проблемы его контроля и экспертизы [2, 3, 4, 6, 9], и, конечно, тема обеспечения и управления ресурсами отрасли [8, 10].

Очевидно, что деятельность медицинской организации в сфере обращения медицинских изделий выходит далеко за рамки вопросов управления соответствующими ресурсами, так как распространяется и на управление качеством медицинской помощи вообще и на его контроль.

В этой связи во второй части настоящей статьи мы рассмотрим те действия, которые должны быть реализованы в каждой медицинской организации независимо от ее организационно-правовой формы и осуществляемых видов медицинской деятельности, в сфере обращения медицинских изделий. Напомним, что в первой части данной публикации нами был предложен

© Д.В. Пивень, И.С. Кицул, 2014 г.



перечень внутренних документов (локальных нормативных актов), которые должны быть разработаны и утверждены непосредственно в медицинской организации с целью определения четких и последовательных шагов по организации работы в сфере обращения медицинских изделий. Данный перечень должен включать как минимум следующие документы.

**1.** Положение об организации работы в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

**2.** Положение об ответственном лице за организацию работы в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

**3.** Правила обращения медицинских изделий в медицинской организации.

**4.** Порядок организации работы по выполнению метрологических требований, норм и правил в медицинской организации.

**5.** Порядок обеспечения безопасного обращения медицинских изделий в медицинской организации.

**6.** Положение об обеспечении прав граждан в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

**7.** Порядок внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации.

**8.** Дополнения в должностную инструкцию руководителя структурного подразделения медицинской организации по вопросам организации работы в сфере обращения медицинских изделий.

**9.** Дополнения в должностную инструкцию врача по вопросам работы в сфере обращения медицинских изделий.

Возможно, что у некоторых читателей появится вопрос: «А зачем такое большое количество локальных нормативных актов в сфере обращения медицинских изделий? Неужели нельзя включить все в один или два документа?».

Отвечаю: «Можно, конечно, разработать и всего один локальный нормативный акт,

регламентирующий обращение медицинских изделий в медицинской организации и включающий в себя все сложные вопросы в данной сфере. Но в этом случае получится огромный и абсолютно нерабочий документ, который на практике не только невозможно будет использовать в самой медицинской организации для решения внутренних задач, но и вряд ли удовлетворит внешних проверяющих при проверке обращения медицинских изделий в медицинской организации».

Для иллюстрации возможных решений на уровне медицинской организации мы остановимся только на некоторых из указанных выше документов и кратко обозначим отдельные положения, которые они должны содержать.

Базовым документом для организации работы в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации должно быть положение с соответствующим названием *Положение об организации работы в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации*.

Одним из основных разделов данного Положения должен быть раздел, определяющий направления работы медицинской организации в сфере обращения медицинских изделий. К указанным направлениям необходимо отнести следующие:

- определение уполномоченного органа медицинской организации, ответственного за организацию работы и проведение соответствующего внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий;

- назначение ответственных лиц и определение их полномочий в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации в целом и в ее структурных подразделениях;

- подготовка, издание и регламентация локальными нормативными актами деятельности в сфере обращения медицинских изделий;

- проведение процедуры приобретения медицинских изделий для нужд медицинской организации;





— организация работы по изготовлению (при наличии такой деятельности), хранению, транспортировке, реализации (при наличии такой деятельности), монтажу, наладке, применению, эксплуатации, в том числе техническому обслуживанию, предусмотренному нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя, а также ремонту, утилизации или уничтожению медицинских изделий;

— соблюдение требований порядков оказания медицинской помощи, а также и стандартов медицинской помощи при приобретении, применении или эксплуатации медицинских изделий;

— организация и проведение внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации;

— организация кадровой работы в сфере обращения медицинских изделий;

— выполнение (соблюдение) метрологических требований, норм и правил в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации;

— соблюдение установленных правил в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации;

— организация безопасного обращения медицинских изделий в медицинской организации, включая участие в проведении мониторинга безопасности медицинских изделий;

— соблюдение прав граждан в сфере обращения медицинских изделий.

Обязательным локальным нормативным актом в сфере обращения медицинских изделий в каждой медицинской организации должен быть *Порядок внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации*.

Данный Порядок, помимо подробного описания процедуры внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации, должен содер-

жать и развернутые задачи данного контроля. Уверены, что только знание и понимание задач внутреннего контроля могут сделать этот самый контроль по-настоящему действенным. В этой связи предлагаем отразить в рассматриваемом Порядке следующие задачи:

— оценка соблюдения требований законодательства и иных действующих нормативно-правовых актов в сфере обращения медицинских изделий;

— оценка соблюдения требований соответствующих локальных нормативных актов медицинской организации при осуществлении деятельности в сфере обращения медицинских изделий;

— оценка своевременности, целесообразности, обоснованности приобретения медицинских изделий;

— контроль соблюдения установленных (принятых) в медицинской организации процедур при приобретении медицинских изделий;

— анализ выполнения заключенных договоров на техническое обслуживание медицинских изделий;

— оценка соблюдения установленных требований к изготовлению и реализации медицинских изделий в случае, если указанное изготовление и реализация осуществляются данной медицинской организацией;

— контроль соблюдения требований по проведению мониторинга безопасности медицинских изделий;

— оценка соблюдения прав граждан в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации;

— контроль соответствия медицинских изделий стандартам оснащения медицинской организации, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.

Обращаем внимание читателя, что представленный выше перечень задач внутреннего контроля качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий, безусловно, не является исчерпывающим и может быть дополнен и расширен в каждой медицинской организации.



Одним из сложных направлений работы каждой медицинской организации в сфере обращения медицинских изделий является выполнение метрологических требований. Необходимо учесть, что выполнение указанных требований во многом регулируется Законом Российской Федерации от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений». С учетом этого целесообразно, чтобы в каждой медицинской организации деятельность по соблюдению метрологических требований также была регламентирована соответствующим локальным нормативным актом. Предлагаем его название — *Порядок организации работы по выполнению метрологических требований, норм и правил в медицинской организации*.

В указанном Порядке, помимо того, кто и с какими полномочиями будет заниматься организацией работы по выполнению метрологических требований, в том числе необходимо отразить основные функции метрологической службы медицинской организации, а именно:

- обеспечение единства и требуемой точности измерений, повышение уровня метрологического обеспечения;
- организация и проведение инвентаризации средств измерений в медицинской организации;
- организация калибровки и ремонта средств измерений, находящихся в эксплуатации;
- составление, согласование годовых графиков поверки средств измерений и контроль за выполнением указанных графиков;
- своевременное представление средств измерений на поверку;
- осуществление метрологического надзора (контроля) за состоянием и применением средств измерений аттестованными методиками выполнения измерений, соблюдением метрологических правил и норм, нормативных документов по обеспечению единства измерений;
- составление заявок на приобретение средств измерений и организация их приобретения.

Важнейшим документом, определяющим в медицинской организации требования к деятельности в сфере обращения медицинских изделий, должны быть *Правила обращения медицинских изделий в медицинской организации*. Целесообразно, чтобы данный локальный нормативный акт по своей структуре соответствовал Правилам в сфере обращения медицинских изделий, утвержденным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения. Но содержание данного внутреннего документа необходимо адаптировать именно к конкретной медицинской организации с учетом особенностей и специфики ее деятельности.

И еще одно направление работы, на котором мы акцентируем внимание читателя и которое также необходимо четко регламентировать на уровне медицинской организации. Таковым является обеспечение прав пациента в сфере обращения медицинских изделий. Об актуальности данного вопроса мы уже говорили в первой части настоящей статьи, теперь же остановимся на конкретных шагах, которые необходимо предпринять в медицинской организации, а именно, на разработке соответствующего локального нормативного акта.

Как мы уже отмечали, Основы о медицинских изделиях содержат минимальную информацию. К сожалению, подобный минимализм в полной мере распространяется и на права пациента в сфере обращения медицинских изделий. В этой связи локальный нормативный акт по вопросам обеспечения прав пациента в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации становится еще более необходимым. В каждой медицинской организации должно быть разработано и утверждено *Положение об обеспечении прав граждан в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации*. Очевидно, что, помимо Основ, при разработке данного документа необходимо опираться на требования Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».





Полагаем, что указанное выше Положение, кроме прав пациента, обозначенных в Основах, должно отмечать, что гражданин в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации также имеет право:

— на получение полной и достоверной информации о медицинских изделиях, которые могут быть использованы для оказания ему медицинской помощи, независимо от их наличия или отсутствия в данной медицинской организации;

— отказаться от использования того или иного медицинского изделия для оказания ему медицинской помощи;

— предложить для оказания ему медицинской помощи приобретенное за счет собственных средств медицинское изделие, разрешенное к применению и эксплуатации на территории Российской Федерации в установленном порядке.

Очень важно в рассматриваемом Положении указать обязанности медицинской организации в случае, если использование (применение, эксплуатация) медицинского изделия будет продолжено гражданином вне данной медицинской организации. С этой целью в Положении необходимо зафиксировать, что в этом случае лечащим врачом в обязательном порядке должно соблюдаться следующее:

— гражданину передается документация, необходимая для безопасного применения и эксплуатации медицинского изделия, поддержания его в исправном и работоспособном состоянии, а при необходимости также документация, необходимая для осуществления технического обслуживания медицинского изделия;

— гражданину передается документация, содержащая сведения о сроке службы и гарантийном сроке;

— при необходимости гражданину передается документация о том, как обеспечивается поставка специализированных комплектующих изделий и запасных частей на

протяжении срока эксплуатации медицинского изделия;

— при необходимости осуществляется обучение гражданина использованию (применению, эксплуатации) медицинского изделия;

— гражданину сообщаются сведения об уполномоченной изготовителем (продавцом) организации или уполномоченном изготовителем (продавцом) индивидуальном предпринимателе;

— гражданину сообщаются сведения о порядке его действий в случаях выявления побочных действий, не указанных в инструкции по применению или руководстве по эксплуатации медицинского изделия, нежелательных реакций при его применении, особенностей взаимодействия медицинских изделий между собой, фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан и медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;

— также гражданину могут быть сообщены и иные сведения, в том числе, учитывающие специфику и особенности деятельности медицинской организации в сфере обращения медицинских изделий.

Конечно, *Положение об обеспечении прав граждан в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации* должно содержать и иные развернутые разделы, касающиеся данной работы. Мы же продемонстрировали только небольшие фрагменты данного документа.

Таким образом, на основании изложенного выше можно сделать следующий вывод.

Реальное обеспечение качества, безопасности и эффективности в сфере обращения медицинских изделий в медицинской организации возможно только в том случае, если локальными нормативными актами самой медицинской организации будет четко прописана соответствующая «дорожная карта», примерную структуру и отдельные положения которой мы представили в настоящей статье.



## Литература

- 1.** Иванова В.А., Орлова О.А. Улучшение качества медицинской помощи — стратегическое направление реформы здравоохранения//ГлавВрач. — 2011. — № 1. — С. 42–48.
- 2.** Линденбратен А.Л., Ковалева В.В. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы//Здравоохранение. — 2011. — № 6. — С. 50–55.
- 3.** Кузьминов О.М., Сотникова Е.В., Локинская И.В. Модель организации и обработки клинической информации для экспертизы качества лечебно-диагностического процесса//Врач и информационные технологии. — 2014. — № 2. — С. 57–66.
- 4.** Мурашко М. Результаты государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности в 2013 году//Доклад на VI Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество-2013».
- 5.** Одинцов В.Е., Стерликов С.А., Пономарев С.Б., Сон И.М., Гажева А.В. Методология формирования интегрального показателя качества оказания специализированной помощи//Врач и информационные технологии. — 2013. — № 4. — С. 11–16.
- 6.** Палеев Ф.Н., Гуров А.Н., Огнева Е.Ю. Управление внутренним контролем качества медицинской помощи на основе созданной в МОНИКИ информационной системы мониторинга открытости работы и в соответствии с международными принципами менеджмента качества ИСО//Врач и информационные технологии. — 2014. — № 2. — С. 51–56.
- 7.** Павлов В.В., Суслин С.А., Галкин Р.А., Шешунова С.В. Моделирование конечных результатов в системе управления качеством медицинской помощи//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 10. — С. 18–22.
- 8.** Столбов А.П., Кузнецов П.П., Мадьянова В.В. Расчет затрат на выполнение медицинской услуги на основе ресурсной модели//Врач и информационные технологии. — 2013. — № 1. — С. 6–17.
- 9.** Старченко А.А. Новый порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности против сложившейся ведомственной экспертной практики//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 9. — С. 42–58.
- 10.** Стерликов С.А., Пачин М.В., Анучин П.М. Оценка потребности модернизации основных фондов учреждений здравоохранения субъекта Федерации (на примере Орловской области)//Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 5. — С. 18–25.



UDC 614.2

Piven D.V., Kitsul I.S. Circulation of medical products: numerous problems regulatory or what chief doctor have to do. Part 2 (Saint Petersburg; Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkutsk, Russia)

**Abstract.** In the article the characteristic of a number of issues in the sphere of medical products circulation: insufficient legislative regulation, absence of the system of training, lack of secure rights of a patient and, as a consequence, serious problems at the level of the medical organization. The authors offer concrete solutions as part of the normative regulation of the sphere of medical products circulation, and of the expanded operation algorithm at the level of medical organization in this area, namely those actions that must initiate the chief doctor.

**Keywords:** medical product, the sphere of circulation of medical products, quality and safety of medical practice, medical organization



**Н.В. Суслонова,**

д.м.н., министр здравоохранения Московской области, Министерство здравоохранения Московской области, г. Красногорск, Россия

**Д.С. Марков,**

д.м.н., первый заместитель министра здравоохранения Московской области, Министерство здравоохранения Московской области, г. Красногорск, Россия

**А.Н. Гуров,**

д.м.н., профессор, заместитель директора ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по научно-организационной работе, г. Москва, Россия, gurov1@monikiweb.ru

## **НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ИНТЕРЕСАХ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

УДК 614.255

Суслонова Н.В., Марков Д.С., Гуров А.Н. *Некоторые результаты опроса медицинских работников в интересах саморегулирования профессиональной деятельности по совершенствованию здравоохранения (Министерство здравоохранения Московской области, г. Красногорск, Россия; ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г. Москва, Россия)*

**Аннотация.** В одном из последних опросов медицинских работников Московской области приняло участие 15 323 чел., из них 9048 врачей и 6277 средних медицинских работников. Всем задавались вопросы, направленные на выявление приоритетных путей решения имеющихся проблем в здравоохранении. Полученные ответы являются основой для создания системы саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников по совершенствованию здравоохранения Подмосковья.

**Ключевые слова:** опрос, медицинские работники, система саморегулирования профессиональной деятельности, развитие здравоохранения.

**В** здравоохранении Московской области (МО) эффективно реализуются меры, направленные на претворение в жизнь региональных мероприятий в рамках реализации приоритетных национальных проектов, программы модернизации здравоохранения, Государственной программы Московской области «Здравоохранение Подмосковья» на 2014–2020 гг., утвержденной Постановлением Правительства МО от 23.08.2013 № 663/38, направленных на выполнение Указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О реализации государственной социальной политики», № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

В Подмосковье активно осуществлялась региональная программа модернизации здравоохранения, значительно увеличено бюджетное финансирование отрасли. Эти меры помогли значительно улучшить материально-техническую базу больниц и поликлиник, увеличить количество

© Н.В. Суслонова, Д.С. Марков, А.Н. Гуров, 2014 г.



обследованных и пролеченных жителей Подмосковья, поднять на новую высоту качество предоставляемых медицинских услуг. В последние годы в сочетании с мерами по демографическому развитию удалось обеспечить положительные тенденции таких стратегических показателей, как снижение общего коэффициента смертности на 7% и увеличение ожидаемой продолжительности жизни с 76 до 82 лет.

Особое внимание в управлении процессами в здравоохранении для достижения запланированных конечных результатов уделяется «усилению удовлетворенности потребителя» и мнению самих медицинских работников по обеспечению открытости и доступности информации о работе здравоохранения, наличию и доступности обратной связи с пациентами-потребителями услуг в медицинских организациях (МедО) Московской области и Министерстве здравоохранения МО. С этой целью создан новый Интернет-сайт Минздрава МО [www.mz.mosreg.ru](http://www.mz.mosreg.ru), а вся предусмотренная для «обратной связи» информация размещается на Интернет-сайтах [www.zdravmo.ru](http://www.zdravmo.ru) и [www.bus.gov.ru](http://www.bus.gov.ru) [1].

С целью изучения мнения медицинских работников по актуальным проблемам здравоохранения, которые могут оказаться на достижении намеченных целевых значений показателей здоровья населения и развития здравоохранения, регулярно проводятся опросы медицинских работников и пациентов медицинских организаций Московской области.

В одном из последних опросов медицинских работников, который был организован Министерством здравоохранения МО с участием сотрудников научно-организационного отдела МОНИКИ, приняло участие 15 323 чел., из них 9048 врачей и 6277 средних медицинских работников. Распределение врачей, принявших участие в опросе, по возрастному признаку было следующим: молодые специалисты до 30 лет составили 11,0% (980 чел.), врачи 30–39 лет — 27,6% (2503 чел.), 40–49 лет — 26,8% (2428 чел.), 50 лет

и старше — 34,6% (3135 чел.). Медицинские работники со средним образованием до 30 лет составили 19,2% (1205 чел.), 30–39 лет — 30,0% (1886 чел.), 40–49 лет — 25,1% (1574 чел.), 50 лет и старше — 25,7% (1612 чел.).

Задачами данного опроса было выявление приоритетных путей решения проблем в здравоохранении МО, связанных с дефицитом медицинских кадров и медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), и нерациональным использованием имеющихся ресурсов в первичном звене здравоохранения.

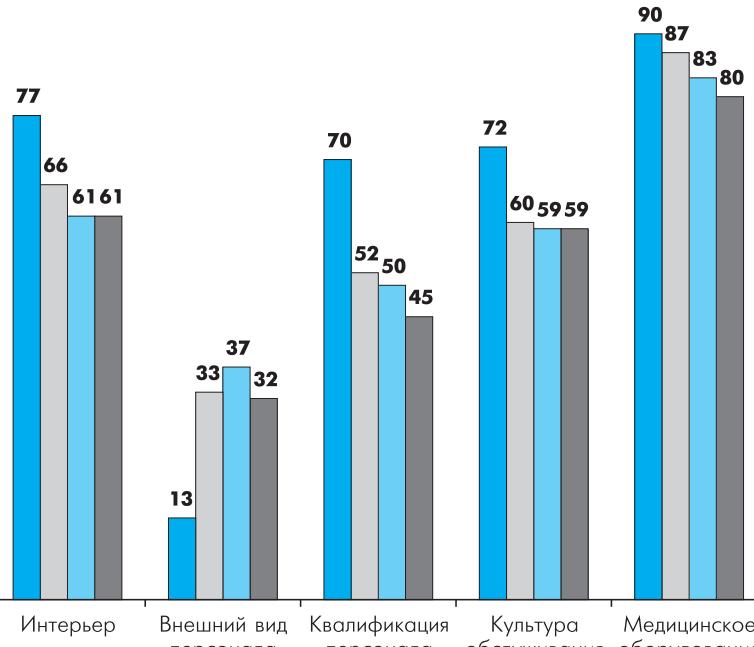
Всем опрашиваемым (отвечающим, респондентам) задавались одни и те же вопросы, среди которых на первом месте был вопрос: «Что необходимо изменить в работе медицинских организаций, чтобы улучшить работу?».

Первое место по частоте ответов на этот вопрос во всех возрастных группах занял ответ: «Улучшить оснащение медицинским оборудованием». Среди врачей до 30 лет положительно ответили 90 человек на каждые 100 опрошенных (далее — %), в возрастной группе 30–39 лет — 87%, 40–49 лет — 83%, 50 лет и старше — 80% (рис. 1).

На втором месте по частоте положительных ответов на вышеупомянутый вопрос были ответы, связанные с улучшением интерьера в МедО. При этом на положительную роль интерьера в МедО указали 77 из 100 опрошенных врачей молодого возраста, среди 30–39-летних — 66%, в других возрастных группах положительную роль интерьера в МедО отмечают 61% опрошенных врачей.

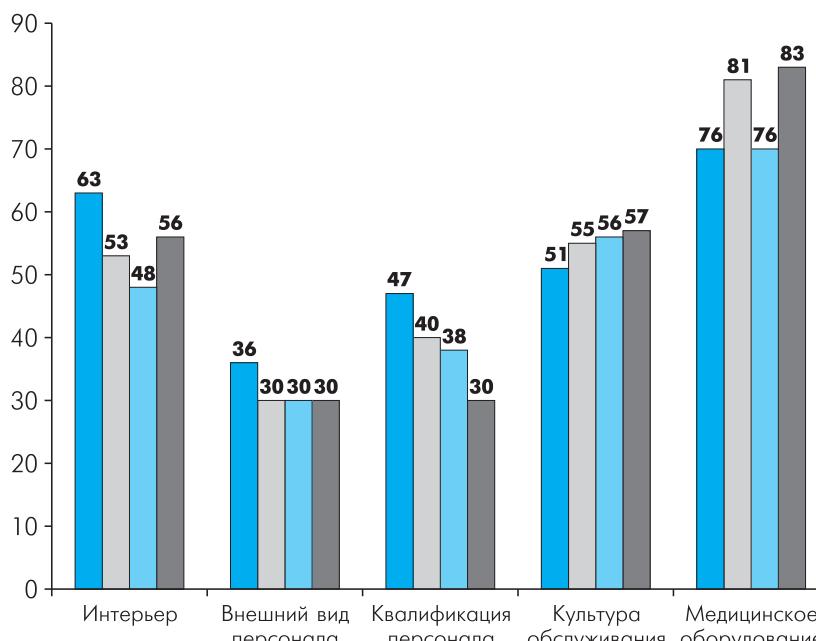
На третье место по значимости в улучшении работы МедО врачами всех возрастных групп поставлено улучшение культуры обслуживания. При этом 70% молодых врачей до 30 лет отмечают большую роль в работе МедО культуры обслуживания пациентов. Среди врачей 30–39 лет на значимость культурного общения с пациентами указывают 59%. В других возрастных группах положительно на данный вопрос ответили по 59% врачей.





до 30 лет  
30–39 лет  
40–49 лет  
50 лет и старше

**Рис. 1. Частота положительных ответов врачей на вопрос: «Что необходимо изменить в работе медицинских организаций МО, чтобы улучшить работу?» (в расчете на 100 опрошенных соответствующего возраста)**



до 30 лет  
30–39 лет  
40–49 лет  
50 лет и старше

**Рис. 2. Частота положительных ответов медицинского персонала со средним образованием на вопрос: «Что необходимо изменить в работе медицинских организаций, чтобы улучшить работу?» (в расчете на 100 опрошенных соответствующего возраста)**

На четвертом месте по значимости во всех возрастных группах врачей были ответы, связанные с квалификацией персонала. Самое высокое значение роли квалификации персонала как форме улучшения работы МедО отвели молодые врачи — 70%. Значи-

мость этого фактора несколько понижается с увеличением возраста респондентов: среди врачей 30–39 лет — 52%, 40–49 лет — 50%. По мнению врачей 50 лет и старше, только 45% считают, что квалификация персонала окажет влияние на улучшение работы МедО.



На пятом месте по значимости в ответах на вопрос: «Что необходимо изменить в работе медицинских организаций, чтобы улучшить работу МедО?» во всех возрастных группах врачей были ответы, связанные с внешним видом персонала. Молодые врачи на значение внешнего вида медицинского персонала для улучшения работы МедО дали только 13% положительных ответов. Мнения врачей других возрастных групп о роли внешнего вида в улучшении работы МедО изменились в небольшом диапазоне: от 37% в возрастной группе 41–49 лет до 32% среди врачей 50 лет и старше.

При анализе ответов медицинского персонала со средним образованием на вопрос «Что необходимо изменить в работе медицинских организаций, чтобы улучшить работу?», наибольшее число положительных ответов было связано с медицинским оборудованием, второе место отведено современному интерьеру, третье — культуре обслуживания, четвертое — квалификации персонала и последнее — внешнему виду персонала (рис. 2).

В ответах среднего медицинского персонала о роли медицинского оборудования в улучшении работы МедО разброс ответов по возрастным группам был небольшой и составлял у сотрудников до 30 лет — 76%, а в возрастной группе 50 лет и старше — 83%. Ответы опрошенных других возрастных групп были в выше обозначенном диапазоне.

Роль современного интерьера положительно оценили 63% из числа средних медицинских работников до 30 лет, а наименьшее число положительных ответов было в возрастной группе 41–49 лет — 48%.

Мнения медицинского персонала со средним образованием о значении культуры обслуживания для улучшения работы МедО среди всех возрастных групп распределились в диапазоне от 51% (положительные ответы молодых сотрудников) до 57% (в группе 50 лет и старше).

Квалификация персонала в улучшении работы МедО наиболее важна по мнению

молодых медицинских работников со средним образованием — 47%, в группе 30–39-летних положительный ответ дали 40% опрошенных, в возрастной группе 40–49 лет ее роль оценивают положительно 38%, в старшей возрастной группе (50 лет и старше) — 30%.

В своих ответах в отношении внешнего вида персонала и его возможном влиянии на работу МедО медицинский персонал со средним образованием в возрастных группах старше 30 лет был солидарен с врачами этих же возрастных групп, в то время как 36% средних медицинских работников в возрасте до 30 лет положительно оценивают роль внешнего вида.

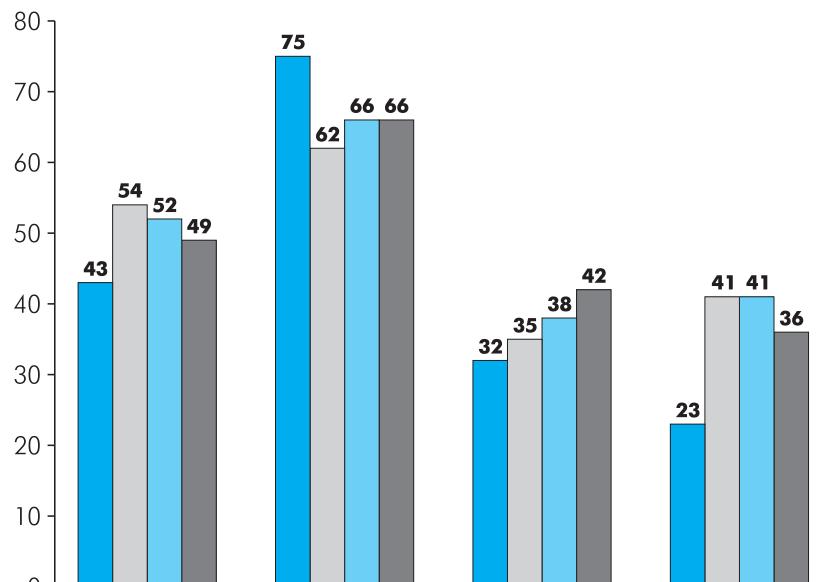
Наряду с вопросом о том, что необходимо изменить в работе медицинских организаций, чтобы улучшить работу, был задан вопрос: «Удовлетворены ли Вы своей работой?». Наибольшее число положительных ответов на 100 опрошенных (далее — %) получено от врачей возрастной группы 30–39 лет — 54%, 40–49 лет — 52%, 50 лет и старше — 49%. Наименьшую удовлетворенность своей работой высказывают молодые врачи — 43% (рис. 3).

Среди медицинских работников со средним образованием удовлетворены своей работой в возрастной группе до 30 лет — 57%, 30–39 лет — 56%, 40–49 лет — 52%. Наибольшую удовлетворенность своей работой отметили специалисты со средним образованием в возрасте 50 лет и старше — 66% (рис. 4).

На вопрос: «Будете ли Вы рекомендовать медицинские организации Московской области друзьям?» наибольшее число положительных ответов было у врачей в возрастной группе до 30 лет — 75%, в возрастных группах от 41 до 50 лет и старше 50 лет было по 66% положительных ответов. Среди медицинских сестер на данный вопрос молодые специалисты до 30 лет положительно ответили 56%, специалисты 30–40 лет и 41–50 лет — 60%, старше 50 лет положительный ответ дали 58% опрошенных.

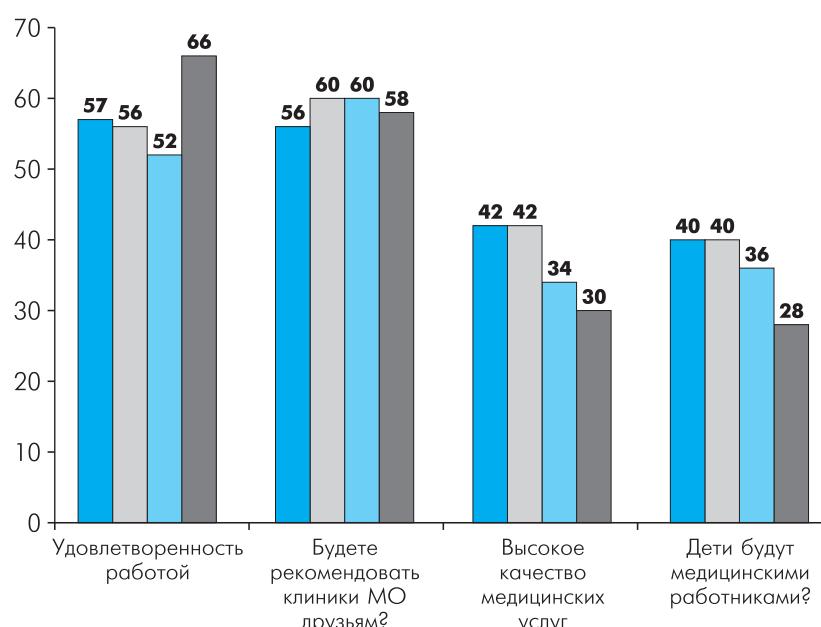
На вопрос: «Соответствует ли качество медицинской помощи в МедО Московской





■ до 30 лет  
■ 30–39 лет  
■ 40–49 лет  
■ 50 лет и старше

**Рис. 3. Частота положительных ответов врачей на вопросы, касающиеся удовлетворенности и качества работы медицинских организаций, в расчете на 100 опрошенных соответствующего возраста**



■ до 30 лет  
■ 30–39 лет  
■ 40–49 лет  
■ 50 лет и старше

**Рис. 4. Частота положительных ответов медицинского персонала со средним образованием, касающихся удовлетворенности и качества работы медицинских организаций, в расчете на 100 опрошенных соответствующего возраста**

области современным требованиям?» положительные ответы дали врачи в возрастной группе до 30 лет — 32%, 30–39 лет — 35%, 40–49 лет — 38%, 50 лет и старше — 42%. При ответе на этот же вопрос среди медицинских специалистов со средним образованием положительные ответы распределились

следующим образом: в возрастных группах до 30 лет и 31–39 лет — 42%, 40–49 лет — 34%, 50 лет и старше — 30%.

При ответе на вопрос: «Хотели бы Вы, чтобы ваши дети стали медицинскими работниками» среди врачей до 30 лет положительный ответ дали 23%, в возрастных группах



30–39 лет и 40–49 лет — по 41%, в старшей возрастной группе 50 лет и старше положительно относятся к такой перспективе 36%.

Среди медицинских специалистов со средним образованием при ответе на вопрос хотели бы они, чтобы их дети стали медицинскими работниками, менее всего желают этого лица 50 лет и старше — 28%. Опрошенные в возрастных группах до 30 лет и 30–39 лет дали по 40% положительных ответов, 40–49 лет — 36%.

Полученные в процессе опроса ответы подтверждают, что остающиеся в здравоохранении Московской области нерешенные проблемы можно решать за счет повышения роли молодых специалистов, занятых в системе здравоохранения, путем создания системы саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников.

Значительная неоднородность уровня внедрения современных медицинских технологий и стандартов в медицинские организации Московской области, обусловленная существенными различиями в их кадровом потенциале, материальной базе и наличии медицинского оборудования, подтверждается ответами на соответствующие вопросы.

Для решения важнейшей задачи повышения качества подготовки высококвалифицированных специалистов в системе здравоохранения Подмосковья необходимо внедрить систему непрерывного профессионального образования на основе современного учебно-методического сопровождения процесса обучения с использованием электронных, дистанционных, симуляционных технологий.

Необходимо обеспечить широкое внедрение информационных технологий как в области практического здравоохранения, так и в обеспечении образовательного процесса, а также с целью продолжения опроса врачей и медицинских специалистов со средним медицинским образованием по актуальным проблемам здоровья населения и организации здравоохранения.

Только комплексные подходы к решению проблем здравоохранения на основе изучения мнения о системе оказания медицинской помощи медицинских работников и пациентов в интересах саморегулирования профессиональной деятельности по совершенствованию здравоохранения позволят решать многие организационные и кадровые проблемы здравоохранения.

## Литература

1. Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения//Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 октября 2013 г. № 810.

*UDC 614.255*

*Suslonova N.V., Markov D.S., Gurov A.N. A number of results of a survey conducted among the medical employees on self-regulating professional activity in the aim of improving health care (Ministry of health care of Moscow region, Krasnogorsk, Russia, MHHM Moscow region MONIKI after Vladimirskiy M.F., Moscow, Russia)*

**Abstract.** There were 15 323 people, among whom, 9048 physicians, and 6277 middle level medical staff members from Moscow region, that took part in the survey. They were asked questions aiming revelation of priority solutions to existing problems in the health care system. Obtained answers represent a foundation for creating a self-regulation system for medical employee's activities for making improvement in the health care of Moscow region.

**Keywords:** polls, medicals employees, professional activity, self-regulatory system, health care development.



**В.И. Стародубов,  
И.М. Сон,  
М.А. Иванова,  
В.В. Люцко,  
О.В. Армашевская,  
Т.А. Соколовская,  
М.Н. Бантьева,**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

## **ЗАТРАТЫ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ПО ДАННЫМ ФОТОХРОНОМЕТРАЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

УДК 614.2

Стародубов В.И., Сон И.М., Иванова М.А., Люцко В.В., Армашевская О.В., Соколовская Т.А., Бантьева М.Н.  
*Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)*

**Аннотация.** В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» и в соответствии с Планом мероприятий по нормированию труда в здравоохранении Межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения в течение 2 рабочих недель проведено фотохронометражное наблюдение за работой двух специалистов: врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики, неврологов, оториноларингологов, офтальмологов и акушеров-гинекологов, в 17 pilotных территориях страны. Результаты исследования свидетельствуют о необходимости совершенствования нормативных документов по установлению норм нагрузки врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению, в сторону увеличения времени на посещение одного пациента.

**Ключевые слова:** фотохронометражное наблюдение, совершенствование нормативных документов, нормы времени.

### **Введение**

За последнее тридцатилетие многие документы, регламентирующие нормы времени и нормы нагрузки, не пересматривались, в то же время в работе врача произошли существенные изменения, такие как увеличение количества заполняемой документации, интеграция компьютерных технологий в деятельность специалистов, формирование новых подходов к оказанию медицинской помощи населению.

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» [1] и в соответствии с Планом мероприятий по нормированию труда в здравоохранении Межведомственной рабочей группы по организации нормирования труда, разработке профессиональных стандартов и уровней квалификации в сфере здравоохранения определены 17试点ных территорий для проведения фотохронометражного исследования как основного инструмента по оптимизации деятельности врача и нормирования труда с учетом современных требований.

© В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова, В.В. Люцко, М.Н. Бантьева, О.В. Армашевская, 2014 г.



**Научная новизна** настоящего исследования заключается в проведении фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей семи специальностей в 17 субъектах страны, имеющих различное материально-техническое обеспечение и кадровый потенциал.

По результатам исследования будет разработан проект нормативного документа по определению норм времени на посещение врача одним пациентом.

## Материалы и методы

С помощью специально разработанной методики исследования [2] и подготовленного инструментария для проведения фотохронометражных исследований рабочего процесса врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, произведена оценка затрат рабочего времени на отдельные элементы трудового процесса в течение двух недель среди 23 врачей общей практики, 29 врачей-терапевтов участковых, 26 врачей-педиатров участковых, 34 неврологов, 32 оториноларингологов, 34 офтальмологов и 33 акушеров-гинекологов, которая проводилась с учетом компьютеризации рабочего места специалиста.

## Обобщение результатов исследования

По данным фотохронометражных наблюдений, первичное посещение пациентами врача общей практики занимало от 13,9 до 50,6 мин., повторное посещение занимало от 10,7 до 34,5 мин. На основную деятельность врача общей практики (ВОП) в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,3 до 18,7 мин., без компьютеризации — от 6,7 до 16,6 мин. На работу с документацией в условиях компьютеризации учреждения ВОП затрачивал от 6,0 до 20,3 мин., без компьютеризации — от 3,9 до 12,2 мин.

По данным фотохронометражных наблюдений, первичное посещение пациентами врача-терапевта участкового занимало от

9,6 до 43,3 мин., повторное — от 8,7 до 23,3 мин. На основную деятельность врачом-терапевтом участковым в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,6 до 18,6 мин., без компьютеризации — от 3,7 до 7,4 мин. рабочего времени.

На работу с документацией в условиях компьютеризации учреждения врач-терапевт участковый затрачивал от 1,4 до 13,1 минут, без компьютеризации — от 5,7 до 13,8 минут рабочего времени.

Первичное посещение врача-педиатра участкового занимало от 10,2 до 28,3 мин., повторное посещение пациентов занимало от 7,6 до 20,2 мин. На основную деятельность в условиях компьютеризации медицинской организации врач-педиатр участковый при посещении одного пациента затрачивал от 7,6 до 14,6 мин., без компьютеризации — от 5,65 до 14,6 мин. рабочего времени.

На работу с документацией врач-педиатр участковый при наличии компьютеризации медицинской организации затрачивал от 3,6 до 13,2 мин., без компьютеризации — от 3,1 до 11,2 мин. рабочего времени.

Первичное посещение врача-невролога занимало от 18 до 79,4 мин., повторное посещение — от 11,2 до 60,6 мин. На основную деятельность врача-невролога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,7 до 18,8 мин., без компьютеризации — от 3,9 до 24,8 мин. рабочего времени.

На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач-невролог затрачивал от 4,5 до 19,5 мин., без компьютеризации — от 3,6 до 8,9 мин.

Первичное посещение врача-оториноларинголога занимало от 12,6 до 27,5 мин., повторное — от 10,5 до 26,9 мин. На основную деятельность врача-оториноларинголога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 6,8 до 15,2 мин., без





компьютеризации — от 5,6 до 20,2 мин. рабочего времени.

На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач-оториноларинголог затрачивал от 4,3 до 11,6 мин., без компьютеризации — от 2,0 до 7,2 мин.

Первичное посещение врача-офтальмолога занимало от 11,0 до 35,8 мин. Повторное посещение пациентов занимало от 7,7 до 30,1 мин.

На основную деятельность врача-офтальмолога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 5,2 до 20,6 мин. без компьютеризации — от 7,2 до 17,0 мин. На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач-офтальмолог затрачивал от 0,1 до 9,6 мин., без компьютеризации — от 0,9 до 6,5 мин.

Первичное посещение врача акушера-гинеколога занимало от 13,2 до 45,2 мин., повторное — от 12,1 до 40,6 мин. рабочего времени. На основную деятельность врача акушера-гинеколога в условиях компьютеризации медицинской организации при посещении одного пациента затрачивалось от 2,8 до 15,4 мин., без компьютеризации — от 5,5 до 13,4 мин. рабочего времени.

На работу с документацией при условии компьютеризации медицинской организации врач акушер-гинеколог затрачивал от 1,0 до 16,2 мин., без компьютеризации — от 6,2 до 13,3 мин.

## Выводы

Результаты фотохронометражных исследований свидетельствуют о необходимости пересмотра норм времени на посещение врача одним пациентом в сторону увеличения.

Анализ результатов исследования показал, что оснащенность рабочего места врача компьютером не всегда способствует снижению затрат как на работу с документа-

цией, так и на основную деятельность, связанную непосредственно с оказанием медицинской помощи пациенту.

## Предложения

В целях повышения качества оказания медицинской помощи населению необходимо совершенствование системы нормирования труда в здравоохранении. По результатам фотохронометражных исследований, проведенных в pilotных территориях страны, установлено, что не во всех медицинских организациях компьютеризирована работа врачей-специалистов. В ряде учреждений, где специалисты имеют техническую оснащенность, не владеют компьютером либо работу на компьютере дублируют на бумажных носителях, что увеличивает затраты рабочего времени на работу с документацией. В этой связи специалисту остается недостаточно времени для более внимательного осмотра пациентов, и снижается качество оказания медицинской помощи, что особенно касается специалистов с небольшим стажем работы по специальности. Врачи-специалисты также зачастую не имеют возможность на обеденное время, положенное по трудовому законодательству. В связи с вышеизложенным в целях совершенствования нормирования труда в здравоохранении считаем целесообразным:

1. Включить в учебную программу высших и средних медицинских образований основы программного обеспечения в медицинских организациях, работы с электронными историями болезни и другими медицинскими документациями.
2. Проводить обучающие курсы для специалистов на местах по работе с программным обеспечением.
3. Ввести в амбулаторно-поликлинических организациях электронные персонифицированные карты и талоны приема, паспортную часть которых должны заполнять медицинские регистраторы. Это может снизить временные затраты врача на заполнение медицинской документации.



**4.** Разработать и внедрить в практику медицинских организаций электронные рецептурные бланки для льготной категории пациентов, на которых автоматически будут заполняться данные о пациенте и название препаратов, за которыми пациент регулярно обращается к специалисту.

**5.** При амбулаторно-поликлинических организациях ввести должность помощника врача из числа медицинских сестер с высшим образованием либо фельдшеров для доврачебных консультаций на дому, что позволит увеличить время специалиста в амбулаторно-поликлинических условиях.

**6.** Вынести на экспертное обсуждение список манипуляций врачебного и сестринского персонала. Это позволит решить вопрос о возможности снижения нагрузки врача путем передачи некоторых его функций среднему медицинскому персоналу.

**7.** Повысить мотивацию специалистов в виде материального вознаграждения за выполнение условий нормирования труда и повышение качества жизни пациентов путем снижения первичных случаев заболеваний.

**8.** Пересмотреть существующую нормативную базу по специальностям с целью приведения ее к общему знаменателю, не допускающему двоякого трактования.

**9.** При разработке новых нормативов необходимо учитывать: населенный пункт (город или село), численность прикрепленного населения, административно-ресурсные возможности, местную инфраструктуру.

**10.** Кроме этого, наиболее пристальное внимание должно быть оказано расчету временных норм для участкового врача-педиатра, являющегося основным гарантом сохранения здоровья популяции с самых ранних этапов развития. При росте рождаемости, увеличении числа детей с низкой и очень низкой массой тела при рождении, росте генетического груза и мультифакториальных заболеваний, имеющих смазанную и маскообразную клиническую картину, раннее начало функциональных нарушений, углуб-

ленные и тщательные осмотры с возможностью проведения консилиумов являются в создавшихся условиях насущной потребностью.

**11.** Фактическое время, затраченное на прием одного пациента, превышает установленные нормы, следовательно, необходим пересмотр норм времени в сторону их увеличения с закреплением их в законодательных актах, носящих обязательный, а не рекомендательный характер.

**12.** Принимая во внимание большую долю времени, затрачиваемую врачами всех специальностей на неосновную деятельность (особенно работу с документацией даже при наличии автоматизированного рабочего места), необходимо рассмотреть возможность перекладывания части выполняемой работы на компетентного работника со средним медицинским образованием, а также учесть возможность подготовки работников без медицинского образования, способных взять на себя функции фиксации данных, полученных врачом при приеме больного на бумажный и электронный носители. Таким образом врач сможет подавляющую часть времени заниматься основной деятельностью, что даст ему возможность максимально использовать свои интеллектуальные возможности, клиническое мышление и полученный опыт. Подобный подход должен привести к повышению качества предоставляемых медицинских услуг, рентабельности применения возможностей врачей без отвлечения их на выполнение вспомогательных работ, а также экономичности использования наиболее «дорогостоящей» врачебной медицинской помощи.

**13.** Необходимо рассмотреть возможность внедрения в практику «доврачебного сестринского» приема, по итогам которого медицинская сестра/фельдшер могли бы принимать большую долю пациентов, а врач в свою очередь занимался бы пациентами, требующими его обязательного участия. При необходимости можно рассмотреть возможность работы врача с несколькими медицинскими сестрами.





**14.** При формировании норм времени необходимо анализировать и нагрузку врача, поскольку чем больше поток пациентов, тем интенсивнее, быстрее и менее внимательно вынужден работать врач. В тех же условиях, но с меньшей нагрузкой время, затраченное на обследование одного пациента, объективно было бы больше.

**15.** Результаты фотохронометражного исследования свидетельствуют, что врачи-педиатры участковые несут максимальную нагрузку в числе посещений по сравнению с другими врачами первичного звена, в силу чего вынуждены сокращать время приема одного пациента до минимальных величин за счет сокращения времени или полного невыполнения некоторых трудовых операций. Отсюда создается ложное впечатление того, что педиатру требуется меньше времени на прием ребенка, чем, например, терапевту на прием взрослого. Таким образом, исходя из полученных фактических данных и фиксируя в нормах заниженную норму времени на прием врачом-педиатром участковым, мы обрекаем его на дальнейшее невыполнение ряда необходимых процедур и манипуляций с целью экономии времени, что недопустимо с

учетом того, что здоровье, заложенное в детском возрасте, определяет перспективу развития организма в дальнейшем.

**16.** Результаты проведенного фотохронометражного наблюдения в течение 2 рабочих недель за работой специалистов: врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики, неврологов, оториноларингологов, офтальмологов и акушеров-гинекологов, в 17 pilotных территориях страны показали, что время посещения пациентами любого из вышеуказанных специалистов превышает существующее условно по каждому. В связи с этим необходима разработка единого приказа по нормам времени для каждой специальности, который учитывает данные проведенного хронометража.

**17.** Исследование показало, что компьютеризация в целом уменьшает количество времени на работу с документацией при посещении врача, но подготовка врача для работы с компьютером, видимо, имеет значение для снижения временных затрат. При внедрении компьютеризации в деятельность врача необходимо предусмотреть краткосрочное обучение врача и медицинской сестры компьютерной грамотности.

## Литература

- 1.** Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
- 2.** Шипова В.М. Нормирование труда в здравоохранении. Лекции. — М.: Типография РИО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2013. — 88 с.

**UDC 614.2**

*Starodubov V.I., Son I.M., Ivanova M.A., Liutsko V.V., Armashevskaya O.V., Sokolovskaya T.A., Bantyeva M.N.  
Working hours expenses of doctors on an out-patient basis according to photochronometric researches  
(Federal research institute for health organization and informatics of ministry of health of the Russian Federation,  
Moscow, Russia)*

**Abstract.** For the implementation of the Russian Federation President Decree of May 7, 2012 № 598 «About improvement of a state policy in the health care sphere» and according to the Plan of measures on work rationing in health care of the Interdepartmental working group on the organization of rationing of work, development of professional standards and skill levels in the health care sphere, within 2 working weeks phototime observation over work of two experts — therapists of district police officers, pediatricians of district police officers, general practitioners, neurologists, otorhinolaryngologists, ophthalmologists and obstetricians-gynecologists in 17 pilot territories of the country is made. Results of research testify the need of improvement of normative documents on setting standards for the doctors rendering the out-patient help to the population towards increase in time for visit of one patient.

**Keywords:** phototime supervision, improvement of normative documents, norms of time.



**Г.А. Шебаев,**

кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом ИПО,  
Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

## ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ, ПРИБЫВШИХ НА РАБОТУ ПОСЛЕ ИНТЕРНАТУРЫ И ОРДИНАТУРЫ, К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

УДК 614.2

Шебаев Г.А. Отношение врачей, прибывших на работу после интернатуры и ординатуры, к профессиональной деятельности (Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия)

**Аннотация.** Целью настоящей статьи является изучение отношения врачей, подготовленных в системе послевузовского образования, к выбранной профессии и организации профессиональной деятельности.

Для этого путем анкетирования было изучено мнение 457 человек, прибывших после окончания интернатуры и ординатуры на работу в Республику Башкортостан. Изучено распределение опрошенных врачей по полу и возрасту, семейному положению, месту проживания, стажу работы, наличию врачебной категории, среднемесячным размерам заработной платы, оценке материального положения и жилищных условий молодых специалистов, состояния здоровья врачей, морально-психологического климата в семье, условий и организации труда, характеру взаимоотношений с администрацией учреждения, материально-техническому оснащению рабочего места, информационному обеспечению рабочего процесса, возможности самообразования на рабочем месте, санитарно-бытовым условиям, распорядку работы, условиям отдыха и труда, обеспечению рабочего процесса компьютерной техникой, возможности реализации себя в профессии, перспектив профессионального развития и карьерного роста, отношению врачей к миграции и смене места работы и механизмов стимулирования труда.

**Ключевые слова:** кадровый кризис, здравоохранение, врачи, социализация, самообразование, профессиональная карьера.



**M**еждународное сообщество признает наличие кризиса кадров в здравоохранении и призывает страны инвестировать в решение данных проблем, поскольку именно состояние кадрового ресурса в первую очередь определяет возможности, доступность и качество оказания медицинской помощи населению. Миграционные процессы медицинских кадров за рубежом были изучены на примере стран Европы и СНГ

Проблемы, которые стоят перед системами здравоохранения различных стран, идентичны. Главная из них — это дефицит медицинских кадров. По данным ВОЗ, сегодня 57 стран испытывают критическую нехватку трудовых ресурсов в области здравоохранения [1, 2], неравномерное географическое

распределение медицинских кадров, неэффективное управление медицинскими кадрами, неудовлетворительные условия труда, отсутствие поддержки со стороны руководства, недостаточное социальное признание, отсутствие карьерного роста, невысокие заработные платы [3], отсутствие механизмов управления, которые позволили бы осуществлять эффективный найм медицинских кадров [4].

В 2011 г. на 64 Сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения было подчеркнуто, что подготовка кадров и их «закрепление» в практической системе здравоохранения (в особенности в сельских районах) зависят от многих факторов, в том числе от достаточной и устойчивой системы финансирования здравоохранения [5].

© Г.А. Шебаев, 2014 г.





Таблица 1

## Распределение опрошенных врачей по возрасту, %

Возрастные группы	Итого	
	Абсолютное число	%
21–22	3	0,7
23	27	5,9
24	160	35,0
25	67	14,7
26	79	17,3
27	42	9,2
28	15	3,3
29–30	21	4,6
31–32	20	4,4
33–34	21	4,6
35–36	2	0,4
Всего	457	100,0

В сентябре 2012 года на Мальте прошла 62 Сессия Европейского регионального комитета ВОЗ, в рамках которой состоялась отдельная секция, посвященная мерам по обеспечению кадровыми ресурсами. На этой сессии была представлена «дорожная» карта реализации Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения в Европейском регионе, а также набор инструментов для укрепления кадровых ресурсов здравоохранения [6, 7].

Целью настоящей статьи является изучение отношения врачей, подготовленных в системе послевузовского образования, к выбранной профессии и организации профессиональной деятельности. Для этого путем анкетирования было изучено мнение 457 человек, прибывших после окончания интернатуры и ординатуры на работу в Республику Башкортостан. Среди них 28,7% составили мужчины и 71,6% — женщины. Средний возраст врачей составил  $25,9 \pm 0,17$  года. Распределение по возрасту показало, что 35,0% из них были в возрасте 24 лет, 14,7% — в 25 лет, 17,3% — в 26 лет, 9,2 — в 27 лет, то есть молодежь в возрасте 24–27 лет составляет три четверти подготовленных в системе послевузовского образова-

ния (76,2%). На долю врачей в возрасте 29 лет и старше приходилось 14,0% (табл. 1).

Изучение семейного положения врачей позволило установить, что половина опрошенных (49,9%) состояли в браке, 2,2% — были разведены и 0,2% оказались вдовыми.

Место проживания и место работы врачей в большинстве случаев совпадали. Так, из числа опрошенных врачей почти две трети проживают (61,9%) и работают в городах (59,7%). Живущих в сельской местности оказалось 18,6%, работают в сельской местности — 16,6%.

Стаж работы у большинства из них составил менее одного года (58,2%). Каждый четвертый опрошенный имел стаж работы от одного года до 5 лет (27,1%) и практически каждый седьмой — от 6 до 10 лет (14,7%). Категорию (вторую) имели лишь 1,8% опрошенных врачей, а прошедших повышение квалификации — 3,1%.

Среднемесячная заработная плата у врачей со стажем работы до одного года составила  $12,0 \pm 2,2$  тыс. рублей (69,0%). У врачей со стажем работы от 1 до 5 лет —  $21,5 \pm 2,8$  тыс. рублей, а со стажем более 5 лет — 30–50 тыс. рублей. Свое материальное положение определили как удовлетворительное 56,7% врачей, как хорошее — 33,7%,



Таблица 2

### Оценка материального положения и жилищных условий молодых специалистов, %

Критерии оценки	Материальное положение	Жилищные условия
Очень плохо	—	2,2
Неудовлетворительное	7,0	7,9
Удовлетворительно	56,7	28,4
Хорошее	33,7	52,5
Очень хорошее	2,6	9,0
Всего	100,0	100,0

как очень хорошее — 2,6% и как неудовлетворительное — 7,0%.

Жилищные условия молодыми специалистами были оценены примерно так же, как и материальное положение. Большинство опрошенных врачей оценили свои жилищные условия хорошими (52,5%), 28,4% — удовлетворительными, 9,0% — очень хорошими и 7,9 и 2,2%, соответственно, как неудовлетворительные и очень плохие (табл. 2).

Состояние своего здоровья врачи оценили в основном как хорошее. Так, 30,4% ответили, что они здоровы, 31,9% — практически здоровы, 33,1% считают, что состояние их здоровья удовлетворительное и только 2,6% оценили свое здоровье как плохое.

Начинающие свою профессиональную деятельность врачи отметили, что морально-психологический климат в их семьях хороший (58,9%) и очень хороший (30,9%). Лишь 9,0% отметили, что он удовлетворительный и 1,5% — неудовлетворительный.

Успех профессиональной деятельности и результаты труда врачей во многом определяются условиями работы, оснащенностью учреждений аппаратурой и оборудованием, морально-психологическим климатом в коллективе.

Ответы врачей свидетельствуют, что 42,9% оценили условия и организацию труда как хорошие, 23,4% — как очень хорошие, 25,4% — как удовлетворительные. Однако 4,8% считают их очень плохими, а 3,5% — неудовлетворительными.

Взаимоотношение с администрацией учреждения подавляющее большинство (84,7%) опрошенных врачей считают хорошими (58,2%) и очень хорошими (26,5%). Только седьмая часть опрошенных оценила взаимоотношения с руководителями медицинских организаций как удовлетворительные (13,8%), что, видимо, обусловлено недовольством врачей в решении их жилищных вопросов (табл. 3).

Материально-техническое и информационное обеспечение рабочих мест врачей оценено опрошенными молодыми специалистами довольно высоко. Более двух третей (69,4%) считают информационное обеспечение хорошим (59,3%) и очень хорошим (10,1%) и только 4,8% — неудовлетворительным и очень плохим.

Анкетирование позволило выявить неудовлетворенность врачей условиями для самообразования на рабочем месте. Об этом свидетельствует тот факт, что 37,8% врачей сочли их неудовлетворительными, а 7,0% — очень плохими. Хорошими и очень хорошими считали возможности для самообразования на рабочем месте чуть более трети врачей (35,7%).

Комфортные условия труда являются одним из критериев профессионального благополучия. Созданные благоприятные морально-психологические условия взаимодействия в коллективе, условия для отдыха и питания врачей, соответствующие санитарно-гигиеническим условиям кабинеты и места работы во многом определяют качество





Таблица 3

**Критерии оценки профессиональной деятельности врачей, %**

Критерии оценки	Условия и организация труда	Взаимоотношения с администрацией учреждения	Материально-техническое оснащение рабочего места	Информационное обеспечение рабочего процесса	Возможности самообразования на рабочем месте
Очень плохие	4,8	—	0,9	1,3	7,0
Неудовлетворительные	3,5	1,5	6,8	3,5	37,8
Удовлетворительные	25,4	13,8	33,3	25,8	19,5
Хорошие	42,9	58,2	46,1	59,3	26,9
Очень хорошие	23,4	26,5	12,9	10,1	8,8
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 4

**Мнение врачей о комфортности условий работы, %**

Критерии оценки	Морально-психологический климат в коллективе	Условия				Распорядок работы	Социальные гарантии работы	Обеспечение рабочего процесса компьютерной техникой
		Отдыха	Передвижения на работе	Работы в помещении	Санитарно-бытовые			
Очень плохие	—	0,7	3,1	3,5	1,8	—	0,4	2,8
Неудовлетворительные	5,3	8,1	6,3	18,6	1,8	3,3	7,0	14,2
Удовлетворительные	12,7	27,6	26,7	25,6	30,0	21,4	34,8	35,2
Хорошие	49,2	41,7	41,6	39,6	48,5	43,4	40,5	38,0
Очень хорошие	32,8	21,9	22,3	12,7	17,9	31,9	17,3	9,8
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

работы врача, его здоровье и благополучие в семье. Нами анализированы некоторые аспекты комфортности работы молодых специалистов по их мнению.

Морально-психологический климат в коллективе признали хорошим 49,2% врачей, очень хорошим — 32,8%. Условия отдыха и организация питания врачей были признаны молодыми специалистами в 41,7% случаев хорошими и в 21,9% — очень хорошими. Однако третья часть опрошенных считают, что условия не созданы или оценивались как удовлетворительные.

Нас интересовало мнение врачей, насколько комфортны условия передвижения на работе, в частности, наличие лифта, боль-

шие ли расстояния между зданиями и есть ли теплый переход между зданиями, насколько медицинские организации оснащены средствами для передвижения больных.

В ответах было указано, что такие условия в подавляющем большинстве медицинских организаций (90,6%) созданы, и врачи их оценили как хорошие в 41,6%, как очень хорошие — в 22,3%, как удовлетворительные — 26,7% случаев. Однако около 10,0% врачей считают эти условия плохими и очень плохими.

Такие же оценки даны врачами условиям работы в кабинетах, на рабочих местах. В качестве критериев для оценки условий работы в анкеты были включены вопросы о температурном режиме, влажности, наличии



Таблица 5

### Распределение опрошенных врачей по отношению к работе и выбранной профессии

Критерии оценки	Реализую себя в профессии	Вижу перспективы профессионального развития	Вижу возможности карьерного роста	Работа мне интересна
Очень плохо	—	0,2	5,5	0,2
Неудовлетворительно	1,5	1,5	7,0	1,5
Удовлетворительно	15,5	20,8	24,5	7,4
Хорошо	49,5	45,3	45,5	32,2
Очень хорошо	33,5	32,2	17,5	58,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0

шума, проветриваемости кабинетов и освещенности рабочих мест.

Следует отметить, что санитарно-гигиенические условия работы в кабинетах оценили как хорошие 39,6% врачей, как очень хорошие — 12,7% и как удовлетворительные — 25,6%. В то же время пятая часть опрошенных считает их плохими и очень плохими.

Санитарно-бытовые условия работы оценены значительно выше, так как только 3,6% врачей отметили их плохими. Что касается режима работы, то врачи считают его приемлемым, и лишь 3,3% сочли его неудовлетворительным, а остальные — удовлетворительным (21,4%), хорошим (43,4%), очень хорошим (31,9%).

Среди критериев комфортности условий труда были включены вопросы, выясняющие мнение врачей о социальных гарантиях по месту работы: возможность лечения при заболеваниях в своей медицинской организации, наличие детских дошкольных учреждений, предоставление возможности получения санаторно-курортного лечения на льготных условиях. В ответах указано, что социальные гарантии врачи считали удовлетворительными в 34,8% и хорошими в 40,5% случаев. Не удовлетворены социальными гарантиями были 7,4% врачей. Половина опрошенных врачей считают, что рабочее место хорошо оснащено компьютерной техникой, однако 17,0% отрицательно высказались по поводу данного вопроса (табл. 4).

В достижении показателей обеспеченности населения врачами, укомплектованности ими медицинских организаций большое значение имеет отношение самих врачей к выбранной специальности.

91,0% опрошенных врачей считают свою работу интересной. Результаты опроса показали, что очень хорошо реализуют себя в специальности половина опрошенных врачей (49,5%), хорошо — треть (33,5%). Лишь 1,5% респондентов отметили, что реализуют себя в профессии неудовлетворительно (табл. 5).

Перспективу профессионального роста считают очень хорошей треть (32,2%) и хорошей еще 45,3% опрошенных врачей. Таким образом, врачи в перспективе надеются на повышение своего профессионального уровня. На возможность карьерного роста рассчитывают 63% врачей, вместе с тем каждый восьмой врач считает, что он таких перспектив не имеет.

Изучение отношения врачей к миграции позволило выяснить, что практически каждый третий за последние 5 лет менял место жительства (31,7%), каждый четвертый — место работы (25,4%). Мотивами смены места работы послужили поиск адекватной работы (18,0%), желание улучшить свое материальное положение (33,3%), личные обстоятельства (38,3%) и каждый десятый из-за желания начать новую жизнь (10,3%).

Из числа опрошенных врачей 16,4% думают о необходимости смены профессии, 30,0% — о смене места работы. Мотивиру-





ют врачи это прежде всего низкой заработной платой (37,6%), отсутствием перспектив профессионального роста (14,9%), плохими условиями труда (8,3%).

Причинами миграции кадров в здравоохранении большинство врачей назвали несоответствие заработной платы объему работы (83,4%) и условиям работы (45,9%), недостаточностью социальных льгот и преимуществ (29,7%), отсутствием заинтересованности учреждения в профессиональном росте сотрудников (19,7%), слабые карьерные перспективы (16,0%) и ненормированный рабочий день (11,6%). Часть респондентов причину миграции врачей объясняют неблагоприятными взаимоотношениями в коллективе (12,0%).

В процессе опроса мы хотели выяснить, какие меры необходимо предпринять для стимулирования работы врача. Одним из механизмов стимулирования труда врачи отметили повышение зарплаты (45,4%), увеличение сельских стимулирующих выплат и привязку их к зарплате (34,6%), довести размеры выплат по программе «Сельский доктор» до 5 млн. рублей за три года работы (38,0%).

К нефинансовым мероприятиям по поддержке молодых специалистов было указано на сокращение затрат времени на бумажную работу (85,4%), совершенствование информационных систем (54,0%), обеспечение служебным транспортом для доезда на работу (25,7%) и предоставление благоустроенного жилья (22,6%).

## Литература

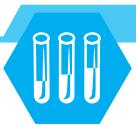
1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2006 года — Совместная работа на благо здоровья, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.
2. Доклад о состоянии кадров в Европе 2012 г. д-р Claudio Stein. Материалы Европейского регионального комитета, 62 сессия, Мальта 11–13 сентября 2013 г.
3. Стратегия развития кадров здравоохранения в европейском регионе, Европейский региональный комитет. Материалы 57 сессии, Белград, Сербия, 17–20 сентября 2007 г.
4. Action towards achieving a sustainable health workforce and strengthening health systems, Implementing the WHO Global Code of Practice in the European Region, World Health Organization 2012.
5. Укрепление кадровых ресурсов здравоохранения, пункт 13.4 повестки дня Шестьдесят четвертой сессии ВОЗ, 21 мая 2011 г.
6. Техническая дискуссия. Меры по обеспечению устойчивых кадровых ресурсов и укреплению систем здравоохранения. Дорожная карта: Реализация Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала в Европейском регионе, Европейский региональный комитет, 62 сессия, Мальта.
7. Кадровые ресурсы в здравоохранении: основные направления в работе ВОЗ со странами в Европейском регионе, проф. Г. Перфильева, материалы регионального совещания по кадрам здравоохранения Европейского регионального комитета ВОЗ «Национальный семинар» Кадровая политика в сфере вторичной медицинской помощи, Украина, Киев, 18 марта 2008 г.

UDC 614.2

Shebaev G.A. *Work ethics of physicians, entering the labor force after internship training and clinical studies* (Bashkirskiy State Medical University, Ufa, Russia)

**Abstract.** There has been a survey conducted on work ethics of physicians, prepared in the system of post-graduate education towards their chosen profession and organization of professional activity. There were validated opinions of physicians on such topics as fulfilling their professional goals, perspectives of career growth in regards to migration and change of work place.

**Keywords:** personnel's crisis, health care, physicians, socialization, self-education, professional career.



**Н.Г. Куракова,**

д.б.н., зав. отделением научно-технологического прогнозирования в области биомедицины

**С.К. Колин,**

научный сотрудник отделения научно-технологического прогнозирования в области биомедицины

**Е.А. Оливер,**

научный сотрудник отделения научно-технологического прогнозирования в области биомедицины

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Россия

## ВНЕВЕДОМСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ПАРАДИГМЕ ДВАДЦАТИЛЕТНЕЙ ДАВНОСТИ

УДК 614.2

Куракова Н.Г., Колин С.К., Оливер Е.А. *Вневедомственная система оценки научных медицинских организаций в парадигме двадцатилетней давности* [ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия]

**Аннотация.** В России создается вневедомственная система оценки научных организаций и их подразделений. В качестве ключевых индикаторов результативности используются показатели публикационной и патентной активности организаций. Рассмотрены современные закономерности развития мировой научно-технологической сферы, ставящие под сомнение информативность таких показателей продуктивности ученых и институтов.

**Ключевые слова:** научные организации, оценка результативности, критерии, публикационная активность, патентная активность, клиническая медицина, глобальная научно-технологическая сфера.

**К** февралю 2015 г. в России должна быть создана вневедомственная система оценки научных организаций и их подразделений, предусматривающая учет показателей научно-публикационной активности. Для этого в течение 2014 г. планируется внести изменения в методику оценки деятельности научных организаций в части детализации функций всех участников процесса (Минобрнауки России, Рособрнадзора, ФАНО, РАН, научных организаций), а также уточнить информационные механизмы межведомственного взаимодействия [1, 2].

Кроме того, планируется определить инструментарий для применения результатов оценки эффективности деятельности научных организаций при их финансировании, утверждении госзаданий и формировании научных планов. Наконец, в самом ближайшем будущем будет разработана типовая форма программ развития научных организаций.

В целях реализации Постановления Правительства РФ от 26 декабря 2013 г. № 1282 [3] Департамент инновационного развития и научного проектирования Минздрава России в конце июня 2014 г. направил для заполнения и утверждения дополнительную форму плана мероприятий

© Н.Г. Куракова, С.К. Колин, Е.А. Оливер, 2014 г.



по повышению эффективности федеральных государственных учреждений науки, подведомственных Минздраву России («программы развития») в части развития научной деятельности учреждения. Форма 6 «Дополнительные параметры научной деятельности учреждения» предполагала в том числе расчет следующих показателей: «число публикаций организации, индексируемых в Web of Science и Scopus в расчете на 100 публикаций сотрудников организации в 2014, 2015, 2016, 2017 и 2018 годах» и «число цитат публикаций сотрудников организации, индексируемых в Web of Science и Scopus в расчете на 100 исследователей в 2014, 2015, 2016, 2017 и 2018 годах». Примечательно, что не было дано никаких разъяснений, за какой период рассчитывать количество цитат, полученных, например, по факту на 2013 год: если речь идет о цитатах, полученных на статьи, проиндексированные в том же 2013 году, то это неоправданно малый интервал времени для оценки этого наукометрического показателя. Если же имелся в виду интегральный результат по состоянию на 2013 год, то следовало бы указать временной интервал для его точного расчета, например, «количество полученных цитат на статьи организации, проиндексированные в международном индексе за 2008–2013 гг.». Поскольку алгоритм расчета показателя указан не был, каждая организация использовала, вероятнее всего, свой метод, поэтому переданные в министерство оценки будет сложно проверить и сопоставить.

В форме 6 содержался также показатель «количество созданных результатов интеллектуальной деятельности в расчете на 100 исследователей».

Целью настоящей статьи было оценить информативность таких показателей эффективности научной деятельности, как публикационная и патентная активность, с точки зрения современных тенденций развития мировой научно-технологической сферы.

В начале апреля 2014 г. специалисты компании «Thomson Reuters» рассчитали объем

публикационного потока, проиндексированного в аналитико-библиографической базе данных «Web of Science» в 2013 г. (табл. 1). Из данных таблицы 1 следует, что количество публикаций всего по одной предметной области — нейронауки и поведенческие науки — превысило 50 000 статей в год! Из этого следуют по меньшей мере три предположения.

1. Если ученый или эксперт по нейронаукам одну из 52 недель в году отдыхает и одну неделю болеет, то в течение оставшихся 50 недель ему следует прочитать 50 000 публикаций, то есть по 1 тыс. в неделю или по 200 публикаций в день. Второй международный индекс — Scopus — гордится тем обстоятельством, что обрабатывает на 97% больше, чем Web of Science, журналов по наукам о жизни. Не следует также забывать об огромном количестве статей по нейронаукам, размещенным в журналах открытого доступа. Наконец, массив патентных документов (патентов и заявок на патенты) по нейронаукам также исчисляется десятками тысяч единиц в год. Поэтому 200 публикаций в день, «просеянных» требовательной системой отбора журналов в «Web of Science», — это скорее минимум, с которым следует знакомиться специалисту по нейронаукам. Но именно представители этого профессионального сообщества, как ни какого другого, прекрасно понимают, что возможности мозга человека не позволяют обрабатывать такие объемы информации. А это означает, что, если даже статья ученого и проиндексирована в «Web of Science», она может остаться непрочитанной, а следовательно, и непроцитированной не потому, что ее содержание мало интересно, а потому, что профессиональное сообщество, на оценку которого она рассчитана, уже физиологически не может прочитать все, что создано за год глобальным сообществом специалистов.

То есть та точка сингулярности, под которой понимается гипотетический момент времени, когда технологическое развитие станет



Таблица 1

**Количество статей по клинической медицине и отдельным направлениям, соответствующим научным платформам Минздрава России, проиндексированным в WoS за 2008–2012 гг. (Источник: InCites, данные на 19.04.2014)**

Год	Количество публикаций в WoS									
	Предметная область		Дисциплина							
	Клиническая медицина	Нейронауки и поведенческие науки	Фармакология	Онкология	Иммунология	Кардиология	Эндокринология	Психиатрия	Нейронауки	Клиническая неврология
2009	215 061	42 202	31 709	28 533	21 241	16 714	15 000	15 327	33 567	23 448
2010	224 643	43 501	33 445	30 246	21 313	17 870	15 983	15 517	34 380	24 546
2011	234 578	45 490	33 192	31 325	2208	18 086	16 746	16 510	36 373	25 230
2012	250 400	47 419	36 876	35 681	22 985	19 080	17 404	16 964	38 078	25 378
2013	256 699	50 097	35 891	37 899	22 353	20 702	18 186	18 024	39 358	27 456

стремительным настолько, что его уже будет трудно осмыслить, в области нейронаук уже практически наступило.

**2.** Если эксперт не читает 200 публикаций в день и не читает 20 публикаций в день, а знакомится с 2 статьями по нейронаукам ежедневно в течение года (что само по себе является выдающимся и мало распространенным явлением в России), то это означает, что из года в год эксперт читает лишь 1% из написанных в мире статей по данному научному направлению. Но тогда есть все основания задаться вопросом, насколько можно доверяться технологическому видению такого эксперта? Тот факт, что направление «нейронаук» не нашло отражения в «Прогнозе научно-технологического развития РФ до 2030», утвержденного Правительством РФ 15 января 2014 г., является красноречивой иллюстрацией возможности серьезных просчетов при использовании только экспертных оценок на основе Форсайта.

На возражение, что эксперту-неврологу, например, не следует знакомиться со всем объемом публикаций по клинической неврологии (27 456 статей в WoS только за 2013 г.) и тем более со всеми публикациями по нейронаукам за тот же год (39 358 статей), если

он является узким специалистом по одному лишь направлению исследований в области неврологии, следует задаться закономерным вопросом о степени детализации специализаций «экспертного мнения» в России и в мире.

**3.** Если исследователь читает лишь 1% из написанного его коллегами в мире статей по предметной области, насколько обоснованными являются его утверждения об актуальности и новизне полученных результатов? Не будет ли более корректным предположение, что скорее всего эти исследования уже где-то и кем-то выполнялись и для решения поисковой задачи можно воспользоваться уже полученными на бюджеты других стран результатами, пусть даже промежуточными.

Как следует из таблицы 1, всего по клинической медицине только в WOS ежегодно индексируются более 200 тыс. статей, поэтому индикаторы Указа Президента — 2,44% от мирового публикационного потока для представителей российского корпуса специалистов в области клинической медицины заведомо недостижимы. Тем не менее, показатель «число публикаций организации, индексируемых в международных информационно-аналитических системах научного цитирования» остается ключевым при оценке





деятельности российских медицинских научных организаций.

В отличие от России, страны развитой науки новый вызов глобальной технологической сферы уже осознали. Признание факта перепроизводства научных публикаций, невозможности использования созданного научного знания, лежащего «в отвалах» даже таких специальных систем его концентрации, какими являются международные индексы WoS и Scopus, обуславливает необходимость использования систем автоматизированного поиска нужной исследователю научно-технологической информации.

В 2012 г. Национальный научный фонд США (NSF) совместно с Национальными институтами здоровья (NIH) инициировали межведомственный проект Core Techniques and Technologies for Advancing Big Data Science and Engineering (BIGDATA), финансируемый в объеме \$10 млн. и направленный, как обозначено в анонсе проекта, на «развитие ключевых научно-технологических подходов к управлению, анализу, визуализации и сбору информации из объемных, распределенных и гетерогенных источников. Ожидается, что это позволит ускорить процесс научных открытий и инноваций, привести к появлению новых областей исследований и решить задачи, с которыми ранее не удавалось справиться; разработать новые аналитических инструменты и алгоритмы; облегчить создание доступной и устойчивой инфраструктуры данных». Полученные в результате реализации проекта новые знания, методы, инструментарий и инфраструктура обеспечат, по мнению его инициаторов, «прорывные открытия и инновационное развитие науки, техники, медицины, образования и национальной безопасности и тем самым заложат фундамент для повышения конкурентоспособности США на многие десятилетия вперед» [4].

Очевидно, что главная цель проекта — использование научного знания независимо от формы его представления и размещения. На первый план выходит целеполагание и

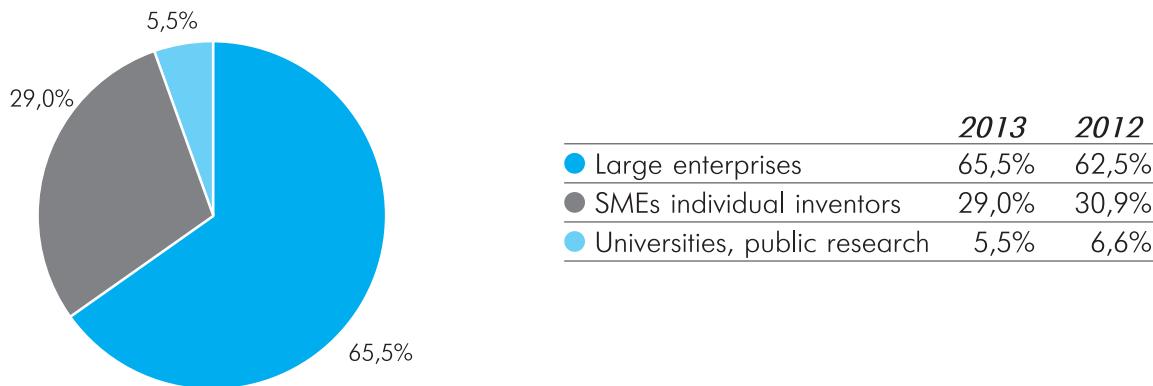
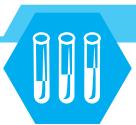
декомпозиция главной технологической задачи проекта на серию частных задач, решения которых, вероятнее всего, уже созданы мировым сообществом. Для их обнаружения и будут использоваться инструменты BigData. Такая новая парадигма использования созданного научного знания делает существенно более значимым качество научного результата и его доступность, а не факт индексации в библиометрических БД.

Поэтому требования к числу публикаций замещаются оценкой ограниченного числа лучших из них. Так, согласно новой системе оценки научных коллективов в Великобритании — Research Excellence Framework [5] — предметом оценки научных групп служат их публикации за 5 лет, выбранные в ограниченном количестве (4 публикации, причем необязательно от всех сотрудников) из всех публикаций группы. Общее количество публикаций не играет никакой роли. Оценка производится по лучшим, а не по всем достижениям организации. Примечательно, что использование импакт-фактора журнала, в котором опубликована работа, не допускается ни для каких наук [6].

Еще более спорным, с точки зрения новых закономерностей развития глобальной научно-технологической сферы, является показатель «количество созданных результатов интеллектуальной деятельности в расчете на 100 исследователей».

Для доказательства данного тезиса проанализируем данные отчета Европейского патентного общества (EPO) о количестве поданных заявок на патенты в 2013 г. [7].

В отчете отмечено, что наибольшая доля заявок на патенты (65,5%) принадлежит крупным промышленным компаниям (large enterprises), в то время как на долю университетов приходится всего около 6% заявок (рис. 1). Обращает на себя внимание тот факт, что доля патентов крупных промышленных компаний из года в год возрастает, а доля университетов из года в год падает.



**Рис. 1. Распределение патентных документов Европейского патентного ведомства по группам заявителей.** Источник: EPO, данные на 14.03.2014

Примечание. Перевод терминов:

*Large enterprises* — крупные предприятия;

*SME's individual inventors* — изобретатели, занятые в сегменте малых и средних предприятий;

*Universities, public research* — университеты, государственные исследовательские организации.

От всех заявителей Российской Федерации в 2013 г. было подано всего 232 заявки по всем предметным областям ЕПО. В то же время одна лишь компания Samsung подала 2833 заявки на патенты, то есть в 10 раз больше, чем все заявители России. В топ-25 организаций, подавших максимальное количество заявок на патенты, нет ни одного университета или исследовательской организации!

Анализ десяти технологических областей, по которым было подано наибольшее количество заявок, показал, что в пятерку лидирующих предметных областей в структуре патентных заявок вошли: «электрооборудование»; «цифровая связь»; «компьютерные технологии»; «измерительная аппаратура»; «медицина» (табл. 2). По всем указанным направлениям (за исключением направления «цифровая связь») наблюдался рост патентной активности.

Пока же ведомства, распределяющие бюджеты на исследования и разработки в РФ, оценивают результативность научной деятельности подведомственных им НИИ и вузов по публикационной и патентной активности, некоторые зарубежные компании дают высокую оценку самим результатам

российских ученых и, что более важно, эффективно их используют. В отсутствие спроса на прорывные результаты со стороны отечественных предприятий промышленного сектора, российские научные коллективы, получившие прорывные, конкурентоспособные результаты, передают их зарубежным компаниям. Показателен в этом смысле анализ фактов, изложенных в пресс-релизе компании «АстраЗенека Россия» от 9 февраля 2014 г. [8].

В частности, компания объявила, что заключила соглашение с Лабораторией алгоритмической биологии Санкт-Петербургского Академического университета РАН. «В рамках сотрудничества будут разрабатываться новые вычислительные и алгоритмические подходы к анализу данных, полученных при помощи методов нового поколения секвенирования (расшифровки) геномов», то есть по одному из приоритетных направлений, обозначенных в Прогнозе научно-технологического развития Российской Федерации на период до 2030, как направление научно-технологического развития РФ [9]!

Лаборатория алгоритмической биологии была создана в 2011 году на базе Санкт-Пе-





Таблица 2

### Топ-5 технологических областей в структуре патентных заявок: распределение по странам

Предметная область	Количество заявок				
	Страны, входящие в ЕРО	США	Япония	Китай	Республика Корея
Электрооборудование	4876	1598	2570	241	683
Цифровая связь	3339	2006	1131	1342	702
Компьютерные технологии	2816	3099	1328	325	812
Измерительная аппаратура	3611	1506	1037	97	136
Медицина	4421	4144	1074	76	219

Источник: данные ЕРО

тербургского Академического университета РАН в рамках первой волны «мегагрантов» от Министерства образования и науки РФ, то есть на бюджетные инвестиции, выделенные для создания конкурентоспособных научных заделов в РФ. И судя по тому, что «недавно проведенное Университетом Джона Хопкинса (Мериленд, США) сравнение ведущих геномных ассемблеров показало, что SPAdes<sup>1</sup> демонстрирует один из лучших результатов среди конкурентов. SPAdes является первым российским брендом в биоинформатике» — лаборатории это удалось.

В пресс-релизе указано, что «ученые из Лаборатории алгоритмической биологии в тесном сотрудничестве с коллегами из глобальных научно-исследовательских подразделений компании «АстраЗенека» в США и в Великобритании будут работать на проектах, связанных с разработкой противоопухолевых и антиинфекционных лекарств. Работа российских ученых поможет не только создать новые аналитические методы, но и внедрить их в арсенал исследовательских инструментов, позволяющих обнаруживать и анализировать новые мишени для лекарственных препаратов, а также способствовать разработке персонализированных подходов к лечению пациентов, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями».

Таким образом, с одной стороны, мы имеем Программы инновационного развития российских компаний, написанные «с учетом приоритетов государственной научно-технической и инновационной политики, и содержащие комплекс мероприятий, направленных на разработку и внедрение новых технологий, инновационных продуктов и услуг, соответствующих мировому уровню, а также на инновационное развитие ключевых отраслей промышленности Российской Федерации» [10]. С другой стороны, когда в РФ на средства государственного бюджета (но не самих компаний) такие прорывные результаты удается получить, то, как мы видим из этого примера, и они передаются конкурентам РФ за новые рыночные ниши.

### Заключение

Первое издание Большой советской энциклопедии готовилось более 20 лет силами огромного коллектива авторов и экспертов. Википедия, созданная за последние 13 лет, содержит 30 миллионов статей на 276 мировых языках...

Началась эпоха новых форм информационного взаимодействия — сетевых, быстро распространяющих столь же быстро устаревающую информацию, в том числе и научно-технологическую. Одновременно экспоненциально растет объем публикаций, а в такой

<sup>1</sup> Разработанный сотрудниками Лаборатории алгоритмической биологии геномный ассемблер.



предметной области, как клиническая медицина, рост носит лавинообразный характер. Только в WOS и только в 2013 г. проиндексировано 256 699 статей, в Scopus в два раза больше. Значительная часть из них, вероятнее всего, не будет прочитана, что связано с ограниченностью когнитивных способностей человека. Поэтому о результативности научного коллектива будет в первую очередь свидетельствовать востребованность полученных научных результатов, которая в свою очередь является производной от их качества и доступности для инструментов BigData.

В «Российской газете» [11] было опубликовано сообщение о том, что под руководством Нобелевского лауреата, американского профессора Сидни Олтмена в Новосибир-

ском институте химической биологии и фундаментальной медицины создана новая лаборатория для создания новых антибиотиков, к которым не может возникнуть резистентность бактерий.. Заместитель директора института Дмитрий Пышный отметил, что «непривычным для российских коллег является сам процесс менеджмента этого проекта. Сидни Олтмен жестко настаивает на достижении конечного результата исследований, призывая не зацикливатся на деталях и потом уже разбираться в нюансах».

Целеполагание и достижение конкретного результата задают, с нашей точки зрения, систему координат, в которой следует оценивать результативность научной организации, коллектива и ученого.

## Литература



- 1.** Приказ Министерства образования и науки РФ от 5 марта 2014 г. № 161 «Об утверждении Типового положения о комиссии по оценке результативности деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, и типовой методики оценки результативности деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения»
- 2.** Приказ Министерства образования и науки РФ от 5 марта 2014 г. № 162 «Об утверждении Порядка предоставления научными организациями, выполняющими научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, сведений о результатах их деятельности, и Порядка подтверждения указанных сведений федеральными органами исполнительной власти в целях мониторинга, порядка предоставления научными организациями, выполняющими научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, сведений о результатах их деятельности в целях оценки, а также состава сведений о результатах деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, предоставляемых в целях мониторинга и оценки»
- 3.** Постановления Правительства РФ от 26 декабря 2013 г. № 1282 «Об утверждении Правил использования в 2014 году бюджетных ассигнований, предусмотренных Министерству здравоохранения Российской Федерации, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерству образования и науки Российской Федерации и Министерству культуры Российской Федерации в целях реализации указов Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», от 1 июня 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей





на 2012–2017 годы» и от 28 декабря 2012 г. № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной политики в сфере защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» в части повышения оплаты труда отдельных категорий работников».

4. [http://www.nsf.gov/funding/pgm\\_summ.jsp?pims\\_id=504767](http://www.nsf.gov/funding/pgm_summ.jsp?pims_id=504767).
5. Research Excellence Framework [www.ref.ac.uk](http://www.ref.ac.uk).
6. <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmselect/cmsctech/ /399/39912.htm>.
7. Интернет-сайт Европейского патентного офиса: <http://www.epo.org/about-us/annual-reports-statistics/annual-report/2013/statistics-trends/applicants.html>
8. Пресс-релиз «АстраЗенека Россия» объявила о новом партнерстве в области биоинформатики (08.02.2014) <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=57886>
9. Прогноз научно-технологического развития Российской Федерации на период до 2030 года. — URL: <http://government.ru/news/9800>.
10. Портал «Инновации в России». Крупнейшие компании — общая информация. — URL: <http://innovation.gov.ru/taxonomy/term/544>
11. 90 миллионов против микроба//Российская газета. — 20/06/2014. — № 136 (6408). — С. 5.

## UDC 614.2

Kurakova N.G., Kolin S.K., Oliver E.A. *Independent validation system of scientific medical organizations in the paradigm of twenty years remoteness* (Federal Research Institute for Health organization and Informatics of Ministry of Health of Russian Federation, Moscow, Russia)

**Abstract.** There has been created a new system for evaluating scientific organizations and their subdivisions. Readings of publication and patent activities of organizations were used as key efficiency indicators. There was a study conducted on modern patterns in development of a global scientific — technological field, which questioned the information capacity of these efficiency indicators on scientists and institutions.

**Keywords:** scientific organizations, efficiency validation, criteria, publication activity, clinic medicine, global scientific-technological field.

# Экономика науки

## ВЛАДИМИР ФОРТОВ НАЗВАЛ ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАУЧНЫХ РАБОТ

Основным условием проведения анализа эффективности научных исследований является наличие у академического сообщества права решающего голоса, — заявил президент РАН Владимир Фортов на пресс-конференции 2 июля.

— При оценке эффективности научных исследований право на принятие окончательного решения должен иметь коллектив ученых. Для этого мы сейчас создали рабочую группу, в которую вошли и представители академии наук, и ФАНО. Также в нее войдут и независимые эксперты, — сообщил Владимир Фортов.

Впрочем еще одним важным условием результативности отечественных разработок называется финансовая составляющая. Чтобы российская наука смогла стать конкурентоспособной западной, как считают академики, государство должно тратить на нее гораздо больше.

— Все страны, в которых проживает так называемый «золотой миллиард», тратят на науку порядка 3% ВВП. В нашей стране этот показатель за последние 25–30 лет сократился во много раз и сейчас составляет меньше 1%. Это приводит к тому, что наши возможности, которые были накоплены ранее, истощаются. У нас все меньше и меньше технологий, которые мы можем предложить, — заявил Владимир Фортов.

*Источник: Медвестник*



# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ. ЭКСПЕРТНАЯ СЕССИЯ ФАНО

**С**огласно Плану деятельности Министерства образования и науки РФ на 2013–2018 гг., в феврале 2015 г. должна быть создана вневедомственная система оценки научных организаций и их подразделений, предусматривающая учет показателей научно-публикационной активности (Ключевое событие 8.2), а в декабре 2015 г. во всех федеральных научных организациях должен быть введен эффективный контракт (заключение соответствующих дополнительных соглашений к трудовым договорам со всеми руководителями и педагогическими работниками) (согласно Ключевому событию 7.2).

В конце мая в ФАНО была проведена Экспертная сессия «Оценка эффективности деятельности научных организаций: перспективы развития». В рамках этого мероприятия были обсуждены предложения по организации и проведению оценки, которые внесли 478 (из 747) организаций, осуществляющих фундаментальные исследования, входящих в ФАНО. Интересно отметить, что наибольшую активность в этом обсуждении приняли научные организации, ранее входящие в состав РАН (34% предложений), наименьшую активность проявили НИУ бывшей РАМН.

И хотя в выступлении Сергея Матвеева, заместителя директора Департамента государственной научно-технической и инновационной политики Минобрнауки России, несколько раз прозвучало, что «для министерства важна не оценка, а мониторинг, а для научных организаций полезно заниматься самооценкой», эксперты с большой настороженностью отнеслись к тезисам выступле-

ния другого участника пленарного заседания — Дмитрия Белоусова, представляющего Институт прогнозирования РАН, который констатировал, что для наращивания финансирования науки в РФ ресурсов больше нет, поэтому «научный собес» — это вредно, и формулировку «отрицательный результат — это тоже результат» нужно предать забвению. По мнению эксперта, пришло время учиться работать в условиях жестких ограничений.

Поскольку работа над системой показателей оценки эффективности деятельности научных организаций еще какое-то время будет продолжаться, и мнения представителей медицинских исследовательских организаций еще могут повлиять на сам набор показателей, предлагаем познакомиться с выдержками из аналитической справки ФАНО «О предложениях по организации и проведению оценки эффективности деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения».

Сбор предложений ФАНО осуществляло по пяти направлениям:

- 1) процедура формирования референтных групп и отбора научных организаций;
- 2) направления проведения оценки эффективности деятельности научных организаций;
- 3) методика проведения оценки эффективности деятельности научных организаций, сроков их проведения;
- 4) процедура формирования экспертных комиссий при проведении оценки эффективности деятельности научных организаций;





**5)** состав сведений о результатах деятельности научных организаций, выполняющих научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения.

Стоит отметить, что около 1% предложений представлено научными работниками как альтернативная позиция руководству научной организации.

## 1. Подходы к определению референтных групп

Подавляющее большинство научных организаций считают необходимой структуризацию организаций по референтным группам. Наиболее частными принципами проведения структуризации являются: принадлежность к области наук (61,2%), направления фундаментальных исследований (18,4%), классификация исследований (фундаментальные / прикладные / междисциплинарные) (13%), по отделениям РАН (3%). Таким образом, наиболее популярным методом отнесения к референтным группам является следующая комбинация: принадлежность к области знаний / направление научных исследований / классификация научных исследований / размерность научной организации (численность исследователей, ресурсная база, финансирование). Выявлены и специфические признаки отнесения к референтным группам. Так, многие учреждения, ранее подведомственные РЛСХН, отметили важность выделения зональных признаков (отнесения к тому или иному субъекту РФ). Среди научных медицинских организаций отмечается необходимость учета наличия или отсутствия собственной клинической базы. Всего 2 научные организации отметили в качестве основного признака формирования референтных групп совпадение кодов классификаторов публикаций. В качестве дополнительных признаков объединения в референтные группы научных организаций отнесены: работа докторантских советов; востребованность реальных секторов экономики; действующий статус организации (всероссийская, региональная и др.).

## 2. Направления проведения оценки эффективности деятельности научных организаций

Большинством научных организаций поддержаны выделенные в Постановлении Правительства РФ от 1 ноября 2013 года № 979 «О внесении изменений в Постановление Правительства Российской Федерации от 8 апреля 2009 года № 312» направления оценки:

- 1)** результативность и востребованность научных исследований;
- 2)** развитие кадрового потенциала;
- 3)** интеграция в мировое научное пространство;
- 4)** распространение научных знаний и повышение престижа науки.

На вопрос: «Отражают ли указанные выше направления оценки результативности специфику деятельности научных организаций?» 78% ответили положительно.

При этом абсолютно все научные организации, участвующие в подготовке предложений, выделили четыре ключевых направления, которые в обязательном порядке должны присутствовать при оценке эффективности деятельности научных организаций: **1)** результативность научных исследований; **2)** кадровый потенциал; **3)** распространение научных знаний; **4)** интеграция в мировое научное пространство.

Вместе с тем следует заметить, что многие организации обратили особое внимание на необходимость переименовать направления оценки. Так, направление «Результативность и востребованность научных исследований» целесообразно переименовать в «Результативность, новизна и значимость научных исследований»; «Интеграция в мировое научное пространство» в «Интеграция в российское и международное пространство»; «Распространение научных знаний и повышение престижа науки» в «Популяризация, распространение научных знаний и повышение престижа науки».

В качестве дополнительных направлений оценки научные организации отметили следующие:



- 1)** выполнение организацией экспертных функций;
- 2)** интеграция науки и образования;
- 3)** эффективное выполнение государственных заданий;
- 4)** получение высокого экономического эффекта от внедрения научных разработок;
- 5)** инновационная деятельность;
- 6)** финансовая устойчивость научной организации;
- 7)** ресурсное обеспечение деятельности (кадровое, инфраструктурное, финансовое).

Также большинство научных организаций считают, что направления оценки результативности и эффективности деятельности должны совпадать. Стоит отметить, что более 40% научных организаций отметили необходимость разъяснения понятий «эффективность» и «результативность» для целей оценки деятельности научных организаций.

### **3. Методика проведения оценки эффективности деятельности научных организаций**

Отвечая на вопрос: «Насколько часто необходимо проводить оценку деятельности научных организаций?», наиболее распространенным ответом стал «1 раз в 5 лет». Более 85,9% научных организаций поддерживают именно такой период проведения оценки. Также были высказаны предложения по проведению оценки 1 раз в 7 лет (научные организации, ранее подведомственные РАН, отделения «Нанотехнологий и информационных технологий», организации, ранее подведомственные РЛСХН). 4,5% предлагают проводить оценку деятельности научных организаций 1 раз в год.

Более 62% научных организаций считают, что проведение выездных экспертных сессий при оценке деятельности организаций целесообразно. Это окажет положительное влияние на мотивацию научных организаций представлять объективные сведения о своей деятельности, позволит познакомить экспертов с деятельностью учреждения, решить ряд

спорных вопросов. Научные организации отмечают, что проведение выездных сессий может стать вторым этапом проведения оценки эффективности деятельности научных организаций по окончании анализа научометрических показателей. 7,1% считают, что выездные экспертные сессии целесообразно проводить только в спорных случаях, при низких показателях деятельности либо при выявлении несоответствия представленных показателей.

Оценку эффективности деятельности научных подразделений считают нецелесообразным проводить 54,8% организаций. В большинстве случаев представители научных организаций считают, что оценка подразделений — это внутренние процессы, которые координируются только руководством научной организации. 4% предлагают проводить оценку деятельности подразделений при неудовлетворительной оценке деятельности организации в целом либо при наличии замечаний.

### **4. Формирование экспертного сообщества в интересах проведения оценки эффективности деятельности научных организаций**

По мнению большинства представителей научных организаций, в состав экспертных групп необходимо включать: известных и признанных ученых в соответствующей области (54%), наиболее цитируемых ученых (22%), федеральных экспертов (22%), экспертов ведущих научных школ (50%), ученых с мировым именем (8%), специалистов по внедрению и инновациям (15%) и финансистов, имеющих опыт работы по сопровождению научных проектов (15%). Также есть предложения о включении в состав экспертных групп представителей ФАНО России, РАН, профильных министерств, диссертационных советов, СМИ.

Экспертные группы могут быть относительно небольшие. По мнению представителей научных организаций, одна экспертная груп-





па должна состоять из не более 10 человек. Наиболее часто встречающийся ответ — 3–5 человек.

Принципом формирования экспертных групп может быть создание корпуса экспертов ФЛ110 России на основе утвержденных критериев отбора; существующих реестров федеральных экспертов; исследователей, обладающих высоким уровнем цитируемости.

Среди наиболее популярных критериев отбора экспертов научными организациями выделены:

- 1.** Наличие ученой степени доктора наук.
- 2.** Публикационная активность (количество и уровень публикаций).
- 3.** Опыт в экспертной работе.
- 4.** Наличие опыта работы в организации по профилю оцениваемого учреждения.
- 5.** Наличие патентов, внедренных разработок.
- 6.** Участие в научных проектах (грантах, договорах, программах и др.).
- 7.** Наличие премий, наград в области науки.

Большинство представителей научных организаций отмечают нецелесообразность привлечения зарубежных экспертов (более 60%).

## 5. Показатели оценки эффективности деятельности научных организаций

Предложения научных организаций в части показателей оценки эффективности деятельности научных организаций представлены по двум направлениям:

**1.** Оценка системы показателей, предложенных в проекте приказа Министерства образования и науки РФ «Об утверждении порядка предоставления научными организациями, выполняющими научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы гражданского назначения, сведений о результатах их деятельности и

порядка подтверждения указанных сведений федеральными органами исполнительной власти в целях мониторинга и оценки, а также состава указанных сведений».

**2.** Набор показателей, предложенных научными организациями.

Среди 25 показателей, предложенных Министерством образования и науки РФ, в большей степени (более 50% научных организаций) поддержано лишь 5 показателей:

- 1.** Число публикаций организации, индексируемых в российских и международных информационно-аналитических системах научного цитирования.
- 2.** Совокупная цитируемость публикаций организации, индексируемых в российских и международных информационно-аналитических системах научного цитирования.
- 3.** Количество созданных результатов интеллектуальной деятельности.
- 4.** Финансовая результативность научной организации по источникам дохода.
- 5.** Численность защитивших диссертационные работы.

Наиболее часто встречающиеся показатели, предложенные научными организациями для оценки их деятельности, следующие:

*Результативность и востребованность научных исследований:*

- 1.** Общее число публикаций организации (ед.).
- 2.** Количество научных тем, выполняемых организацией (ед.).
- 3.** Объем средств, поступивших по договорам с предприятиями и организациями, грантам, проектам на выполнение НИОКР (тыс. руб.).
- 4.** Объем средств, поступивших от использования результатов интеллектуальной деятельности (тыс. руб.).
- 5.** Объем средств, полученных от иной приносящей доход деятельности (внебюджетные источники финансирования) (тыс. руб.).



*Вовлеченность в национальное и мировое научное сообщество:*

**6.** Количество научных мероприятий (симпозиумов, конференций, научных сессий, выставок-ярмарок, семинаров и др.) различного уровня, проведенных организацией (ед.).

*Кадровый потенциал:*

**7.** Численность обучающихся (бакалавры, магистры, специалисты, аспиранты), выполняющих квалификационные работы на базе организации (чел.).

*Распространение научных знаний и повышение престижа науки:*

**8.** Количество выступлений сотрудников по направлениям работы организации в телевидении и радио СМИ.

Для научных центров выделена следующая альтернативная система показателей:

*Результативность услуг и работ (в том числе экспертных), осуществляемых центром:*

**1.** Количество исследований (тем, договоров), осуществляемых сотрудниками центра (сд.).

*Показатели, отражающие кадровый потенциал (показатели, оценивающие профессиональный уровень экспертов):*

**2.** Количество созданных (в том числе в рамках работы исследователей в других учреждениях) результатов интеллектуальной деятельности (все виды результатов, сведения

о которых внесены в государственные информационные системы в соответствии с постановлениями Правительства РФ, а также имеющие государственную регистрацию и правовую охрану (ед.).

**3.** Количество использованных результатов интеллектуальной деятельности (в том числе полученных исследователями в рамках работы в других учреждениях), отнесенное к количеству созданных результатов интеллектуальной деятельности (%).

Для региональных центров предложена следующая группа показателей:

Показатели, отражающие участие регионального центра в экспертизе крупных региональных проектов и реализации междисциплинарных программ, направленных на социально-экономическое развитие региона, а также функции по обеспечению деятельности координируемых им институтов, в том числе:

- содержание имущественного комплекса и проведение капитального ремонта;
- обеспечение сотрудников институтов жильем;

- содержание специализированного жилищного фонда, обеспечение услугами учреждений социальной сферы (детсад, амбулатория);

- обеспечение функционирования централизованных служб (аспирантура и докторантура; библиотечный фонд; архив и др.).

### Владимир Фортов, Президент РАН:

**Г**лавная цель разрабатываемой методики оценки заключается не в том, чтобы сократить неэффективные институты, а напротив, понять, как и чем им можно помочь. Никто не скажет, что нужно сократить институты в два раза. Я вижу цель нашего мероприятия в том, чтобы помочь активно работающим людям, тем, кто действительно состоялись в науке, развиваться дальше, чтобы они не являлись отрицательным фоном».

*Источник: <http://www.ras.ru/news/shownews.aspx?id=7272fd25-3c36-45f4-8d83-97abe35716f4>*





От редакции

**Государственно-частное партнерство в здравоохранении — одна из наиболее обсуждаемых тем. Однако, к сожалению, реальных успехов в этой сфере не так уж и много. Неслучайно Минздрав России решил всерьез заняться этой проблемой. Сегодня мы публикуем редакционный материал, посвященный этой теме.**

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

## ПОЗИЦИЯ МИНЗДРАВА РОССИИ В ВОПРОСАХ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА

15 июля 2014 года состоялось заседание Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнерству. Координационный совет был создан в соответствии с Приказом Минздрава России от 9 января 2014 года № 6.

При рассмотрении вопроса «О возможных направлениях государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения» на Координационном совете было отмечено следующее.

Для расширения ресурсной базы, создаваемой государством для решения важнейших социальных задач (повышение и поддержание качества жизни населения, развитие и внедрение новых технологий и методов лечения), а также для более эффективного использования этой ресурсной базы должен быть привлечен потенциал бизнеса. Задача состоит в том, чтобы использовать потенциал бизнеса для решения тех задач, ответственность за которые несет государство.

Один из наиболее перспективных путей расширения ресурсной базы, используемой государством для решения социальных задач — развитие государственно-частного партнерства (далее — ГЧП), призванного объединить государственный и частный интересы для эффективной реализации проектов в здравоохранении. Данная форма сотрудничества должна стать действенным инструментом при модернизации и реформировании здравоохранения.

На данный момент на федеральном уровне существует ряд нормативных правовых актов, которые фактически регулируют государственно-частное взаимодействие, такие как:

- Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»;
- Федеральный закон от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц»;
- Федеральный закон от 23.08.1996 № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике»;



— Федеральный закон от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 10.08.2007 № 505 «О порядке принятия федеральными органами исполнительной власти решений о даче согласия на заключение сделок по привлечению инвестиций в отношении находящихся в федеральной собственности объектов недвижимого имущества»;

— Постановление Правительства Российской Федерации от 12.08.2011 № 677 «Об утверждении Правил заключения договоров аренды в отношении государственного или муниципального имущества государственных образовательных учреждений высшего профессионального образования (в том числе созданных государственными академиями наук) или муниципальных образовательных учреждений высшего профессионального образования, государственных научных учреждений (в том числе созданных государственными академиями наук) и другие нормативные правовые акты.

Возможными механизмами такого взаимодействия власти и бизнеса в сфере здравоохранения являются: инвестиционные соглашения и аренда; передача инфраструктуры первичного звена в управление частному инвестору; передача отдельных (неосновных) либо всех функций первичного звена на аутсорсинг; создание хозяйственных обществ и хозяйственных партнерств, деятельность которых заключается в практическом применении (внедрении) результатов интеллектуальной деятельности.

Единственным законодательно определенным механизмом привлечения инвестиций на принципах государственно-частного партнерства (далее — ГЧП) в здравоохранении в настоящее время (в классическом понимании) являются концессионные соглашения.

Вместе с тем социальная сфера не обладает достаточным правовым инструментарием для привлечения частных инвестиций на принципах ГЧП, таких как:

— законность государственно-частного партнерства;

— долгосрочный характер отношений;

— объединение ресурсов под достижение конкретного результата;

— распределение ответственности и рисков между публичным и частным партнерами;

— обеспечение публичным партнером контроля и мониторинга над реализацией государственно-частного партнерства;

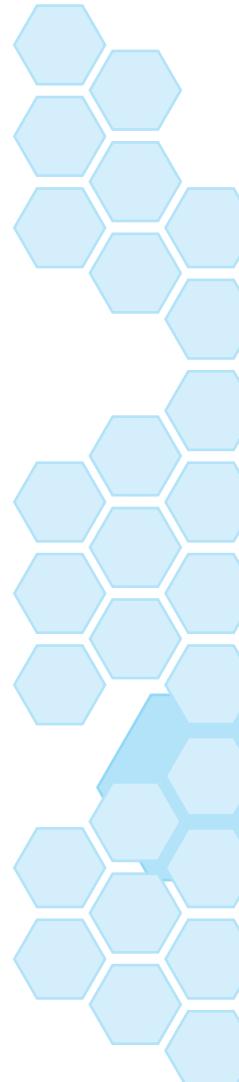
— сохранение профиля медицинских учреждений, объемов, видов и условий оказываемой ими медицинской помощи, а также обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В настоящее время на федеральном уровне отсутствует нормативная правовая база, регулирующая отношения власти и бизнеса на вышеуказанных принципах (за исключением концессии и контракта жизненного цикла в отношении объектов дорожного хозяйства).

Приходится констатировать отсутствие законодательного определения: понятия ГЧП, возможных механизмов и форм ГЧП, процедуры заключения соответствующих соглашений, гарантий и ответственности сторон по проектам ГЧП и, как следствие, опасения и риски органов власти и бизнеса, связанные с возможностью и возникновением претензий со стороны контрольно-надзорных органов в отношении реализуемых в настоящее время соглашений с частными инвесторами.

Отсутствие на федеральном уровне требуемой правовой базы, необходимость привлечения частных инвестиций, прежде всего в развитие инфраструктуры, предопределило замещение указанного правового вакуума принятием субъектами Российской Федерации региональных законов о ГЧП.

К настоящему времени более чем 60-ю субъектами Российской Федерации приняты региональные законы об участии региональных органов власти в ГЧП.





Проведенный Минздравом России анализ регионального законодательства и право-применительной практики ГЧП в сфере здравоохранения позволяет говорить о разных подходах к определению этого инструмента привлечения частных инвестиций, принципов, механизмов, форм ГЧП в субъектах Российской Федерации.

Основная часть субъектов Российской Федерации в региональных законах определяет ГЧП только как инфраструктурные проекты по выполнению работ по техническому обслуживанию, эксплуатации, реконструкции, модернизации или новому строительству объектов инфраструктуры, предоставлению публичных услуг с их использованием на условиях разделения рисков, определения компетенции и ответственности путем заключения и исполнения соглашений о ГЧП (например, Кировская область, Чувашская Республика, Алтайский край и др.).

Часть субъектов Российской Федерации в региональных законах не ограничивают определение ГЧП только инфраструктурными проектами. Например, согласно закону Свердловской области от 23.05.2011 № 28-03 «Об участии Свердловской области в государственно-частном партнерстве», ГЧП — это направленное на социально-экономическое развитие Свердловской области сотрудничество Свердловской области с российскими и (или) иностранными юридическими и (или) физическими лицами, осуществляемое в соответствии с соглашениями и договорами:

- в форме участия в реализации комплексных инвестиционных проектов на условиях соглашений о реализации комплексных инвестиционных проектов;
- в форме участия в концессионных соглашениях;
- в форме участия в уставных капиталах открытых акционерных обществ на условиях договоров и соглашений, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- в иных формах участия в государственно-частном партнерстве на условиях догово-

ров и соглашений, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

При этом следует отметить, что указанные законодательные акты являются основой для принятия субъектами Российской Федерации подзаконных актов в различных сферах экономики, в том числе в здравоохранении.

В 48 утвержденных субъектами Российской Федерации региональных государственных программах «Развитие здравоохранения» включены и реализуются подпрограммы «Развитие государственно-частного партнерства».

Отдельными субъектами Российской Федерации утверждены и реализуются региональные концепции развития государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения (Калужская область (Постановление правительства Калужской области от 22.04.2013 № 205), Ярославская область (Приказ Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области от 14.05.2013 № 9), Орловская область (Распоряжение Правительства Орловской области от 01.04.2013 № 137-р), Иркутская область (Распоряжение Правительства Иркутской области от 30.04.2013 № 181-рп).

На основе анализа данных 80 субъектов Российской Федерации можно отметить, что наиболее востребованными направлениями государственно-частного взаимодействия являются:

— создание диагностических центров позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии (Курская, Самарская, Свердловская, Архангельская, Брянская, Иркутская, Ярославская области, Республика Башкортостан, Тамбовская область);

— создание центров гемодиализа (Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Воронежская, Рязанская, Вологодская, Самарская, Ивановская, Саратовская области, Республика Татарстан, Астраханская, Белгородская, Курганская области, Красноярский край, Ульяновская, Тульская, Кировская области, Республика Бурятия, Республика Мордовия, Республика Карелия, Иркутская,



Костромская область, Кабардино-Балкарская Республика, Республика Мордовия, Архангельская, Свердловская, Ярославская, Омская, Тверская области, Краснодарский край);

— создание центров вспомогательных репродуктивных технологий (Республика Татарстан, Новосибирская, Ульяновская области).

В каждом субъекте Российской Федерации государственно-частное взаимодействие развивается с учетом социально-экономических, территориально-географических особенностей региона и состояния системы регионального здравоохранения.

При этом необходимо обратить внимание на следующую тенденцию.

На протяжении последних лет в организации деятельности учреждений здравоохранения активно проводится передача непрофильных функций сторонним организациям. Анализ практики по аутсорсингу в субъектах Российской Федерации, где представлен широкий спектр непрофильных услуг, показал, что наиболее часто на аутсорсинг передаются следующие услуги:

- прачечные услуги;
- организация питания пациентов, сотрудников (в том числе кейтеринг — организация питания с выездным обслуживанием, которая включает в себя приготовление, оформление и подачу блюд);
- техническое обслуживание и ремонт медицинского оборудования в медицинских организациях;
- вывоз и утилизация мусора и анатомических (биологических) отходов;
- организация пропускного режима, охрана и обеспечение общественного порядка на территории медицинских организаций;
- техническое обслуживание технологического оборудования и коммуникаций, ремонт зданий;
- услуги по содержанию коммунального хозяйства.

Необходимо отметить, что на аутсорсинг передаются и отдельные административные

функции, такие как бухгалтерский учет, юридические услуги, делопроизводство и ряд других.

Отмечается тенденция передачи на аутсорсинг и профильных медицинских услуг, таких как, например, лабораторные исследования.

Вместе с тем решение о передаче функций на аутсорсинг должно приниматься взвешенно и учитывать как текущие потребности в привлечении частных организаций для выполнения соответствующих задач, так и качество выполняемых услуг и экономическую эффективность.

Так, например, в Саратовской области в девяти учреждениях в связи с отсутствием своих пищеблоков или 100% износа оборудования в пищеблоке организация лечебного питания осуществляется на основании «аутсорсинга». Однако проведенный сравнительный анализ показал нецелесообразность применения аутсорсинга путем выведения обеспечивающих функций за рамки сферы деятельности медицинского учреждения (в качестве примера: в ГУЗ «Областная клиническая больница» стоимость питания на 1 койко-день составляет от 71 руб. 44 коп., в то время как предлагаемые варианты «аутсорсинга» предусматривают стоимость 1 койко-дня от 140 руб. и выше).

Помимо инфраструктурных проектов и аутсорсинга, частные организации привлекаются для оказания медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования.

Вступивший в силу 1 января 2011 г. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон) и подзаконные акты, принятые для реализации Федерального закона, расширили права частных медицинских организаций на участие в сфере обязательного медицинского страхования.

Статьей 15 Федерального закона предусмотрено, что к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осущест-





вление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд обязательного медицинского страхования до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций.

Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом обязательного медицинского страхования, размещается в обязательном порядке на его официальном сайте в сети «Интернет» и доступен для всех граждан.

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона с 1 января 2013 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи значительно расширена и включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг,

работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

В соответствии с Методикой формирования тарифов на оплату медицинской помощи, утвержденной Приказом Минздрава России от 28.02.2011 № 158н, в субъектах Российской Федерации тарифы могут устанавливаться медицинским организациям на срок до трех лет и индексироваться. Таким образом, установлены гарантии возмещения расходов медицинских организаций при оказании медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования.

Расширены возможности медицинских организаций к участию в планировании объемов медицинской помощи. Медицинские организации в составе Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования участвуют в определении тарифов, в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями.

Число негосударственных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, увеличилось с 2010 года более чем в 2 раза (табл. 1).

По результатам анализа направлений участия частных медицинских организаций можно констатировать, что это актуально в тех областях, где существует соответствующая потребность государства, в первую очередь в области оказания первичной медико-санитарной помощи (табл. 2).

В свою очередь можно отметить, что региональные законодательные акты, регулирующие вопросы ГЧП, принимаются под кон-



Таблица 1

### Число медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

Год	Всего	В том числе:	
		Негосударственные МО	%
2010	8139	618	7,6
2011	8158	733	8,9
2012	8059	1019	12,6
2013	8225	1307	15,8

Таблица 2

### Распределение негосударственных медицинских организаций по профилю

Медицинские организации негосударственной формы собственности, всего	Из них:					
	Стационар	%	Поликлиники (кроме стоматологических)	%	Стоматологические поликлиники	%
1333	63	4,7	447	33,5	355	26,6

крайние проекты (не в сфере здравоохранения) либо носят общий характер.

Например, закон Воронежской области «О государственно-частном партнерстве в Воронежской области» принят Воронежской Областной Думой в 2011 году.

27.03.2014 Департаментом здравоохранения Воронежской области и частным учреждением «Медико-образовательная организация «Нефрологический экспертный совет» заключается не соглашение о ГЧП, как это указано в законе Воронежской области, а соглашение о намерениях по сотрудничеству. Предметом данного соглашения являются намерения сторон по достижению социально значимой для Воронежской области цели обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению с предоставлением медицинских услуг по профилю «Нефрология» на современном уровне, в условиях, отвечающих нормативным требованиям к лечебному процессу для всех больных, нуждающихся в нефрологической помощи и в заместительной почечной терапии.

Таким образом, на данный момент сформировалась потребность в скорейшем созда-

нии на федеральном и региональных уровнях единой правовой базы.

Минздрав России поддерживает принимаемые Минэкономразвития России совместно с заинтересованными органами власти, депутатами и экспертами шаги по интенсификации работы по принятию федерального закона «Об основах государственно-частного партнерства в Российской Федерации» и иных актов, устанавливающих:

- понятие, принципы, формы ГЧП, порядок заключения соглашений о ГЧП, правовой статус органов власти и частных инвесторов;

- требования к порядку проведения, предмету и результатам общественного обсуждения решений органов власти субъектов Российской Федерации, муниципальных органов о заключении соглашений о ГЧП;

- порядок подготовки соглашений о ГЧП, публичным партнером в которых выступает Российская Федерация;

- порядок определения процедуры принятия решения о реализации соглашения о ГЧП, публичным партнером в котором выступает Российская Федерация;

- процедуру проведения конкурса на право заключения соглашения о ГЧП, публичным





партнером в котором выступает Российская Федерация;

— процедуру осуществления публичным партнером контроля за исполнением частным партнером условий соглашения о ГЧП и ходом его реализации для соглашений о ГЧП, публичным партнером в которых выступает Российская Федерация.

Вместе с тем для обеспечения выполнения поставленных руководством страны задач по привлечению частного капитала в отрасль требуется до принятия федерального закона «Об основах государственно-частного парт-

нерства в Российской Федерации» сформировать единые подходы к пониманию ГЧП в здравоохранении.

В свою очередь Минздравом России обобщены правоприменительная практика государственно-частного партнерства и государственно-частного взаимодействия в здравоохранении, существующая проблематика и предложения субъектов Российской Федерации по созданию необходимых условий, направленных на развитие ГЧП в сфере здравоохранения, которые представлены в материалах.

### Здравоохранение-2014

#### ФАС НЕ ПОДДЕРЖИВАЕТ ИДЕЮ МИНФИНА О ВВЕДЕНИИ ДОПЛАТ ЗА ПОЛИС ОМС

деля софинансирования медицинской помощи населением дискредитирует базовые принципы обязательного медицинского страхования, — заявил начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы (ФАС России) Тимофей Нижегородцев.

— Я полностью поддерживаю Минфин в той части, которая связана с бюджетным маневром, нацеленным на повышение эффективности расходов системы здравоохранения. Но что касается введения доплат за полис, то здесь мне сложно высказать свою поддержку, так как принцип «работающий платит за неработающих» является базовым для страховой системы. Без него вся система страхования теряет смысл, так как в этом случае гражданину проще оплачивать медицинские услуги напрямую в медицинском учреждении, — заявил Тимофей Нижегородцев.

Вместо этого, как считает Тимофей Нижегородцев, органам государственной власти следует сосредоточиться на мерах по оптимизации структуры расходов на медицинскую помощь. По оценкам ведомства качество этих трат можно существенно повысить за счет перераспределения ресурсов и большей прозрачности госаукционов.

— Сейчас наша главная задача — перенастроить систему здравоохранения, чтобы деньги использовались более эффективно. Если мы посмотрим на результаты торгов в системе лекарственного обеспечения, то увидим, что зачастую стоимость лекарств снижается в разы. И эти деньги направляются в систему повторно. Но, к сожалению, это происходит не везде и нечасто. То же самое можно сказать и про систему оказания медицинской помощи, стандарты оснащенности. Для экспертов не секрет, что некоторые вещи, которые закупаются, стоят в три-четыре раза дороже, — отметил эксперт.

*Источник: Медвестник*



**Г.И. Галанова,**

д.м.н., профессор кафедры управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия, galanova@mednet.ru

## ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА – ПРОБЛЕМА НЕ ТОЛЬКО ВРАЧА

*«В плохом качестве любой продукции в 98% — вина системы и только в 2% — вина исполнителей. Что делать?»*

*Решение очевидно: менять систему!»*

У.Э. Деминг (90-е годы XX века)

*«Качество — это индивидуальная работа плюс система»*

Аведис Донабедиан

**С**огласно данным комиссии Европейского Союза (ЕС), в каждом десятом случае обращения за медицинской помощью ставится ошибочный диагноз или назначается неправильное лечение. Комиссар ЕС по вопросам здравоохранения Андрула Василиу (Androula Vassiliou) отметила: «Врачебные ошибки — это настоящий вызов для европейской системы здравоохранения». Согласно данным комиссии ЕС, в этом году только в больницах уже пострадало 15 млн. человек. Г-жа Василиу требует от государств-участников Союза улучшения медицинского обслуживания и прав пациентов [1].

В Германии каждый год от врачебных ошибок умирают около 25 000 немцев. Ежегодно в стране отмечается до 100 тыс. случаев неверного диагностирования, неправильного назначения лекарств и недочетов во время хирургического вмешательства. В благополучной Германии в 2005 году, по данным Общества защиты пациентов, врачи совершили примерно сто тысяч ошибок [2].

По оценкам специалистов в Венгрии, вследствие врачебных ошибок ежегодно умирают 7–10 тысяч человек — больше, чем от автокатастроф [2].

Число потерпевших от врачебных ошибок в Канаде составляет 30% больных, в Австралии — 27%, в Новой Зеландии — 25%, в Германии — 23%, в Великобритании — 22% [2].

Причинами 80% смертных случаев пациентов в больницах Австралии становятся медицинские работники. На пятом континенте ежегодно умирают до 18 тысяч человек и около 50 тысяч становятся инвалидами [3].

Число погибших из-за беспечности врачей и младшего медицинского персонала в Великобритании достигает 33 000 в год. В 2005 г. жертвами врачебных ошибок или невнимательности стали 526 599 пациентов национальной системы здравоохранения. Некомпетентность или небреж-

© Г.И. Галанова, 2014 г.



ность медиков привела к гибели 2159 человек, а еще 4529 получили серьезные травмы и увечья. По словам представителя британской Ассоциации пациентов Кэтрин Мерфи, все приведенные случаи гибели пациентов в британских клиниках можно было предотвратить [3].

Согласно данным национальной статистики, каждый год примерно 90 000 итальянцев страдают от врачебных ошибок [3].

По данным Центра контроля и предупреждения заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), от медицинских ошибок погибает больше людей, чем от рака груди, СПИДа или дорожно-транспортных происшествий [3]. Ежегодный материальный ущерб, наносимый врачебными ошибками, оценивается приблизительно в \$2 млрд. Прямые и непрямые убытки, вызываемые медицинскими ошибками, составляют \$37,6 млрд. ежегодно. При этом эксперты полагают, что 70% медицинских ошибок предотвратимы, 6% потенциально предотвратимы и 24% ошибок предотвратить невозможно [6].

До 90-х гг. считалось, что, чем больше врачей, тем жестче конкуренция. Однако количество медицинского брака растет пропорционально числу персонала. Например, по данным Всемирной организации здравоохранения, в 2000 году в США на 1 млн. врачей приходилось 83 тыс. врачебных ошибок с летальным исходом, а уже в 2005-м на 1 млн. 240 тыс. врачей — 100 тыс. случаев со смертельным исходом. В Израиле, где врачей больше всего на душу населения, из-за медицинских ошибок в среднем в год погибают от 7–9 тыс. человек, а в странах ЕС — до 20 тыс. [4].

По статистике ВОЗ, ежегодно от врачебных ошибок умирают больше людей, чем погибают в ДТП, то есть более 1,5 миллиона человек. По данным мировой статистики, врачебные ошибки при назначении лекарственных средств являются причиной летального исхода значительно чаще, чем дорожно-транспортные происшествия и рак [5].

А что происходит в России? К сожалению, точных статистических данных по этой проблеме нет. По собственной инициативе соответствующую информацию собирает Лига защиты прав пациентов, по данным которой от врачебных ошибок в России ежегодно гибнут около 50 000 человек [7], что почти в два раза меньше, чем в США.

Однако следует учитывать, что в США численность населения выше; объем оказываемой медицинской помощи больше. В стране четко отрегулирована система учета, регистрации, контроля и анализа врачебных ошибок; осуществляется систематический мониторинг здоровья, отрегулированы право-вые отношения в системе врач—пациент.

Но, допустим, что публикуемая Лигой защиты информация отражает действительность. Представим себе, что каждый месяц число жертв от авиакатастроф составляет более 4100 человек (50 000 : 12 месяцев). Как отреагировало бы общество на эту ситуацию? А, согласно данным ВОЗ, от действий врачей люди умирают в 33 тысячи раз чаще, чем из-за авиакатастроф [8].

Однако есть основания полагать, что жертв от врачебных ошибок в России гораздо больше. Президент Российского общества патологоанатомов, директор НИИ морфологии человека Лев Кектурский заявил: «Вне поля зрения руководителей лечебных учреждений остаются дефекты клинической диагностики и связанные с ними недостатки лечебной работы. Кроме того, руководители медучреждений не заинтересованы в том, «чтобы выносить сор из избы». Ритуальная служба тоже не дремлет, у них высокая конкуренция. Они уговаривают родственников отказаться от вскрытий. В российских стационарах процент вскрытий умерших людей в среднем составляет 60%, причем в 10–15% случаев диагнозы расходятся». «А если взять тех, кто умер не в стационаре, а дома, то там эта цифра просто шокирующая. Там процент расхождения колеблется от 50 до 70%. Это говорит о том, что эти люди не получали адек-



кватного лечения», — подчеркнул эксперт. Примечательно, что подавляющее большинство россиян (80%) умирает дома [9].

В отличие от здравоохранения, при авиа-катастрофах никогда не рассматривается одна причина — человеческий фактор, рассматривается весь комплекс системных проблем. Почему же в здравоохранении иначе?

Врач не работает в замкнутом и обособленном пространстве, он работает в системе и от нее зависит. Его, как и летчика, надо беречь и создавать для него элементарные условия для работы. Всем этим должна заниматься система. Самого же пациента не волнует система, она от него далеко. Он непосредственно имеет дело с врачом и от него ждет помощи и если врач ошибается, то больной выясняет отношения именно с врачом. Врач, как вратарь при пенальти, отбивается один.

Все большее число экспертов приходят к мнению, что за медицинские ошибки должны отвечать и система здравоохранения. Тому есть немало доказательных примеров.

Интернет-опрос пациентов показал, что причинами высокого уровня врачебных ошибок они считают:

- невнимательность и халатность — 25%;
- недостаточный уровень квалификации, плохое образование — 22%;
- сложность привлечения врача к ответственности за ошибку — 16%;
- низкий уровень зарплат врачей — 13%;
- отсутствие современного оборудования в ЛПУ — 15%;
- другое — 6% [10].

Таким образом, более половины пациентов связывают врачебные ошибки с системой здравоохранения, но не с врачом!

Известный экономист У. Деминг из «14 пунктов успешного менеджмента» выделяет «Изгнать страх», объясняя огромную значимость данного пункта. Его японские последователи еще более отточили формулировку: «Любой дефект — сокровище», чтобы всем стало ясно, что ошибки ни в коем случае

нельзя утаивать, поскольку иначе их не исправишь.

Проведенный нами анонимный опрос медицинских работников различных специальностей из более 24 регионов Российской Федерации показал, что 60% опрошенных не признаются в своих ошибках, 20% — редко признаются и только 11% не боятся их анализировать. Такая сложившаяся ситуация в медицинских учреждениях не удивительна. До тех пор, пока обратная связь заключается в угрозе наказания — действительной или мнимой, никаких улучшений не наступит. Система должна создать такие условия, когда культурной нормой станут откровенное признание проблем и критическая оценка своих ошибок. Только в этом случае можно ожидать неуклонное решение проблемы по снижению врачебных ошибок. Великий философ Луций Анней Сенека (4 до н.э. — 65 н.э.) сказал: «От мелких неисправимых ошибок легко перейти к крупным порокам».

В федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов запланировано сокращение финансирования федеральных медицинских организаций. По специализированной помощи в 2014 году — на 35%, а в 2015–2016 годах — на 50%. Амбулаторную помощь ожидает еще более жесткая ситуация. Уже в следующем году бюджет сократится на 50%, а в последующие годы амбулаторная помощь за счет бюджета вообще не будет оказываться [11].

Джозеф Джуран, автор концепции ежегодного улучшения качества (*AQI*), писал: «Роль высшего менеджмента качества — это организационные вопросы обеспечения качества, роль высшего руководства в решении проблем качества и целесообразность активного сближения методов обеспечения качества с представлениями общего менеджмента». Он утверждал, что за 85% проблем качества — это ответственность системы, а за остальные 15% — исполнители. Деминг усилил это правило. Он подчеркнул, что 96% проблем качества — это ответственность системы, на исполнителей





приходится лишь 4%. В последние годы жизни он еще более ужесточил эти цифры: 98 и 2%.

Улучшение состояния дел в здравоохранении требует целого комплекса мер, среди которых важная роль принадлежит работе с врачебными ошибками. Нужно иметь четкую статистику об их количестве, анализ их причин, нужно стимулировать вскрытие ошиб-

бок, а не их сокрытие. Одновременно необходима система правовой и экономической защиты врача.

Затронутая проблема является не только общественно-политической, этической, правовой, демографической, но и социально-экономической. Решение ее — это приоритет прежде всего национальный.



## Литература

- 1.** Каждый десятый пациент становится жертвой врача//[http://www.greek.ru/news/eu/35057/?sphrase\\_id=9182](http://www.greek.ru/news/eu/35057/?sphrase_id=9182).
- 2.** Врачебная ошибка//<http://greenka.net/archive/index.php/t-771.html>.
- 3.** Статистика врачебных ошибок на Западе//<http://www.mosmedicina.ru/novosti-meditsiny/statistika-vrachebnykh-oshibok-na-zapade>.
- 4.** Емельяненко В. Культ врачей и симулянтов//[profile.ru>arkhiv/item...kult-vrachei-i-simulyantov...](http://profile.ru>arkhiv/item...kult-vrachei-i-simulyantov...)
- 5.** Молостов В.Д. Врачи ошибаются не чаще «среднестатистического» человека//<http://medlinks.ru>article.php?sid=53909>.
- 6.** Медицинское обслуживание. Иммиграция в США [http://www.imcl.ru/usa/060114\\_wpf.php](http://www.imcl.ru/usa/060114_wpf.php).
- 7.** Николаева Д. Последняя ошибка//Коммерсант-Здравоохранение. Приложение № 234 от 11.12.2012. — С. 17.
- 8.** От врачей люди умирают в 33 тысячи раз чаще, чем из-за авиакатастроф//<http://www.segodnya.ua/ukraine/iz-za-vrachej-pohibaet-v-33-tyschach-raz-bolshe-ljudej-chem-v-aviakatastrofakh.html>.
- 9.** Арьков В.А. Живые и мертвые//Общественная палата, Экспертно-аналитическая сеть...//[www.politrus.com/2011/03/20/общественная-палата-8/](http://www.politrus.com/2011/03/20/общественная-палата-8/)Источник: пресс-служба Общественной палаты РФ. 17 марта, 2011 г. Март 20, 2011.
- 10.** Врачебная ошибка//[med.ckoro.ru](http://med.ckoro.ru) © 2013.
- 11.** Федеральный закон от 02.12.2013 № 349-ФЗ (ред. от 02.04.2014) «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

## Здравоохранение-2014



### РОСЗДРАВНАДЗОР РАЗРАБОТАЛ ПРОЕКТ НОМЕНКЛАТУРНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МЕДИЗДЕЛИЙ

**В** соответствии с поручением Правительства Российской Федерации, Росздравнадзор разработал проект номенклатурной классификации медицинских изделий. Проект содержит наименования 20 696 видов медицинских изделий и их описание согласно положениям ст. 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан». Предложения по проекту Росздравнадзор просит направлять по адресу: [NK@roszdravnadzor.ru](mailto:NK@roszdravnadzor.ru)



**А.А. Старченко,**

ответственный секретарь Общественного совета по защите прав пациентов, г. Москва, Россия

## О ПРОЕКТЕ ПРИКАЗА МИНЗРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 5 СТАДИИ, ПОЛУЧАЮЩИМ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ»

С чувством горечи прочитал опубликованный на сайте проект приказа МЗ «Об утверждении специализированной медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии, получающим лечение гемодиализом», вывешенный на сайте Минздрава в разделе документы.

В преамбуле проекта стандарта *«Стандарт специализированной медицинской помощи пациентам с хронической болезнью почек 5 стадии, получающим лечение перitoneальным диализом»* указано на условия оказания медпомощи — в дневном стационаре при плановой форме:

*«Категория возрастная»: взрослые*

*«Пол: любой*

*«Фаза: хроническая*

*«Стадия: ХБП 5*

*«Осложнения: Осложнения ХПН и лечения диализом*

*«Вид медицинской помощи: специализированная, в том числе ВМП*

*«Условия оказания медицинской помощи: в дневном стационаре*

*«Форма оказания медицинской помощи: плановая*

*«Средние сроки лечения (количество дней): 30».*

В разделе 1 стандарта указано, что нефролог проводит первичный осмотр в 100% случаев при постановке диагноза. Однако при этом в разделе 2 стандарта не указан врач-специалист, который в течение заявленных 30 пациенто-дней должен осуществлять наблюдение и лечение пациента с терминальной ХПН на гемодиализе.

**1.** Необходимо уточнить, кто является ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ пациента с терминальной ХПН на гемодиализе. Из раздела 2 стандарта это не понятно, так как там указаны только консультанты (диетолог, невролог, хирург, эндокринолог).

**2.** Заработка плата врача какой специальности должна быть рассчитана по тарифу лечения больного с ХПН методом перitoneального диализа, исходя их данного стандарта, который должен быть лечащим врачом?

© А.А. Старченко, 2014 г.





## 2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Прием (осмотр, консультация) и наблюдение врача-специалиста			
Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усредненный показатель частоты предоставления	Усредненный показатель кратности применения
B01.013.002	Прием (осмотр, консультация) врача-диетолога повторный	0,01	1
B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	0,03	1
B01.057.002	Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный	0,1	2
B01.058.002	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный	0,1	1

Если Минздрав России не предусматривает в тарифе на медпомощь зарплату на наблюдение лечащим врачом пациента на гемодиализе, то он провоцирует врача не осуществлять такого наблюдения, что, естественно, будет предметом предъявления иска со стороны пациента к медорганизации за отсутствие внимательного отношения к больному, с той степенью заботливости и осмотрительности, какая от врача требовалась по характеру обязательства и условиям обработа в соответствии с нормой ст. 401 ГК РФ.

**3.** В разделе «3. Перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием средних суточных и курсовых доз» отсутствует напрочь перечисление препаратов «B05D Растворы для перitoneального диализа». Означает ли это, что в тариф (для расчета которого, как сообщила министр, и нужен стандарт) лечения больного перitoneальным диализом больше не включены растворы? Или перitoneальный диализ проводят теперь воздушной смесью?

**4.** Почему в стандарте отсутствует главное — процедура гемодиализа, предусмотренная Номенклатурой (пр. 1664н) «A18.05.002 Гемодиализ» (гемофильтрация, ультрафильтрация) или денег в тариф на самое главное закладывать необязательно?

**5.** Почему в стандарте отсутствуют и другие необходимые пациенту услуги, предусмотренные Номенклатурой? Например, A16.12.033 Формирование артерио-венозной fistулы A16.12.034 Закрытие артерио-венозной fistулы

Неужели они не требуют включения в тариф??? Как оплачивается работа хирурга, если нуждаемость в его работе всего 0,05, а fistулы нужны практически всем пациентам???

В Национальную медицинскую палату с просьбой о помощи обратилась врач анестезиолог-реаниматолог А., которую обвинили в причинении смерти по неосторожности пациентке, которой за неделю до смерти доктор установила внутривенный катетер для проведения сеанса гемодиализа. Суть обвинения сводилась к тому, что доктор не удалила катетер после сеанса диализа из бедренной вены, в которой в процессе сеанса образовался тромб, который вызвал тромбоэмболию легочной артерии и смерть пациентки через неделю...

Доктора А. поддержала медицинская общественность и руководство уважаемого научного медицинского учреждения — Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского. В основу обвинительного заключения было



положено заключение комиссии судебно-медицинских экспертов Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова МО РФ, в котором искажались факты и излагались выводы типа:

— «Секционное исследование («вскрытие») позволяет установить наличие морфологических (то есть структурных) изменений в органах и тканях, а потому его результаты не могут в полной мере подтвердить (или опровергнуть) клинический диагноз, основанный (в первую очередь) на выявленных нарушениях функции»;

— «Отсутствие сведений о клинических проявлениях тромбофлебита при условии

достоверности и полноты записей в Истории болезни может быть объяснено наличием у Т. сахарного диабета. Возникающие при этом заболевании расстройства микроциркуляции могут извращать (стирать, уменьшать степень выраженности) и без того неяркую клиническую картину воспалительного процесса в сосудистой стенке» и др.

Жизнь и репутация доктора были поставлены под угрозу...

Виной всему — установка вывести из-под ответственности правоохранительные службы, подставив невиновного доктора.

## Статистика

### НА МЕДОСМОТРАХ УДАЕТСЯ ОБНАРУЖИТЬ ЛИШЬ ДВЕ ТРЕТИ СЛУЧАЕВ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ

**Р**оссийские врачи зарегистрировали 162 тысячи случаев профессиональных болезней по данным за прошлый год, рассказала глава Минздрава Вероника Скворцова.

В министерстве встревожены тем, что у каждого шестого работника впервые обнаружено два и более профзаболевания. Причем 17,5% сотрудников из-за работы стали инвалидами, половина из них — женщины.

Ежегодно медики ставят шесть—восемь тысяч новых диагнозов, связанных с профессиональной деятельностью пациентов, сообщила Скворцова. Химические факторы чаще всего приводят к бронхитам, интоксикациям, бронхиальной астме, болезням кожи. Физические факторы провоцируют заболевания органов слуха, опорно-двигательного аппарата и нервной системы. При интеллектуальной нагрузке и монотонной работе обычно страдает сердечно-сосудистая и нервная системы. Всего утвержденный перечень профзаболеваний включает 190 нозологических форм.

При этом всего две трети случаев профзаболеваний врачам удается обнаружить во время профилактических медосмотров. О каждом третьем случае становится известно, только когда больной вынужден сам обратиться за медицинской помощью. Из-за того, что медики не могут вовремя поставить диагноз, в стране растет количество хронических заболеваний.

По словам министра здравоохранения, эта статистика заставила власти пересмотреть всю систему диспансеризации трудоспособного населения. Например, для работников с вредными условиями труда составили особый порядок регулярных медицинских осмотров. Кроме того, Минздрав сократил медицинские показания к допуску граждан на работу, в том числе инвалидов по слуху, и ввел специальную должность главного внештатного специалиста — профпатолога.

Тем не менее, в ведомстве признают, что этого мало: нужно как минимум создать больше центров профпатологии (сегодня их 85 на всю страну) и придумать, как координировать их работу, поскольку пока они подчиняются только местным властям.

Источник: <http://medportal.ru>





## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДНОСТИ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА



**Резолюция круглого стола, состоявшегося 16 мая 2014 года в г. Москва в рамках Всероссийской научно-практической конференции «Неинфекционные заболевания и здоровье населения России»**

Бсудив уровень инвалидизации населения вследствие болезней системы кровообращения в Российской Федерации, проблемы оценки степени ограничений способности к трудовой деятельности при ишемической болезни сердца, методологические, клинические, психологические и социальные аспекты профилактики инвалидности после применения высокотехнологичных методов лечения, участники круглого стола отмечают следующее.

Уровень инвалидности является одним из основных показателей здоровья населения и зависит от многих факторов, в том числе от демографической ситуации, заболеваемости, деятельности органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты, от нормативно-правовой базы по проблеме инвалидности, в том числе законов РФ и постановлений Правительства РФ по социальной поддержке различных категорий инвалидов, реальных мер государственной поддержки, получаемых инвалидами. В России, по данным Росстата, на 1 января 2013 года общая численность инвалидов составила более 13 млн. человек, половина из которых — лица трудоспособного возраста. Первое место среди причин инвалидности занимают болезни системы кровообращения и прежде всего ишемическая болезнь сердца (ИБС). Особую актуальность эта проблема приобретает в связи с ратификацией Россией Конвенции о правах инвалидов 3 мая 2012 года, что, безусловно, требует соответствующих изменений политики государства в отношении к инвалидам и вопросам проведения медико-социальной экспертизы. В настоящее время обсуждаются новые классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы с учетом количественной оценки степени нарушенных структур и функций организма.

Одной из основных целей приоритетного национального проекта «Здоровье» являлось уменьшение смертности и инвалидности от сердечно-сосудистых заболеваний путем снижения в популяции факторов риска их развития, а также внедрения высокотехнологичных видов медицинской помощи. Строительство и ввод в эксплуатацию кардиохирургических центров нового поколения в рамках этого проекта значительно повышают доступность и качество кардиохирургической помощи населению. Коли-

чество процедур коронарного шунтирования (КШ), выполненных в нашей стране за последние 5 лет, увеличилось более чем в 5 раз и достигло к 2012 году более 34 тысяч. Доказано, что КШ увеличивает продолжительность жизни и повышает ее качество у большинства больных. Одним из критерии эффективности хирургического вмешательства является сохранение трудоспособности пациентов. Однако результаты отечественных исследований демонстрируют низкий процент возвращения больных к трудовой деятельности, что нивелирует высокий клинический эффект КШ и снижает социальную значимость этого вида лечения.

Несмотря на объективное улучшение клинического состояния большинства оперированных пациентов (по данным исследований, выполненных на базе Челябинского межобластного кардиохирургического центра и ФГБУ НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН г. Кемерово), показатели трудоспособности после КШ даже ухудшаются. У всех пациентов, имевших инвалидность до операции, при переосвидетельствовании в послеоперационном периоде инвалидность подтверждается. Кроме того, дополнительно к этому 25% пациентов трудоспособного возраста после операции становятся впервые признанными инвалидами. Результаты исследований, представленных на круглом столе, свидетельствуют о слабой связи между заключениями бюро МСЭ об ограничениях способности к трудовой деятельности и послеоперационной динамикой клинико-функциональных показателей. Врачи поликлинического звена не готовы менять в послеоперационном периоде исходные диагнозы. Более чем у половины пациентов при направлении на МСЭ и определении способности к трудовой деятельности отсутствует оценка степени функциональных нарушений с помощью таких методов, как эхокардиография, оценка толерантности к физической нагрузке (ТФН), то есть оценка степени функциональных нарушений не

объективизирована. Зачастую пациенты направляются на МСЭ несвоевременно — в среднем через 3–4 месяца независимо от прогноза. Вместе с тем известно, что такие сроки определены только для пациентов с очевидно неблагоприятным клиническим и трудовым прогнозом. В то же время у пациентов с благоприятным прогнозом период временной нетрудоспособности может составлять до 10 месяцев.

Еще одним условием, определяющим низкий возврат пациентов к труду, являются субъективные факторы. Так, до сих пор среди врачей и пациентов бытует мнение, что операция на сердце выполняется только при очень тяжелом заболевании сердца, что требует для пациента соблюдения после операции постоянного лечебно-охранительного режима, при этом ставится знак равенства между необходимостью лечения, наблюдения и ограничением трудоспособности этих больных.

Одной из причин высокого уровня инвалидизации после операций на сердце является отсутствие в послеоперационном периоде эффективной системы реабилитации. Структура кардиохирургических центров не предусматривает реабилитационных отделений. Стационарный этап при кардиохирургическом лечении сокращен до 10 дней, после операции больные вынуждены проходить лечение в общебольничной сети, что в значительной мере снижает эффективность реабилитации кардиохирургических пациентов. Полноценная реабилитация сегодня недоступна для значительной части оперированных больных.

К сожалению, до сих пор отсутствует и нормативное обеспечение контроля качества восстановительного лечения больных, перенесших операции на сердце. При этом медико-экономические стандарты медицинской помощи больным с диагнозами ИБС, стенокардия стабильная и другие формы хронической ИБС не могут обеспечить качественной помощи пациентам после коронарного шунтирования на этапе специализированной





медицинской реабилитации. Отсутствие стандартизированного клинического протокола обследования и лечения больных, переводимых непосредственно из кардиохирургических клиник для реабилитации, подчеркивает отсутствие сформированной концепции медицинской реабилитации этой категории больных.

Таким образом, структура и причины инвалидности (и/или невозвращения к работе) после операций на сердце гетерогенны. Существенное значение для определения группы инвалидности имеют не только клинико-функциональное состояние пациента и тяжесть болезни, но и социальные и психологические факторы как со стороны пациентов, так и со стороны врачей. Одной из важных причин низкого процента пациентов, вернувшихся после КШ к профессиональной трудовой деятельности, является отсутствие в стране единой междисциплинарной программы системы реабилитации после кардиохирургических вмешательств. Вместе с тем имеются неоспоримые доказательства успешности таких программ в отношении как прогноза, так и показателей качества жизни, в том числе возвращения пациента к трудовой деятельности. Фактически реабилитация кардиохирургических пациентов «не успевает» за успехами кардиохирургии. Она недоступна значительной части оперированных больных, что порождает множество как медицинских, так и социальных проблем и снижает потенциальную эффективность проведенных операций.

Итогом этого у пациента после реваскуляризации миокарда являются низкие показатели качества жизни, нежелание возвращаться к труду и соответственно высокий уровень инвалидности. Большие затраты на каждую операцию КШ и ежегодное увеличение их количества являются тяжелым экономическим бременем для государства.

На основании изложенного с целью выработки предложений по совершенствованию системы стандартизации оказания медицинской помощи в Российской Федерации участники круглого стола решили следующее.

**1.** Считать важными и своевременными предпринимаемые в настоящее время государственные инициативы по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и по увеличению объемов высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ССЗ.

**2.** Признать целесообразным проведение широкомасштабных мероприятий для максимизации возврата к трудовой деятельности пациентов с ССЗ после хирургической реваскуляризации миокарда, включая:

- проведение междисциплинарного научного исследования, направленного на выявление факторов, влияющих на способность к трудовой деятельности после высокотехнологичных методов лечения ИБС;

- проведение сравнительного анализа социально-демографических и клинико-функциональных характеристик больных в зависимости от наличия или отсутствия инвалидности до и после операции;

- изучение мнения пациентов относительно удовлетворенности и качества жизни после оказания высокотехнологичной медицинской помощи;

- принятие на основе проведенного анализа (с учетом таких факторов, как распространенность инвалидности, потребность в реабилитационных услугах, социально-экономический статус, результаты и недостатки текущей практики, а также психологические и социальные барьеры) стратегии и плана работы в данном направлении, предусматривающие конкретные мероприятия, сроки их реализации, ответственных лиц и механизмы достижения намеченных результатов;

- обосновать и разработать стандартизованный клинический протокол обследования и лечения больных, переводимых непосредственно из кардиохирургических отделений для реабилитации в специализированные отделения восстановительного лечения;

- активизировать постдипломное обучение врачей амбулаторно-поликлинических учреждений основным принципам МСЭ и

реабилитации в соответствии с клинической специальностью.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости проведения совместной (врачи-кардиологи, терапевты, сердечно-сосудистые хирурги, эксперты в области медико-социальной экспертизы) конференции и мультидисци-

плинарного исследования, в котором должны участвовать кардиологи, сердечно-сосудистые хирурги, специалисты в области МСЭК, для уточнения причин инвалидности после коронарного шунтирования и разработки критерий оценки трудоспособности больных, подвергающихся кардиохирургическому лечению.

*Рабочая группа по согласованию текста резолюции: О.Л. Барбара (Кемерово), Р.К. Кантемирова (Санкт-Петербург), И.В. Самородская (Москва), С.В. Сердюков (Санкт-Петербург), Л.А. Эфрос (Челябинск), О.О. Салагай (Москва), В.Ю. Семенов (Москва), Д.М. Аронов (Москва), С.А. Бойцов (Москва), Л.Л. Науменко (Москва)*

## БОЛЕЕ 11 ТЫСЯЧ РОССИЯН СТРАДАЮТ ОРФАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

о итогам 2013 года, в 83 субъектах Российской Федерации зарегистрировано 11 175 больных редкими заболеваниями. Объем финансирования региональными бюджетами этой группы больных составил свыше 4 млрд. рублей. В среднем на одного больного с редким заболеванием в прошлом году было потрачено почти 400 тыс. рублей.

Таковы результаты исследования «Оценка необходимых финансовых затрат для обеспечения лекарственной помощи больным с редкими (орфанными) заболеваниями в Российской Федерации». 26 мая на заседании рабочей группы Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике на тему «Системный подход в оказании медицинской помощи больным с редкими (орфанными) заболеваниями» об итогах исследования рассказала старший научный сотрудник Центра по оценке технологий здравоохранения РАНХиГС при Президенте РФ Мария Сура.

Организаторами исследования выступили Центр оценки технологий в здравоохранении РАНХиГС при Президенте РФ, Научно-исследовательский финансовый институт при Министерстве финансов РФ, Экспертный совет по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Исследование состояло из нескольких этапов. Первый включал анализ объемов финансирования и количества зарегистрированных больных с редкими заболеваниями в Российской Федерации в 2013 году. Далее эксперты произвели расчет необходимых финансовых затрат на патогенетическую лекарственную терапию зарегистрированных пациентов. Затем рассчитали необходимые финансовые затраты на патогенетическую лекарственную терапию пациентов с редкими заболеваниями с учетом предоставления скидок фармацевтическими компаниями в случае 50 и 100%-ного обеспечения больных в России в прошлом году.

Заключительным четвертым этапом стал прогноз числа таких пациентов и количества необходимых финансовых затрат на патогенетическую лекарственную терапию больных редкими заболеваниями с учетом данных зарубежных эпидемиологических исследований. Мария Сура рассказала, что объемы финансирования и число зарегистрированных пациентов с орфанными заболеваниями анализировали на основании данных, полученных в результате опроса Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике в 83 субъектах страны по 24 редким заболеваниям, включенным в Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 года №403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими



(орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента».

— По результатам исследования, наиболее затратными заболеваниями признаны: пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) — более 850 млн. рублей на 215 зарегистрированных больных, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпуря (синдром Эванса) — более 650 млн. рублей на 2700 больных и мукополисахаридоз II типа — более 630 млн. рублей на 82 больных, — подчеркнула эксперт.

Больше всего пациентов зарегистрировано по таким заболеваниям, как нарушение обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) — 3461 больной, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпуря (синдром Эванса) — 2700 больных, юношеский артрит с системным началом — 1080 больных.

— Если говорить об объеме необходимых финансовых затрат на патогенетическую лекарственную терапию зарегистрированных в России в 2013 году пациентов с редкими заболеваниями, он составил 23,7 млрд. рублей. Получается, в среднем выходит 2,12 млн. рублей на одного больного с редким заболеванием в год, — отметила Мария Сура.

Максимально возможная скидка со стороны фармацевтических компаний в случае 50 и 100%-ного обеспечения россиян, нуждающихся в орфанных препаратах, могла бы составить 5 и 8%. В этом случае, уверены эксперты, объем необходимых финансовых затрат на патогенетическую лекарственную терапию пациентов с редкими заболеваниями мог бы сократиться.

— Результаты исследования свидетельствуют, что особое внимание необходимо уделить вопросу увеличения объемов финансирования россиян с редкими заболеваниями примерно в пять раз с возможностью привлечения средств федерального бюджета. Кроме того, будет разработан и утвержден необходимый объем финансово сбалансированных и научно обоснованных стандартов медицинской помощи таким больным, государственное регулирование цен на все орфанные препараты будет способствовать повышению эффективности оказания медицинской помощи этой группе пациентов и сдерживанию затрат системы здравоохранения, — считает Мария Сура.

*Автор: Елена Восканян*

## ОКОЛО ТРЕТИ РОССИЙСКИХ ПОДРОСТКОВ ИМЕЮТ НАРУШЕНИЯ В РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЕ

Практически треть российских подростков обоих полов страдают нарушениями репродуктивной сферы, — сообщила заместитель директора Научного центра здоровья детей РАМН, заместитель председателя исполнкома Союза педиатров России Лейла Намазова-Барanova на пресс-конференции 26 мая.

— Сегодня практически треть всех девочек подросткового возраста имеют проблемы с репродуктивным здоровьем. И не меньше трети мальчиков тоже. То есть у нас с репродуктивным здоровьем все очень непросто, — сообщила Лейла Намазова-Барanova.

Такая ситуация, по ее словам, может представлять серьезную угрозу для будущих поколений, особенно в контексте общего снижения численности детей в популяции. За последние двадцать лет данный показатель упал с 25 до 18%.

Потенциал к улучшению ситуации, по оценкам специалистов, заложен в мерах по снижению показателей детской смертности, в первую очередь от внешних причин — лидирующих среди причин смертности у подростков.

По информации Лейлы Намазовой-Барановой, основными причинами потерь в данной возрастной группе являются убийства, самоубийства, травмы и отравления.

*Автор: Татьяна Колбасова*



→ От редакции:

**«Основные направления бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», разработанные Минфином России, содержат предложения по уплате страховых взносов самими неработающими гражданами. Это предложение вызвало бурную дискуссию в обществе. Сегодня мы публикуем материал на эту тему.**

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

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

## АНАЛИЗ ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ВВЕДЕНИЯ СОПЛАТЕЖЕЙ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

УДК 614:338.26

Кадыров Ф.Н. Анализ возможных последствий введения соплатежей неработающего населения в систему обязательного медицинского страхования (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия)

**Аннотация.** В соответствии с действующим законодательством взносы на обязательное медицинское страхование работающего законодательства вносят работодатели. Взносы на неработающее население (дети, пенсионеры и т.д.) уплачиваются субъекты Российской Федерации. Минфин России предложил ввести механизм, в соответствии с которым взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения (за исключением некоторых категорий) вносились бы сами неработающие. Последствия реализации таких предложений неоднозначны. Статья посвящена анализу последствий реализации предложений Минфина России о введению соплатежей в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

**Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, страховые платежи, неработающие граждане, соплатежи.

Н е первый год на разных уровнях идут разговоры о необходимости ведения соплатежей в здравоохранении. Логика понятна: в условиях дефицита финансовых средств, низких темпов экономического развития и т.д. обеспечить значительный рост финансирования здравоохранения невозможно. Политически сложно и уменьшать объем государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В этих условиях возможной перспективой наряду с развитием платных медицинских услуг является введение соплатежей со стороны населения. И вот первый реальный шаг: в опубликованных Минфином России «Основных направлениях бюджетной политики на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» предложено ввести соплатежи на обязательное медицинское страхование неработающих.

Рассмотрим все по порядку.

© Ф.Н. Кадыров, 2014 г.



Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования обеспечиваются поступлением страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

Взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения уплачиваются в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования страхователями для неработающих граждан — субъектами Российской Федерации.

Минимальный размер взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения установлен Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» в размере 18 864,6 рубля.

Установленный тариф страхового взноса на ОМС неработающего населения в размере 18 864,6 рубля с учетом коэффициента дифференциации, а также положений Федерального закона № 326-ФЗ по расчету размера страховых взносов на ОМС неработающего населения, достигается с 2015 года. Кроме того, в 2017 году размер тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения будет проиндексирован по темпу роста инфляции.

Принимая во внимание недопущение сокращения объема иных расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования, не связанных с оплатой труда медицинских работников, которое может привести к снижению качества оказания бесплатной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, предусматривается увеличение доходной части бюджета Фонда путем установления тарифа страховых взносов с 2016 года в размере 5,1% сверх предельной величины базы для начисления страховых взносов (в 2014 году — 624 000 рублей), что позволит минимизировать указанные риски.

Итак, финансовое обеспечение системы ОМС должно улучшиться. Это новый и положительный для системы здравоохранения момент.

При этом объем прав граждан в системе обязательного медицинского страхования не зависит напрямую от объема уплаченных страховых взносов и соответственно величины базы для начисления страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

В этой связи, утверждает Минфин России, установление тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование сверх установленной предельной базы для начисления страховых взносов не повлечет за собой изменение обязательств государства в части обязательного медицинского страхования и не приведет к возникновению дифференцированных прав граждан на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Справедливое утверждение. Однако данное предложение напрямую коснется бизнеса и любых работодателей, что закономерно рассматривается ими как негативный момент. Действительно, с социальной точки зрения, данное решение может рассматриваться как положительное, но с возможными негативными последствиями для части экономических субъектов.

Обеспечение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при осуществлении переданных полномочий по организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации, с целью выравнивания финансового обеспечения бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования для создания равных условий гражданам Российской Федерации на получение качественной медицинской помощи в рамках базовой про-



граммы обязательного медицинского страхования, будет осуществляться путем предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

В целом объем указанных субвенций бюджетом территориальных фондов обязательного медицинского страхования составит в 2015 году 1351,8 млрд. рублей, в 2016 году — 1588,6 млрд. рублей, в 2017 году — 1675,8 млрд. рублей.

За счет субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования планируется:

- увеличить финансовое обеспечение расходов, осуществляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая уплату высокотехнологичной медицинской помощи;

- поэтапно повышать оплату труда медицинских работников, осуществляющих свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в целях реализации к 2018 году Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Размер указанной субвенции включает в том числе финансовое обеспечение денежных выплат медицинским работникам, ранее осуществляемых за счет средств федерального бюджета и бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренных на следующие цели:

- оплата труда медицинского персонала в рамках финансового обеспечения оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми,

врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачами-терапевтами участковых, врачами-педиатрами участковых, медицинскими сестрами врачами общей практики (семейных врачей);

- денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;

- дополнительные стимулирующие выплаты врачам и среднему медицинскому персоналу, участвующим в 2011 и 2012 годах в реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по внедрению стандартов медицинской помощи и повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Описание субвенций подается Минфином России как нечто позитивное. На самом деле это не совсем так. С 2013 года изменился порядок финансового обеспечения части из перечисленных выплат (два первых из вышеуказанных пунктов), которые до этого в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» осуществлялись из средств федерального бюджета. Теперь эти направления проекта «Здоровье» финансируются за счет средств обязательного медицинского страхования. Другими словами, не все средства, высвободившиеся после завершения программ модернизации, стали дополнительным источником финансирования оказания медицинской помощи в системе ОМС — часть средств теперь направляется на возмещение тех сумм, которые до 2013 года поступали из федерального бюджета. Проще говоря, Минфин России сэкономил на этом, переложив свои обязательства на систему обязательного медицинского страхования.

Ну, а теперь самое главное. В целях обеспечения сбалансированности финансовой системы обязательного медицинского страхования Минфином России предлагается введение соплатежей пациентов за часть видов





медицинской помощи для всех неработающих граждан, определенных пунктом 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ

«Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», кроме детей, пенсионеров и зарегистрированных безработных из расчета 18% от тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом (18 864,6 рубля).

Это означает, что для получения медицинской помощи неработающие должны будут купить полис за свой счет.

Напомним, что указанный пункт 5 статьи 10 Федерального закона № 326-ФЗ устанавливает, что к неработающим гражданам относятся:

**а)** дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

**б)** неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

**в)** граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

**г)** безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

**д)** один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

**е)** трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

**ж)** иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах «а» — «е» настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Следует отметить, что речь идет только о предложении — оно пока не подкреплено никаким нормативными документами и может быть снято в любой момент. Кроме того, сумма взносов относительно не велика — менее 3400 руб. на человека в год.

По большому счету — это пробный шар со стороны Минфина России. Но очень серьезный, учитывая то, какой орган вышел с подобным предложением. Ясно и то, что столь неоднозначное предложение не могло появиться без согласования на высшем уровне.

Предложение Минфина вызвало большие споры, к сожалению, зачастую на эмоциональном уровне. Попытаемся вкратце оценить достоинства и недостатки данного предложения.

Прежде всего следует отметить, что Минфин России в последние годы является одним из самых реформаторских органов. Достаточно вспомнить, что именно он стал инициатором и разработчиком Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений», послужившего основой реформирования бюджетной сферы. Не обходится, правда, и без «переборов» в реформах — инструкции по бухгалтеру Минфин меняет так часто, что вызывает негодование практически у всей бухгалтерской общественности страны.

Как бы там ни было, нужно серьезно относиться к предложению Минфина России.

Важно и то, что по понятным причинам с подобным заявлением не мог выступить Минздрав России.

Итак, в чем плюсы рассматриваемого предложения?

Конечно же, во-первых, это дополнительные средства в систему ОМС, которые лишними никак не назовешь.

Во-вторых, это экономический стимул к официальному оформлению трудовых отношений. Не секрет, что многие граждане занимаясь частным бизнесом, являясь наемными работниками и т.д. никак не оформляют это. Соответственно работодатели в подобных случаях не уплачивают страховые взносы на обязательное медицинское страхование, а субъекты Российской Федерации,



которые платят взносы за них как за неработающих, несут бюджетные потери. Сокрытие доходов (в том числе от налогообложения), неуплата взносов налицо.

Логика стимула для неработающего гражданина проста: обращаешься в службу занятости и тебя регистрируют как неработающего. Тогда ты не платишь эти взносы. Но если ты не хочешь работать и от предложенных вакансий отказываешься, рано или поздно тебе придется начать платить за себя взносы в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.

Да, в эту категорию попадают домохозяйки, в чем обвиняют Минфин. Но значительную часть из них — это жены состоятельных граждан, для которых данная сумма (3400 руб. в год) не будет являться сколь-нибудь обременительной. Те, кто выступает против предложений Минфина России, встает на их сторону. Но ведь Минфин выступает в защиту других граждан, например, тех женщин, которые своим трудом создают продукцию, за счет которой и работодатель платит за них взносы, и субъект Российской Федерации (путем сбора налогов). То есть работающие женщины де-факто платят взносы на обязательное медицинское страхование состоятельных домохозяек. Разве это справедливо?

Вот о ком следует позаботиться, так это о лицах трудоспособного возраста, проживающих в депрессивных регионах, где рабо-

ту найти очень сложно. Поэтому необходима корректировка списка исключений — в частности, не целесообразно заставлять платить взносы студентов (особенно с учетом размеров их стипендий). Но эти вопросы решаемы.

Правда, на практике проблем будет гораздо больше — ведь работающий гражданин может перестать работать, но продолжать иметь полис обязательного медицинского страхования. Придется также решать вопросы и с возвратом средств, если оплачена годовая сумма, а гражданин устроился на работу и т.д. Механизм отслеживания статуса гражданина (работающий или нет) может оказаться чрезмерно громоздким и затратным.

Следует отметить еще один момент. Не трудно догадаться, что при успешной реализации предложений Минфина России размер страховых взносов может существенно повыситься с предлагаемых 18% и в конечном счете дойти до 100% установленной законом суммы страховых взносов на неработающее население (18 864,6 рубля).

Безусловно, необходим более углубленный анализ возможных негативных последствий реализации предложений Минфина России: выработка мер по их предотвращению. Тем не менее, в целом комплекс предложений Минфина России представляются логичными и оправданными. И рассматривать их нужно в комплексе, не вырывая из контекста только введение соплатежей.

## Литература

- 1.** Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 и от 1 июня 2012 г. № 761.
- 2.** Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».
- 3.** Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».
- 4.** Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
- 5.** Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».





6. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р «Об утверждении Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы».
7. Кадыров Ф.Н. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование в свете нового законодательства // Менеджер здравоохранения. — 2011. — № 2. — С. 68–72.
8. Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Хайруллина И.С. Проблемы и перспективы системы обязательного медицинского страхования. Часть 1. Цели и финансирование // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. — 2010. — Т. 2. — № 2. — С. 90–99.
9. Филатов В.Н., Кадыров Ф.Н., Хайруллина И.С. Проблемы и перспективы системы обязательного медицинского страхования. Часть 2. Структура и эффективность // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. — 2010. — Т. 2. — № 3. — С. 55–66.

*UDC 614:338.26*

*Kadirov F.N. An analysis of possible consequences from introduction of co-payments from unemployed population into the system of mandatory medical insurance [Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation, Moscow]*

**Abstract.** In accordance with the current legislation, employers are obligated to cover expenses for mandatory medical insurance system. Constituent territories of Russian Federation are responsible for making payments to support unemployed population (children and elderly and as such). Ministry of Finance of Russia suggested to introduce a mechanism in accordance to which the unemployed population (with exception of certain categories) would be responsible for covering expenses for mandatory medical insurance system themselves. The article is dedicated to an analysis of consequences of establishing proposals of Russian Ministry of Finance with regards to introducing co-payments into the system of mandatory medical insurance.

**Keywords:** mandatory medical insurance, Federal Fund of mandatory medical insurance, insurance payouts, unemployed citizens, co-payments.

## Обратная связь



### ЭКСПЕРТЫ КОНСТАТИРОВАЛИ ПАДЕНИЕ ДОВЕРИЯ НАСЕЛЕНИЯ К СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

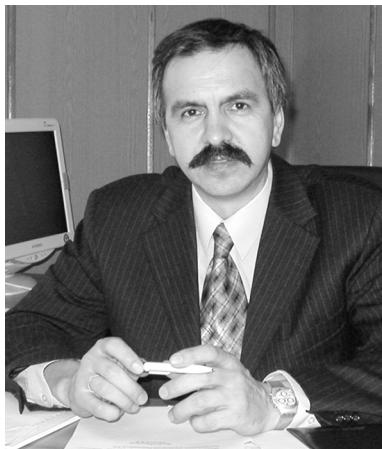
Результаты последних опросов населения зафиксировали падение доверия к участникам системы здравоохранения по сравнению с прошлым годом. Об этом в ходе круглого стола, посвященного проблеме сокращения бюджетных расходов на медицину, сообщил директор Центра социальной экономики, член Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнерству Давид Мелик-Гусейнов.

По его словам, падение рейтинга доверия к себе в разной степени испытали практически все участники системы.

Основная сложность, по словам экспертов, заключается в отсутствии в стране глобальной концепции развития системы здравоохранения, традиционно задающей главный вектор реформ. Свой вклад в низкие показатели удовлетворенности населения медицинской помощью, по мнению специалистов, вносит отсутствие условий для справедливой конкуренции между частным бизнесом и сетью государственных медучреждений.

— Налицо неконкурентоспособность нашей системы здравоохранения с точки зрения качества ее услуг. Мы видим, что наиболее платежеспособные клиенты покидают нашу систему здравоохранения и массово лечатся за рубежом. И это тоже оценка нашей системы здравоохранения с точки зрения ее эффективности, — считает начальник Управления контроля социальной сферы и торговли Федеральной антимонопольной службы России Тимофей Нижегородцев.

Источник: <http://www.pharmvestnik.ru>



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



### **Можно ли установить в виде нормы труда для работников, оказывающих платные услуги, финансовый план по доходам?**

Трудовой кодекс не устанавливает ограничений по поводу того, что является нормой труда. Статья 160 Трудового кодекса Российской Федерации (далее — Трудовой кодекс), посвященная нормам труда, устанавливает: «Нормы труда — нормы выработки, времени, нормативы численности и другие нормы — устанавливаются в соответствии с достигнутым уровнем техники, технологии, организации производства и труда».

В качестве норм выработки могут устанавливаться различные объемные показатели, включая и финансовые. Таким образом, сумма полученного дохода относится к нормам выработки. Во избежание спорных моментов целесообразно в учреждении разработать положение о системе нормирования труда, установив, для каких подразделений какие показатели выступают в качестве норм труда. Основанием для разработки и принятия такого положения является Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 г. № 504 «Об утверждении Методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях». Этому вопросу будет посвящена отдельная публикация.



### **Можно ли уволить работника за невыполнение нагрузки, измеряемой в сумме полученного дохода (за невыполнение финансового плана в подразделении, оказывающем платные услуги или работающем по ОМС)?**

В определенных случаях можно.

Статья 81 Трудового кодекса определяет, что трудовой договор может быть расторгнут работодателем в случаях: «*5)* неоднократного неисполнения работником без уважительных причин трудовых обязанностей, если он имеет дисциплинарное взыскание».





Дисциплинарным взысканиям посвящена статья 192 Трудового кодекса: «За совершение дисциплинарного проступка, то есть **неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей**, работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;
- 3) увольнение по соответствующим основаниям».

Итак, за неисполнение работником трудовых обязанностей на него может быть наложено дисциплинарное взыскание в виде замечания или выговора, а при дальнейшем неисполнении трудовых обязанностей он может быть уволен.

Возникает закономерный вопрос: является ли невыполнение норм труда неисполнением трудовых обязанностей?

Да, является. Во-первых, статья 21 Трудового кодекса, посвященная правам и обязанностям работника, устанавливает, что работник обязан выполнять установленные нормы труда.

Во-вторых, целесообразно в трудовом договоре с работником, заключаемом в рамках вводимого эффективного контракта, четко прописывать, что обязанностью работника является выполнение норм труда, оговаривая, что именно для данного работника является нормой труда (объем оказанных услуг в определенных единицах, стоимость оказанных услуг и т.д.), а также величину этих норм.

Тогда при невыполнении норм труда администрация будет иметь полное право применять меры дисциплинарного взыскания, вплоть до увольнения.

Отметим еще один нюанс: целесообразно определить порядок установления норм труда для данной категории работников в рамках принятой в учреждении системы нормирования труда.

**Форма трудового договора, вводимого в рамках эффективного контракта, включает такие графы, как:**

**«6. Настоящий трудовой договор вступает в силу с «\_\_» 20\_\_ г.**

**7. Дата начала работы «\_\_» 20\_\_ г.»**

**Должны ли они содержаться в новой форме трудового договора, если мы вводим ее путем заключения дополнительного соглашения к трудовому договору с уже работающими сотрудниками?**

В качестве Приложение № 3 к «Программе поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012–2018 годы», утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26.11.2012 № 2190-р, приведена «Примерная форма трудового договора с работником государственного (муниципального) учреждения». Это форма договора, заключаемого при приеме на работу новых сотрудников.

С работниками, с которыми уже заключен трудовой договор, заключается дополнительное соглашение к трудовому договору. Оно может предусматривать, что за основу взята рассматриваемая Примерная форма трудового договора.

Обращаем внимание на то, что это примерная форма, которая учреждениями при необходимости может быть изменена.



Дополнительное соглашение вносит необходимые изменения в текст действующего трудового договора, вводя новую редакцию трудового договора. В самом дополнительном соглашении указывается дата заключения дополнительного соглашения.

В новой редакции трудового договора базовые положения прежней редакции трудового договора должны сохраниться. Это касается в том числе и даты заключения трудового договора, даты начала работы (они могут не совпадать) и т.д. Поэтому если в первоначальной форме заключенного с работником трудового договора были указана соответствующие даты, то их следует сохранить и в новой редакции. Это может быть важно при рассмотрении споров по поводу стажа (медицинского стажа; стажа, дающего право на льготное пенсионное обеспечение, и т.д.).

Однако, если какая-то из приведенных выше дат, содержащихся в пунктах 6 или 7 в прежней редакции трудового договора не указывалась, указывать в новой редакции трудового договора эту дату нет необходимости.



### **Обязательно создавать комиссии, как это рекомендуется в приказе Минздрава России № 421?**

При введении эффективного контракта оптимальным является использование показателей и критериев, основанных на официальных статистических (отчетных) данных с расчетом выплат стимулирующего характера на основе четких математических алгоритмов. Например, выплата стимулирующего характера может производится в размере 10 рублей за каждое исследование (либо за каждое исследование сверх определенного уровня: сверх плана, свыше 80% от плана и т.д.). В этом случае нет никакой необходимости создавать комиссию, поскольку все данные легко проверяемы и, самое главное — есть алгоритм расчета. При этом обсуждать что-либо (и соответственно создавать комиссию) нет необходимости, ничье мнение (мнение члена комиссии) не имеет никакого значения — все определяется математическими расчетами.

Если же речь идет о таких качественных показателях, как, например, расходления диагнозов и т.д., определение значения которых производится на основе экспертных оценках, то создание комиссии целесообразно. Неслучайно в «Методических рекомендациях по разработке органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления показателей эффективности деятельности подведомственных государственных (муниципальных) учреждений, их руководителей и работников по видам учреждений и основным категориям работников», утвержденных Приказом Минздрава России от 28.06.2013 № 421, говорится о создании комиссий именно применительно к качественным показателям: «Распределение стимулирующих выплат **по критериям качества** рекомендуется производить Комиссией, утвержденной приказом по учреждению».





# ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

## ПОРТАТИВНОЕ НЕИНВАЗИВНОЕ УСТРОЙСТВО ПОЗВОЛИТ ИЗМЕРЯТЬ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В СЛЮНЕ

**Y**же сейчас с помощью инновационного метода надежно определяется 0,1 мкМ глюкозы, что в сотни раз меньше физиологического минимума. Сотрудники Университета Брауна в Провиденсе, США (Brown University, Providence, USA) разработали новый сенсор для измерения уровня глюкозы в сложных биологических жидкостях, таких как слюна. Эта разработка — важный шаг для создания портативных приборов для бытового контроля уровня сахара для людей, страдающих от диабета. Одновременно это открывает двери для разработки нового поколения высокочувствительных устройств для определения широкого спектра соединений.

Важной частью устройства будет интерферометр. Сам чип представляет собой посеребренный кусочек кварца, в площадью около двух сантиметров. На поверхности серебра нанесены тысячи мельчайших бороздок. При попадании на поверхность световой волны с серебряной поверхности бороздок выделяются свободные электроны и возникает поверхностный плазмонный резонанс. Волны возбуждения электронов интерфеcируют с волнами света, и эта интерференция фиксируется детекторами. Когда чип погружен в жидкость, свет и волны плазмонного резонанса проходят через вещество до момента интерференции, и в зависимости от состава жидкости характер интерференции будет разный. Интерферометр можно откалибровать на измерение специфических компонентов, например, глюкозы, в очень небольших количествах и с минимальными требованиями к объему образца.

Ученые из университета Брауна, возглавляемые Доменико Пасифиси (Domenico Pacifici) шагнули дальше. Они решили определять не глюкозу, а метаболит ее реакции с ферментами — глюкозооксидазой и пероксидазой хрена. В результате взаимодействий этих ферментов с субстратами, включающими глюкозу и флуоресцентную метку можно получить окрашенные продукты, которые очень хорошо определяются интерферометрически. В экспериментах, проведенных Пасифиси и коллегами удалось достичь чувствительности в определении глюкозы в воде 0,1 мкмоль на литр, при физиологических концентрациях в диапазоне 20–240 мкМ. Это десятикратно повысило чувствительность по сравнению со стандартной интерферометрией.

Следующим этапом работы будет калибровка устройства для работы со слюной. В конечном счете авторы разработки надеются создать портативное устройство для неинвазивного определения уровня глюкозы, полезное людям с диабетом. Любопытно, что принцип работы прибора не ограничивается определением глюкозы или других гексоз. Таким же образом можно определять другие вещества с высокой точностью, например, токсины в воде или воздухе, или контролировать течение химических реакций в реальном времени.

Источник: <http://www.univadis.ru/medical-news>



## ВЛАДЕНИЕ ДВУМЯ ЯЗЫКАМИ ЗАМЕДЛЯЕТ СТАРЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

**В**ладение двумя и более языками положительно влияет на когнитивные функции мозга в старости. Возраст, в котором осваивается второй язык, значения не имеет.

Это исследование опирается на данные когортного исследования в шотландской области Лотиан с участием 835 носителей английского языка, которые родились в 1936 г. в районе г. Эдинбург и проживают там. В 1947 г., когда им было 11 лет, они прошли тест умственных способностей. С 2008 по 2010 гг., когда участникам было уже за семьдесят, они прошли тест еще раз. 262 участника из них владели еще одним языком помимо английского, 195 освоили второй язык в детстве или подростковом возрасте, а остальные — после 18 лет.

Результаты показали, что у владеющих двумя и более языками когнитивные функции значительно лучше, чем можно было прогнозировать на основании результатов первоначальных тестов. Это справедливо для освоивших второй язык как в раннем, так и во взрослом возрасте.

«Эти результаты имеют большую практическую ценность. Во всем мире миллионы людей осваивают второй язык, будучи уже взрослыми. Наше исследование показывает, что овладение вторым языком даже во взрослом возрасте может принести пользу стареющему мозгу», — сказал руководитель исследования Томас Бэк из Эдинбургского университета.

*Источник: Annals of Neurology*

## МАЛОМОЩНОЕ СВЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ СТИМУЛИРУЕТ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБОВ

**В**оздействие маломощного светового излучения стимулирует стволовые клетки зубов к регенерации дентина — разновидности костной ткани, формирующей тело зуба.

Исследователи Гарвардского университета, работающие под руководством профессора Дэвида Муни (David Mooney), продемонстрировали способность маломощного светового излучения стимулировать стволовые клетки зубов к регенерации дентина — разновидности костной ткани, формирующей тело зуба. Более того, они описали вовлеченный в этот процесс молекулярный механизм и воспроизвели полученные результаты в экспериментах на нескольких лабораторных и животных моделях.

Дифференцировка стволовых клеток в клетки разных типов может запускаться различными биологически активными молекулами, в том числе регуляторными белками, известными как факторы роста. Существующие методы регенеративной медицины подразумевают выделение стволовых клеток из организма, проведение определенных манипуляций над ними в лабораторных условиях и возвращение обратно в организм. Внедрение подобных подходов в клиническую практику затруднено целым рядом регуляторных и технических сложностей.





В то же время, по словам Муни, разработанный его группой метод не подразумевает введения в организм ничего нового, более того, лазерное излучение широко используется в медицине, в том числе в стоматологии. Поэтому на его пути в клиническую практику не должно возникнуть каких-либо серьезных препятствий.

На начальном этапе работы в коренных зубах крыс были просверлены отверстия, через которые на пульпу зубов, содержащую стволовые клетки, воздействовали маломощным лазерным излучением. После этого отверстия прикрывали временными пломбами, оставляя полость, сформировавшуюся при сверлении зуба. Проведенное через 12 месяцев рентгеноскопическое и микроскопическое исследование подтвердило факт вызванного лазерным излучением усиленного формирования дентина.

На следующем этапе исследователи провели серию экспериментов на культурах клеток, что позволило им идентифицировать молекулярные механизмы, обеспечившие регенеративный эффект лазерного излучения. Оказалось, что основная роль в запуске процесса формирования дентина стволовыми клетками принадлежит трансформирующему фактору роста бета-1 ( $TGF-\beta 1$ ) — повсеместно встречающемуся в организме регуляторному белку.

Авторы продемонстрировали, что лазерное излучение запускает так называемый эффект домино. Сначала происходит дозозависимая индукция формирования активных форм кислорода (АФК) — химически активных молекул, играющих важную роль в функционировании клеток, — которые, в свою очередь стимулируют переход трансформирующего фактора роста бета-1 из латентной формы в активную. Конечным результатом этого является дифференцировка стволовых клеток и формирование дентина.

*Источник: Science Translational Medicine*

## МАРИХУАНА МОЖЕТ БЫТЬ ПОЛЕЗНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

**В** настоящее время марихуана используется в медицине, в том числе для ослабления побочного действия химиотерапии и лечения хронических болей. В издании *Journal of Biological Chemistry* сообщается, что ученые из США нашли новый способ применения: лечение аутоиммунных заболеваний.

Ученые из университета Южной Каролины, г. Колумбия, исследовали влияние содержащегося в марихуане тетрагидроканабинола (ТГК) на экспрессию ДНК через эпигенетические пути. Было установлено, что ТГК действительно влияет на группы молекул, называемых гистонами. При этом подавляется иммунная система.

Обычно подавление благотворной иммунной системы является одним из негативных последствий употребления марихуаны. Но при таких аутоиммунных заболеваниях, как артрит, волчанка и рассеянный склероз, в которых главную роль играет хроническое воспаление, использование марихуаны, по мнению исследователей, может быть эффективным.

*Источник: Journal of Biological Chemistry*



## ИССЛЕДОВАТЕЛИ УПРАВЛЯЮТ ПАМЯТЬЮ КРЫС

**A**мериканские ученые избирательно стирают и восстанавливают воспоминания у крыс. Этого удалось достичь путем усиления и ослабления синапсов. Вначале исследователи выполняли оптическую стимуляцию группы нервов в мозгу крысы, которые путем генетического изменения были сделаны чувствительными к свету, и одновременно подводили электрический ток к одной из лапок животного. Вскоре крысы стали со страхом реагировать на одну лишь оптическую стимуляцию нервов. В ходе эксперимента в синапсах нервов произошли химические изменения.

Затем ученые начали стирать это болезненное воспоминание. После стимуляции нервов серией низкочастотных оптических импульсов крысы стали реагировать на стимуляцию нервов без страха.

Затем с помощью ряда высокочастотных оптических импульсов исследователи успешно восстановили первоначальное воспоминание. И хотя животных больше не подвергали воздействию электрического тока, стимуляция нервов вновь стала вызывать страх.

«Мы можем заставить животное испытывать страх, потом можем этот страх устранить и затем восстановить его путем стимуляции нервов частотами, которые усиливают и ослабляют синапсы», — пояснил руководитель исследования Садег Хабави. При болезни Альцгеймера синапсы ослабляются вследствие скопления бета-амилоидных пептидов в головном мозге. Исследователи полагают, что с помощью похожей стимуляции они смогут устраниć некоторые последствия скопления бета-амилоидных пептидов.

*Источник: Nature*

## УЧЕНЫЕ ОБНАРУЖИЛИ, ЧТО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ФЕРТИЛЬНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ НАПРЯМУЮ СВЯЗАНА С ПРОЦЕССОМ СТАРЕНИЯ.

**C**огласно выводам исследователей, у женщин, родивших своего последнего ребенка после 33 лет, была вдвое выше вероятность того, что они доживут до своего 95-летия по сравнению с теми дамами, которые рожали в последний раз в 29 лет. По словам доктора Томаса Перлза из Медцентра Бостонского университета, результаты, тем не менее, не означают, что женщинам следует затягивать с рождением детей, чтобы повысить свои шансы на более долгую жизнь. По всей вероятности, в принципе способность женщины зачать ребенка поздно говорит о хорошем состоянии организма и о том, что старение протекает медленно. Причем, как считают ученые, продолжительная фертильность обусловлена генетическими причинами. К этому подводит анализ 551 семьи, в которой было много долгожителей. Специалисты предположили, что женщины могут служить движущей силой, стоящей за эволюцией генетических вариантов, замедляющих старение. При наличии этих вариантов у женщины способность рожать детей сохраняется в течение долгого периода времени, что увеличивает шансы передать эти гены последующим поколениям.

*Источник: MEDdaily со ссылкой на The Daily Mail*



## ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

### ПРЕДЛАГАЕТСЯ ДЕТАЛИЗИРОВАТЬ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ЧАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖИЛЬЕМ БОЛЬНЫХ ЗАРАЗНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Досые на проект федерального закона № 555553-6 «О внесении изменений в статью 26.3 Федерального закона «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и в статью 14 Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (внесен Правительством РФ)

27.06.2014 в Государственную Думу внесены поправки к Законам об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти регионов и о предупреждении распространения туберкулеза.

Больным заразными формами туберкулеза, проживающим в квартирах, в которых исходя из занимаемой жилой площади и состава семьи нельзя выделить отдельную комнату больному заразной формой туберкулеза, коммунальных квартирах, общежитиях, а также семьям, имеющим ребенка, больного заразной формой туберкулеза, предоставляются жилые помещения.

Предлагается установить, что они предоставляются органом исполнительной власти региона, на территории которого находится место жительства указанных лиц. Это будет делаться временно на период лечения.

### ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВАМИ БОЛЬНЫХ ГЕМОФИЛИЕЙ, МУКОВИСЦИДОЗОМ, ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ, ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ, РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Досые на проект федерального закона № 472415-6 «О внесении изменений в статью 101 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (о переносе сроков вступления в силу отдельных положений Федерального закона в части лечения редких заболеваний) (внесен депутатом ГД О.Г. Борзовой)

01.07.2014 Государственная Дума приняла во втором чтении и в целом поправку к Закону об основах охраны здоровья граждан.

С 01.01.2015 за обеспечение больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей должны отвечать регионы.

Поправкой данный срок переносится на 01.01.2018.

### НА ЧТО ЕЩЕ МОГУТ БЫТЬ ПОТРАЧЕНЫ СРЕДСТВА НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА ФФОМС?

Досые на проект федерального закона № 545808-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» и статью 51 Феде-



**рального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (внесен Правительством РФ)**

04.07.2014 Госдума рассмотрела в третьем чтении и приняла поправки, касающиеся расходования средств нормированного страхового запаса ФФОМС.

Предлагается установить, что в 2014 г. эти средства по решению Фонда также могут направляться в федеральную казну в виде иных межбюджетных трансфертов на оказание ФГУ высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС.

Кроме того, дополнительные средства из указанного запаса планируется перечислить территориальным фондам ОМС Республики Крым и г. Севастополя на организацию ОМС, в том числе на информатизацию медорганизаций. Речь идет о межбюджетных трансферах в суммах до 60 млн. руб. и до 15 млн. руб. соответственно.

## ПЛАНИРУЕТСЯ ПЕРЕСМОТРЕТЬ РАЗМЕРЫ ГОСПОШЛИНЫ ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВ

**Досье на проект федерального закона № 555490-6 «О внесении изменений в статью 333.32.1 Налогового кодекса Российской Федерации»**

В Государственную Думу РФ 27 июня 2016 г. внесен проект поправок к НК РФ о пересмотре размеров госпошлины при госрегистрации лекарственных препаратов.

Так, планируется увеличить госпошлину за этическую экспертизу и экспертизу документов препарата для получения разрешения на проведение клинических исследований лекарств для медприменения (в том числе международных многоцентровых и пострегистрационных).

За выдачу разрешения на проведение клинических исследований препаратов для медприменения предусмотрена отдельная пошлина в размере 5 тыс. руб. Выдача регистрационного удостоверения лекарственного препарата обойдется в 10 тыс. руб., его дубликата — в 2 тыс. руб.

Законопроект устанавливает размеры госпошлины за некоторые новые виды действий. В частности, за экспертизу документов лекарственного препарата, представленного в качестве орфанного, для определения возможности рассматривать его в таком качестве при госрегистрации предложено взимать 25 тыс. руб.

Определены размеры госпошлины за внесение изменений в документы регистрационного досье на лекарственный препарат и в документы фармацевтической субстанции. Они дифференцированы в зависимости от того, требуют ли такие изменения проведения экспертизы лекарственных средств или нет.

## РЕКЛАМА МЕДУСЛУГ: ПОПРАВКИ

**Федеральный закон от 28 июня 2014 г. № 190-ФЗ «О внесении изменения в статью 24 Федерального закона «О рекламе»**

Реклама всех медуслуг ранее допускалась только в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий, а также в предназначенных для медицинских и фармацевтических работников специализированных печатных изданиях.

Указанное ограничение теперь касается только методов профилактики, диагностики, лечения и медреабилитации. Кроме того, данное требование по-прежнему действует в отношении рекламы лекарственных препаратов, отпускаемых по рецептам, и медизделий, для использования которых требуется спецподготовка.

Федеральный закон вступает в силу со дня официального опубликования.





## УЧАСТКИ С ПРИРОДНЫМИ ЛЕЧЕБНЫМИ РЕСУРСАМИ: ПРЕДЛОЖЕН ОСОБЫЙ ПРАВОВОЙ РЕЖИМ

Досье на проект федерального закона № 555658-6 «О внесении изменений в Земельный кодекс Российской Федерации, Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» [внесен Правительством РФ]

27.06.2014 на рассмотрение в Госдуму поступил проект поправок к Земельному и Градостроительному кодексам, а также к иным законодательным актам.

В частности, планируется ввести новый вид земель особо охраняемых территорий. Это участки, обладающие природными лечебными ресурсами. Вероятно, они заменят собой земли лечебно-оздоровительных местностей и курортов. Предложен правовой режим таких участков.

Так, в соответствии с установленным режимом округов санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов могут ограничиваться в обороте участки первой зоны таких округов. Объекты капитального строительства, возведенные без нарушений и расположенные в этой зоне, могут выкупаться и (или) изыматься по решению Правительства РФ, в том числе для государственных и муниципальных нужд, в исключительных случаях, связанных с необходимостью охраны особо ценных природных лечебных ресурсов. Часть предложенных поправок касается проектов правил землепользования и застройки применительно к территориям, на которых расположены участки и недвижимость, имеющие особое природоохранное, научное, историко-культурное, эстетическое, рекреационное, оздоровительное и иное особо ценное значение. Закрепляется, что такие проекты согласовываются с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством РФ, в случаях, определяемых Президентом РФ. Прописаны полномочия органов власти, связанные с использованием и охраной природных лечебных ресурсов, с формированием курортного фонда.

Возможно, в рамках экологической экспертизы будет проверяться проектная документация объектов, строительство и реконструкцию которых предполагается осуществлять на землях округов санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов.

## ПОПРАВКИ К ЗАКОНУ ОБ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСИ!

Федеральный закон от 28 июня 2014 г. № 184-ФЗ «О внесении изменений в статьи 14 и 17 Федерального закона «Об электронной подписи»

Скорректирован Закон об электронной подписи (ЭП).

Согласно ему в некоторых сертификатах ключей проверки ЭП в качестве их владельцев можно не указывать физлиц, действующих от имени организаций, которым выданы эти сертификаты.

Речь идет о сертификатах, используемых при автоматическом создании и (или) автоматической проверке ЭП в информационной системе при оказании (исполнении) государственных и муниципальных услуг (функций), а также в иных случаях, предусмотренных федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами.

Поправками прописано следующее. Распорядительным актом организации определяется физлицо, ответственное за автоматическое создание (проверку) ЭП. Если данный акт не принят, то ответственным лицом является руководитель организации. Если полномочия по исполнению госфункций возложены федеральным законом на конкретное должностное лицо, последнее признается ответственным за автоматическое создание (проверку) ЭП.

Федеральный закон вступает в силу со дня официального опубликования, за исключением отдельной нормы, которая применяется с 1 июля 2015 г. Согласно ей в квалифицированном сертификате ключа проверки электронной подписи, владельцем которого является физлицо, дополнительно нужно указывать его ИНН.



## ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ ПРОИЗВОДСТВА И ТЕХОБСЛУЖИВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ: РЕГЛАМЕНТ РОСЗДРАВНАДЗОРА

Приказ Минздрава России (Министерство здравоохранения РФ) от 28 ноября 2013 г. № 876Н «Об утверждении административного регламента федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по предоставлению государственной услуги по лицензированию деятельности по производству и техническому обслуживанию (за исключением случая, если техническое обслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя) медицинской техники» Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 июня 2014 г. Регистрационный № 32 770.

Утвержден Административный регламент Росздравнадзора по лицензированию деятельности по производству и техобслуживанию медицинской техники. Он не касается обслуживания для обеспечения собственных нужд юрлица или ИП.

В первую категорию входят производство техники, а также изготовление по индивидуальными заказам пациентов техники, к которой предъявляются специальные требования по назначению медработников и которая предназначена исключительно для личного использования конкретным пациентом.

Во вторую включаются монтаж и наладка, контроль технического состояния, периодическое и текущее техническое обслуживание, ремонт.

Решение о предоставлении лицензии принимается в течение 45 рабочих дней, о переоформлении при реорганизации в форме преобразования, изменении наименования, адреса места нахождения — в течение 10 рабочих дней, при изменении адресов мест осуществления деятельности, перечня выполняемых работ, оказываемых услуг — в течение 30 рабочих дней, прекращении действия — в течение 10 рабочих дней.

Лицензии, их дубликаты и копии выдаются в течение 3 рабочих дней.

## СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ: НОВОВВЕДЕНИЯ

Федеральный закон от 28 июня 2014 г. № 188-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования»

Цель поправок — усовершенствовать правовое регулирование исчисления и уплаты страховых взносов и процедуры их администрирования.

Внесены изменения в законы об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе ОПС; об обязательном соцстраховании от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством; об ОПС; о страховых взносах.

Так, в Законе об ОПС уточнено, что застрахованными лицами признаются в том числе иностранцы и лица без гражданства, временно находящиеся в России. О заключении срочных трудовых договоров речь не идет.

В части страховых взносов в ПФР, ФСС РФ и ФФОМС закреплено следующее.

Страховыми взносами по-прежнему не облагаются все виды компенсаций, связанных с увольнением работников, кроме компенсации за неиспользованный отпуск. Расширен перечень исключений. В него также включены суммы выходного пособия и среднего месячного заработка на период трудоустройства, а также компенсации руководителю, его заместителям и главному бухгалтеру (в определенной части).

Сумма страховых взносов теперь определяется в рублях и копейках. Ранее — в полных рублях.





С 50 до 25 человек снижено минимальное количество работников, при котором плательщики страховых взносов обязаны представлять отчетность в фонды в электронной форме.

Органы контроля за уплатой страховых взносов наделены полномочиями по утверждению формы расчетов по начисленным и уплаченным страховыми взносам, а также документов, которые используются ими при реализации своих полномочий. Закреплены общие условия и порядок получения отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов, а также обстоятельства, исключающие ее предоставление. Прописаны дополнительные нормы о выездной проверке в целях контроля за уплатой взносов.

Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2015 г.

## ЧИСЛО ПОЧЕТНЫХ ДОНОРОВ РОССИИ ВОЗРАСТИТ

*Постановление Правительства РФ от 21 июня 2014 г. № 572 «О внесении изменений в пункт 1 Правил награждения доноров крови и (или) ее компонентов нагрудным знаком «Почетный донор России» (не вступило в силу)*

Расширены основания награждения нагрудным знаком «Почетный донор России».

Согласно поправкам почетными донорами также могут стать доноры крови и (или) ее компонентов, сдавшие безвозмездно кровь и (или) ее компоненты 25 и более раз и плазму крови в общем количестве крови и (или) ее компонентов и плазмы крови 40 раз, либо кровь и (или) ее компоненты менее 25 раз и плазму крови в общем количестве крови и (или) ее компонентов и плазмы крови 60 и более раз. Отметим, что, как и прежде, нагрудным знаком «Почетный донор России» награждаются лица, сдавшие безвозмездно кровь и (или) ее компоненты 40 и более раз либо плазму крови 60 и более раз.

## БЮДЖЕТ ФОМС ЗА ПРОШЛЫЙ ГОД ИСПОЛНЕН С ПРОФИЦИТОМ

*Досье на проект федерального закона № 546103-6 «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год» (внесен Правительством РФ)*

В Государственную Думу РФ 14 июня 2014 г. внесен законопроект об исполнении бюджета ФОМС за 2013 г. За указанный период доходы бюджета Фонда составили 1101,4 млрд. руб. (104% от запланированного объема), расходы — 1048,7 млрд. руб. (99% от запланированных). В итоге бюджет Фонда за 2013 г. исполнен с профицитом в размере 52,6 млрд. руб. Объем межбюджетных трансфертов из федерального бюджета составил 25,8 млрд. руб.

В отчетном году за счет средств Фонда осуществлялось финансирование ОМС в регионах, единовременных компенсационных выплат медработникам, родовых сертификатов, диспансеризации работающих граждан и детей-сирот и др.

## ВВЕДЕНИЕ ГОСРЕГИСТРАЦИИ ГМО ОТЛОЖЕНО НА 3 ГОДА

*Постановление Правительства РФ от 16 июня 2014 г. № 548 «О внесении изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 23 сентября 2013 г. № 839»*

Срок введения госрегистрации генно-инженерно-модифицированных организмов (ГМО), предназначенных для выпуска в окружающую среду, а также продукции, полученной с применением или содержащей ГМО, перенесен на 1 июля 2017 г. Ранее планировалось ввести такую госрегистрацию с 1 июля 2014 г. Перенос обусловлен следующим. Госрегистрация ГМО и ГМО-продукции возможна только после проведения всесторонних экспертиз. Однако в настоящее время отсутствуют методики производства экспертиз ГМО и ГМО-продукции, а также необходимо дооснастить приборно-лабораторную базу экспертных организаций.



## УТОЧНЕН ПЕРЕЧЕНЬ ВЗЫСКАНИЙ ЗА ДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОСТУПКИ ГОССЛУЖАЩИХ МИНЗДРАВА РОССИИ

*Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2014 г. № 172н «О внесении изменения в Служебный распорядок Министерства здравоохранения Российской Федерации, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июля 2013 г. № 447н»*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июня 2014 г. Регистрационный № 32 630.*

Скорректирован Служебный распорядок Минздрава России. Уточнено содержание дисциплинарного проступка. Речь идет о неисполнении или ненадлежащем исполнении обязанностей по вине госслужащего. Из перечня взысканий за совершение проступка исключено освобождение от замещаемой должности.

## ПОЛОЖЕНИЕ О КОМПЛЕКСНОМ ТЕХОБСЛУЖИВАНИИ, РЕМОНТЕ, МОНТАЖЕ И НАЛАДКЕ МЕДТЕХНИКИ, УТВЕРЖДЕННОЕ МИНЗДРАВОМ СССР, НА ТЕРРИТОРИИ РОССИИ НЕ ДЕЙСТВУЕТ

*Приказ Министерства здравоохранения РФ от 4 июня 2014 г. № 258 «О признании не действующим на территории Российской Федерации Приказа Министерства здравоохранения СССР от 3 октября 1990 г. № 394 «Об утверждении Положения о комплексном техническом обслуживании, ремонте, монтаже и наладке медицинской техники»*

В 2011 г. глава государства поручил федеральным и региональным органам принимать меры по инкорпорации (включению) правовых актов СССР и РСФСР или их отдельных положений в законодательство России и (или) по признанию их недействующими на территории нашей страны.

На основании этого признается недействующим приказ Министерства здравоохранения СССР от 3 октября 1990 г. № 394, которым было утверждено Положение о комплексном техобслуживании, ремонте, монтаже и наладке медтехники.

## НАЛОГ НА ПРИБЫЛЬ: УЧИТЫВАЕМ СТРАХОВУЮ ПРЕМИЮ ПО ДОСРОЧНО РАСТОРГНУТОМУ ДОГОВОРУ ДМС И РАСХОДЫ НА ДМС УВОЛЕННЫХ РАБОТНИКОВ

*Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина России от 5 мая 2014 г. № 03-03-06/1/20922 «Об учете страховой премии в расходах для целей налогообложения»*

В целях налогообложения прибыли платежи работодателей по договорам добровольного медстрахования (ДМС) сотрудников, заключенным на срок не менее года, учитываются в расходах на оплату труда.

Если по договору страхования организация уплачивает взносы единовременно, они относятся на затраты равномерно в течение срока действия договора. Распределять их нужно пропорционально количеству календарных дней действия договора в отчетном периоде. Если в рассрочку, каждый платеж признается равномерно в течение срока, соответствующего периоду уплаты взносов (году, полугодию, кварталу, месяцу). Они распределяются в том же порядке.

Таким образом, если страхователь уплатил страховую премию по договору ДМС единовременно, он учитывает ее в расходах равномерно в течение срока действия договора. Если он досрочно расторгнет названный договор, часть страховой премии не учитывается в затратах, даже если деньги были фактически перечислены страховщику. Если эта сумма возвращена страхователю, она не включается в его доходы.





По мнению Минфина России, если работник уволен до окончания срока договора ДМС (в связи с уходом на пенсию, сокращением штата, уходом за ребенком до 14 лет и т.д.), а компания продолжает уплачивать за него страховые взносы, то они в целях налога на прибыль не учитываются. Часть страховой премии, которая приходится на таких сотрудников, также не включается в расходы.

## РЕГЛАМЕНТ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ МИНЗДРАВА РОССИИ В СФЕРЕ ЗАКУПОК ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ НУЖД НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

*Приказ Министерства здравоохранения РФ от 17 июня 2014 г. № 287 «Об отмене Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 марта 2014 г. № 127н «О регламенте осуществления Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного*

Отменен Приказ о регламенте осуществления Минздравом России ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения федеральных нужд.

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.

## МОГУТ ЛИ ТУРИСТЫ, НАХОДЯСЬ НА ОТДЫХЕ В КРЫМУ, ПОЛУЧИТЬ МЕДПОМОЩЬ ПО ПОЛИСУ ОМС?

*Информация Федерального агентства по туризму от 23 июня 2014 г. «Вниманию туристов, собирающихся на отдых или уже находящихся в Крымском федеральном округе»*

Даны пояснения по вопросу оказания туристам — гражданам России медицинской помощи на территории Крыма и Севастополя.

Полис ОМС, выданный в одном регионе, действителен на всей территории России независимо от места регистрации застрахованного. Республика Крым и город федерального значения Севастополь входят в состав Российской Федерации.

Медицинская помощь гражданам России на территориях Крыма и Севастополя оказывается на уровне не ниже предусмотренного программой госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Вопросы ОМС, в том числе действия полиса ОМС, будут урегулированы до 1 января 2015 г. Также до этой даты в Крыму и Севастополе должны быть созданы ТФОМС.

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



Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант»  
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: [www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)



**Начинается подписка на журнал  
«Врач и информационные технологии» на 2015 г.  
(периодичность – 4 выпуска в год)**



**Адрес редакции:**

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

[www.idmz.ru](http://www.idmz.ru)

**В почтовом отделении:**

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82615** на полугодие

**20103** на год

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

Стоимость подписки для любого региона РФ

• на один номер – **660 руб.**

• на полугодие – **1320 руб.**

• **2320 руб. – годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке – 580 руб.)

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

**Оплату подписки следует произвести  
по реквизитам:**

Получатель: ООО Издательский Дом  
«Менеджер Здравоохранения»

Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва  
ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва  
р/с: 40702810638050105256,  
к/с: 30101810400000000225  
БИК 044525225

Код по ОКП 95200. Код по ОКПО 14188349

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

**Подписка на электронную версию журнала:**

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

**Стоимость годовой подписки на 2015 г. – 1400 рублей.**

**Стоимость годовой подписки на 2014 г. – 1000 рублей.**

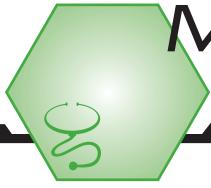
Способы заказа и оплаты аналогичны бумажной версии. После оплаты просьба сообщить  
в редакцию адрес Вашей электронной почты. Электронную версию журнала можно получить  
по электронной почте или скачать с сайта.

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

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

**Уважаемые читатели!**

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



# Менеджер

здравоохранения

