

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

Министерство здравоохранения Российской Федерации рассмотрело в соответствии с письмом Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека от 6 марта 2015 г. № А4-9-399 рекомендации специального заседания Совета при Президенте Российской Федерации по развитию гражданского общества и правам человека на тему «Право граждан на охрану здоровья: проблемы и перспективы», принятые в установленном порядке 5 марта 2015 года, и сообщает следующее.

Раздел I. По вопросу сокращения коечного фонда, слияния больниц и увольнения сотрудников.

Построение эффективной модели системы здравоохранения осуществляется в соответствии с планом мероприятий («дорожной картой») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р (с изменениями, внесенными распоряжениями Правительства Российской Федерации от 31 октября 2013 г. № 2021-р и от 30 апреля 2014 г. № 721-р), которым определены мероприятия, направленные на достижение целевых индикаторов государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», оптимизацию сети и коечного фонда медицинских организаций, повышение эффективности работы данных организаций и их работников, стимулирование заинтересованности работников в результатах своего труда через повышение заработной платы.

Целью проводимых в настоящее время в Российской Федерации структурных преобразований государственной системы здравоохранения являются повышение качества и доступности медицинской помощи населению, достижение которой обеспечивается через выстраивание оптимальной структуры системы оказания медицинской помощи, и повышение эффективности работы каждой медицинской организации.

В субъектах Российской Федерации сформирована трехуровневая система оказания медицинской помощи населению, результатами создания



которой являются повышение уровня лечебно-реабилитационного процесса, обеспечение преемственности и этапности в оказании специализированной медицинской помощи, перераспределение потоков пациентов с учетом смещения основного объема оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническое звено с одновременным развитием стационарозамещающих технологий.

В течение 2014-2016 годов субъектами Российской Федерации реализовываются региональные программы оптимизации медицинских организаций в соответствии с параметрами программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на очередной год и на плановый период, ежегодно утверждаемых Правительством Российской Федерации.

Следует отметить, что в целях недопущения снижения доступности медицинской помощи населению оптимизация коечного фонда медицинских организаций проводилась преимущественно в городах с численностью населения свыше 50 тысяч. Не подлежат оптимизационным мероприятиям койки родовспоможения и детства, для оказания скорой медицинской помощи, а также койки маломощных медицинских организаций в труднодоступных отдаленных территориях и сельской местности.

Министерством здравоохранения Российской Федерации были организованы консультации с Профсоюзом работников здравоохранения Российской Федерации при участии представителей Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации и Национальной медицинской палаты, в ходе которых были выработаны и доведены до руководителей высших органов исполнительной власти всех субъектов Российской Федерации рекомендации по проведению реорганизационно-оптимизационных мероприятий в медицинских организациях государственных систем здравоохранения регионов.

Указанные рекомендации предусматривают разработку комплекса мер, направленных на широкое обсуждение планируемых реорганизационных мероприятий с населением и работниками медицинских организаций, меры социальной поддержки, содействие в трудоустройстве и дополнительном профессиональном образовании медицинских работников, в целях недопущения социальной напряженности.

Кроме того, в 2014 году Минздрав России начал работу с крупнейшим всероссийским порталом HeadHunter, что позволило бесплатно размещать и получать вакансии для работников с высшим и средним медицинским образованием. Использование общедоступного интернет-портала позволило сделать процесс трудоустройства быстрым и эффективным: информация об открытых вакансиях стала доступной для всех врачей и других медицинских работников во всех субъектах Российской Федерации, что помогает медицинским работникам сократить время поиска работы, а также способствует их профессиональной мобильности.

Раздел II. По вопросу перехода на страховую модель финансирования.

Статья 83 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ) определяет источниками финансового обеспечения оказания гражданам различных видов медицинской помощи, в том числе средства обязательного медицинского страхования, бюджетные ассигнования федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и иные источники в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

Согласно статье 19 Федерального закона № 323-ФЗ каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования.

Ежегодно Правительство Российской Федерации утверждает Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и на плановый период (далее - Программа), устанавливающую, в том числе перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно.

С 2014 года в целях повышения надежности и стабильности финансирования системы оказания скорой медицинской помощи в соответствии с Программой скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации) оказывается в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. При оплате оказания скорой медицинской помощи применяется оплата по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, что позволяет наиболее полно компенсировать затраты медицинской организации на оказание скорой медицинской помощи.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации, в соответствии с Программой, разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Субъектами Российской Федерации в территориальных программах на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей

половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг.

Пунктом 1 статьи 3 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ) установлено, что обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом № 326-ФЗ случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р (пункт 2 «Развитие здравоохранения» главы III «Развитие человеческого потенциала») предусмотрены следующие направления развития системы обязательного медицинского страхования:

введение страховых взносов на обязательное медицинское страхование по единому тарифу для всех работодателей и индивидуальных предпринимателей;

установление единых требований к определению размера взносов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

создание эффективной системы выравнивания финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на основе минимального подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий;

повышение ответственности страховых медицинских организаций;

поэтапный переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования

на основе обоснованных тарифов в зависимости от качества оказания медицинской помощи и ее объемов.

В соответствии с проектом Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 годов основой развития системы обязательного медицинского страхования станет страховая (рисковая) модель обязательного медицинского страхования.

В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее - законопроект).

Законопроект с целью совершенствования порядка расходования средств, полученных территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусматривает перераспределение средств, полученных в результате применения к медицинским организациям санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, за счет которых будет формироваться резерв средств для финансирования мероприятий по устранению выявленных нарушений, в том числе указанные средства будут направляться на повышение квалификации медицинских кадров и обеспечение медицинских организаций медицинским оборудованием.

Одним из направлений снижения нагрузки на врача является: сокращение медицинской документации, ее пересмотр, активное внедрение информационных технологий: внедрение сервиса «Запись на прием к врачу в электронном виде», организация работы call-центров для консультации по вопросам, не связанным непосредственно с оказанием медицинской помощи; создание сервиса «Личный кабинет пациента» и внедрение электронной медицинской карты в медицинских организациях, которые позволят получать пациентам «Электронного рецепта», сведения об оказанных медицинских услугах, проведенных анализах и исследованиях в объеме выписного эпикриза, а также различных справок о состоянии здоровья.

В Минюсте России 7 апреля 2015 г. зарегистрирован приказ Минздрава России от 6 марта 2015 г. № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению», который направлен на оптимизацию заполнения медицинской документации и снижение нагрузки на врача-терапевта.

При существующих ограниченных медицинских ресурсах (врачебных) пересматриваются функциональные обязанности медицинского и немедицинского персонала, в частности возложение части функций участкового врача на средний медицинский персонал.

Оказание первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению должно осуществляться в комплексе со специалистами отделений службы неотложной помощи, фельдшерами доврачебных кабинетов, специалистами, медицинскими работниками отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья. Перечисленные меры позволят повысить доступность первичной медико-санитарной помощи, снизить нагрузку на врача и повысить эффективность его лечебно-профилактической деятельности.

В 2015 году Минздравом России будет продолжена работа по внедрению новых организационных форм оказания медицинской помощи населению в первичном звене здравоохранения.

Раздел III. В области защиты прав медицинских работников и оптимизации их труда.

Решение вопросов повышения качества и доступности медицинской помощи не в последнюю очередь связано с дальнейшим развитием кадрового обеспечения системы здравоохранения.

В настоящее время субъекты Российской Федерации продолжают реализацию региональных кадровых программ, принятых во исполнение подпункта «г» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» с учетом региональных особенностей в каждом субъекте Российской Федерации. Минздравом России организован мониторинг реализации мероприятий указанных программ.

Порядок исчисления средней заработной платы отдельных категорий работников бюджетной сферы осуществляется на основе данных Росстата о среднесписочной численности и фонде начисленной заработной платы, в соответствии с методологическими указаниями по заполнению форм федерального статистического наблюдения №№ П-1, П-2, П-3, П-4, П-5(м), утвержденных приказом Росстата от 28 октября 2013 г. № 428.

При этом состав фонда оплаты труда основан на соблюдении международных рекомендаций статистического учета и придерживается принципов, заложенных в конвенции Международной организации труда № 160 «О статистике труда», в резолюции, относящейся к интегрированной системе заработной платы, а также в итоговых документах 19 конференции Международной организации труда, состоявшейся в 2013 году.

Расчет средней заработной платы по отдельной категории медицинских работников по субъекту Российской Федерации производится на основании агрегирования по всем учреждениям социальной сферы (образование, здравоохранение, культура, социальное обслуживание) и науки

государственной и муниципальной форм собственности, осуществляющим деятельность на территории субъекта Российской Федерации, данных о фонде начисленной заработной платы с учетом заработной платы на работе по внутреннему совместительству и численности работников данной категории.

Данная методика едина для всех статистических наблюдений за заработной платой, проводимых в стране, в том числе организованного во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 17 июля 2012 г. № Пр-1798 (пункт 10) статистического наблюдения показателей средней заработной платы работников, в отношении которых предусмотрены мероприятия по повышению заработной платы в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Такой подход позволяет обеспечить стабильность и сопоставимость динамики показателей заработной платы как в разрезе субъектов Российской Федерации, так и в других разрезах (по видам экономической деятельности, формам собственности и др.).

Данная методика расчета заработной платы обсуждалась на совещаниях у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, при этом внесение изменений в действующую методологию расчета показателя «среднемесячная заработная плата» признано нецелесообразным.

В целях снижения различий в уровнях заработных плат медицинских работников одних и тех же специальностей и типов учреждений и сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности работы в медицинских организациях, субъектам Российской Федерации письмом Минздрава России от 4 сентября 2014 г. № 16-3/10/2/-6752, направленным в адрес руководителей высших органов государственной власти субъектов Российской Федерации, рекомендовано совершенствование порядка установления размеров должностных окладов работников таким образом, чтобы 55-60 % заработной платы направлялось на выплаты по окладам, 30 % - на стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10-15 % - на компенсационные выплаты, в зависимости от условий труда медицинских работников.

Повышение доли окладов в структуре заработной платы рекомендовано предусмотреть за счет оптимизации стимулирующих выплат, не мотивирующих работников к качественному и эффективному выполнению трудовых обязанностей (выплаты за стаж непрерывной работы, наличие ученых степеней, почетных званий, персональных повышающих коэффициентов).

Указанная структура заработной платы содержится в Единых рекомендациях по установлению на федеральном, региональном и местном

уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2015 год (раздел X).

В Воронежской, Псковской областях приняты, а в Брянской, Амурской, Свердловской областях проходят утверждение проекты нормативных правовых актов по введению новых систем оплаты труда медицинских работников с 2015 года с удельным весом окладной части свыше 50 %.

Для остальных регионов 2015 год является переходным периодом, в связи с необходимостью внесения корректировок в действующие системы оплаты труда медицинских работников в части порядка формирования должностных окладов, систем стимулирования и компенсаций.

Продолжается работа по разработке типовых отраслевых норм труда в здравоохранении. Разработан и направлен на согласование в Минтруд России проект приказа Минздрава России «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на посещение одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога», положения которого учитывают, что типовые отраслевые нормы времени принимаются с учетом затрат времени на оформление медицинской документации.

Необходимо отметить, что в Трудовом кодексе Российской Федерации отсутствует императивная норма об обязательном соответствии норм труда в организации типовым отраслевым нормам труда. Применение типовых отраслевых норм труда при определении системы нормирования труда организации осуществляется с учетом норм статей 159 и 160 Трудового кодекса Российской Федерации, то есть в случае, когда организационно-технические условия труда в организации соответствуют тем, для которых разработаны типовые нормы. Использование типовых или иных норм труда в организации осуществляется с учетом мнения представительного органа работников.

Так, в соответствии с пунктом 18 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного приказом Минздрава России от 15 мая 2012 г. № 543н (далее - Положение), рекомендуемая численность прикрепленного населения на терапевтическом участке - 1 700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше. Указанная норма носит рекомендательный характер и может быть пересмотрена в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи.

В соответствии с пунктом 14 Положения распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

В соответствии со статьей 16 Федерального закона № 323-ФЗ организация оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Необходимость соблюдения норм трудового законодательства в случаях расторжения трудовых договоров в связи с сокращением численности или штата медицинских работников полагаем обязательным и не подлежащим обсуждению.

Раздел IV. В области защиты прав пациента.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 5 марта 2015 г. № 367-р утвержден План основных мероприятий по проведению в 2015 году в Российской Федерации года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (далее - План).

План является межведомственным и направлен на совершенствование системы профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, медицинской реабилитации, популяризацию здорового образа жизни, формирование гражданской ответственности у населения за состояние собственного здоровья.

В настоящее время субъектами Российской Федерации сформированы и утверждены региональные планы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в рамках проведения Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В целях повышения уровня квалификации медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и предоставления возможности обмена международным опытом по вышеуказанной проблематике проектом распоряжения предусматривается проведение ряда научно-практических мероприятий, в том числе с международным участием.

Ключевым резервом снижения смертности и сохранения здоровья населения является диспансеризация.

По итогам 2014 года диспансеризацию прошли более 40,1 млн человек, что на 16 % больше, чем в 2013 году (34,6 млн), из которых 5,1 млн человек (23 %) направлено на 2-й этап - углубленное исследование. Около трети взрослых, прошедших диспансеризацию, - здоровы. У 46 % выявлены или подтверждены хронические неинфекционные заболевания.

Система направленного сосудистого скрининга, позволила выявить сердечно-сосудистые заболевания у 1,6 млн человек (то есть у каждого 12-го гражданина), рост выявляемое™ данной патологии за год составил почти 10 %, в том числе ИБС - 7 %.

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп населения объективно потребует проведения мероприятий, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым. Решение данной проблемы должно проводиться путем совершенствования системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развития геронтологической службы.

Статьей 6 Федерального закона № 323-ФЗ закреплён приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. Частью 1 указанной статьи предусмотрены пути реализации приоритета интересов пациента, среди которых - создание условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учетом состояния пациента, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

Согласно части 5 статьи 22 Федерального закона № 323-ФЗ пациент (либо его законный представитель) имеет право на основании письменного заявления получать медицинские документы, отражающие состояние здоровья, их копии и выписки из таких документов. Полномочиями по установлению оснований, порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них в соответствии с подпунктом 5.2.21 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608, наделен Минздрав России.

Одновременно сообщаем, что в настоящее время в Минздраве России проходит процедуру внутреннего согласования проект приказа Минздрава России «О выдаче медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Кроме того, нормами части 3 статьи 51 Федерального закона № 323-ФЗ одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании последнему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребенка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше данного возраста - при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

В соответствии со статьей 39 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» следует, что на территории Российской Федерации действуют федеральные санитарные правила, которые направлены на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, соблюдение которых является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

Во исполнение указанных норм постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58 утверждены санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» (далее - правила).

Указанными правилами установлены санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, противоэпидемическому режиму, профилактическим и противоэпидемическим мероприятиям, условиям труда персонала, организации питания пациентов и персонала организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

При этом в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 79 Федерального закона № 323-ФЗ в обязанность медицинской организации входит организация и осуществление медицинской деятельности в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи.

В то же время граждане, находящиеся на лечении, согласно части 3 статьи 27 Федерального закона № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.

На основании изложенного, право представителей пациента по пребыванию их в структурном подразделении медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь пациентам по направлению «анестезиология и реаниматология», может быть ограничено медицинской организацией в целях охраны здоровья других пациентов, пребывающих в данном структурном подразделении, исходя из состояния их здоровья и необходимости соблюдения противоэпидемического режима, а также этической составляющей.

В соответствии с частью 2 статьи 88 Федерального закона № 323-ФЗ и Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. № 1152, на Росздравнадзор возложены функции по государственному контролю качества и безопасности медицинской деятельности за всеми медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, независимо от их организационно-правовой формы, и осуществляющими медицинскую деятельность индивидуальными предпринимателями.

Кроме того, уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации наделены правом только на проведение лицензионного контроля в рамках переданных для осуществления им полномочий Российской Федерации по лицензированию отдельных видов деятельности в сфере охраны здоровья.

Вместе с тем отмечаем, что в целях реализации подпункта 16 пункта 1 перечня поручений Президента Российской Федерации от 5 декабря 2014 г.

№ Пр-2821 и поручения Правительства Российской Федерации от 8 декабря 2014 г. № ДМ-П13-9024 «О мерах по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 4 декабря 2014 года», предусматривающих создание централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, основанной на принципе разграничения разрешительных и контрольных функций, подготовлен проект федерального закона, исключающий проведение лицензионного контроля из полномочий, переданных Российской Федерацией субъектам Российской Федерации, и наделения указанным полномочием Росздравнадзора.

Раздел V. В области лекарственного обеспечения.

В настоящее время обеспечение отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг необходимыми лекарственными препаратами, осуществляется в соответствии с Перечнем лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2014 г. № 2782-р.

В соответствии с приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» (далее - приказ № 1175н) для лечения хронических заболеваний гражданам, достигшим пенсионного возраста, инвалидам первой группы и детям-инвалидам рецепты могут выписываться на курс лечения до 3-х месяцев.

При этом в случае временного отсутствия лекарственных препаратов применяются нормы приказа Минздравсоцразвития России от 14 декабря 2005 г. № 785 «О порядке отпуска лекарственных средств» по отсроченному обслуживанию льготных категорий граждан, например, рецепты на лекарственные средства, включенные в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера), и не вошедшие в минимальный ассортимент лекарственных средств, обслуживаются в срок, не превышающий десяти рабочих дней с момента обращения больного в аптечную организацию.

Минздравом России проведен анализ практики применения норм приказа № 1175н, по результатам которого были разработаны проекты приказов Минздрава России о внесении изменений в приказ № 1175н, а также в приказ Минздрава России от 1 августа 2012 г. № 54н «Об утверждении формы бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств и психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления», касающиеся следующих положений:

упрощения процедуры назначения и оформления специальных рецептов на наркотические лекарственные препараты при первичном и повторном обращении пациентов;

разрешения использования печатающих устройств при оформлении специальных рецептов на наркотические лекарственные препараты и рецептов формы № 148-1/у-88 для выписывания психотропных лекарственных препаратов;

предоставления права получения рецептов на наркотические средства и психотропные вещества родственникам немобильных пациентов, социальными работниками;

предоставления права увеличивать нормы выписки наркотических средств не только паллиативным больным, но и другим пациентам, которым требуется длительная лекарственная терапия;

предоставления права врачам стационаров при выписке пациента выдавать не только наркотические препараты, но и сильнодействующие препараты, или выписывать на них рецепт;

увеличения срока действия рецепта на наркотические средства и психотропные вещества списка II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, до 15 дней;

разрешения выписывания трансдермальных терапевтических систем, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, на рецептурных бланках формы № 148-1/у-88.

Разработан и размещен для общественного обсуждения на портале regulation.gov.ru проект ведомственного приказа «Об утверждении порядка и условий использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях».

В настоящее время Росздравнадзор в рамках имеющихся полномочий и в целях исполнения пункта 4 раздела I протокола заседания Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере от 25 ноября 2014 г. № 10 осуществляет проверки медицинских организаций по соблюдению законодательства Российской Федерации по назначению и выписыванию наркотических и психотропных лекарственных препаратов. С начала текущего года территориальными органами Росздравнадзора сформированы поквартальные планы проведения внеплановых проверок медицинских организаций по контролю за порядком назначения и выписывания наркотических средств в целях обезболивания нуждающихся граждан.

За начало 2015 года было проведено 175 контрольных мероприятий по соблюдению порядка выписывания обезболивающих лекарственных препаратов, в том числе 115 внеплановых выездных, 31 документарная и 29 плановых проверок медицинских организаций.

Приказом № 1175н определена упрощенная процедура назначения и выписывания наркотических средств и психотропных веществ, дающая

право врачам назначать указанные лекарственные препараты и выписывать рецепты на них непосредственно в день обращения пациента.

Кроме того, в ряде регионов применяется норма приказа № 1175н, предоставляющая право выписки рецепта или выдачи наркотического средства или психотропного вещества пациенту, выписывающемуся из стационарной медицинской организации, для продолжения лечения до момента постановки на учет по месту жительства.

Во всех субъектах Российской Федерации проводится активная работа по повышению квалификации медицинских работников по вопросам обезболивания. Контрольными мероприятиями установлено, что повышение квалификации прошли 1419 сотрудников медицинских организаций.

В ходе контрольных мероприятий установлено, что специальные рецептурные бланки для выписки наркотических средств и психотропных веществ имеются в медицинских организациях в достаточном количестве. Сроки обслуживания пациентов, имеющих рецепты, находящиеся на отсроченном обеспечении, во всех проверенных аптечных организациях в субъектах Российской Федерации соблюдаются.

Раздел VI. В области защиты прав детей-сирот при оказании им психиатрической помощи.

Большинство вопросов, изложенных в рекомендациях по данному разделу, урегулированы законодательством Российской Федерации и являются следствием неисполнения отдельными медицинскими работниками своих должностных обязанностей.

Раздел VII. В области оказания медицинской помощи лицам без регистрации и определенного места жительства.

Предлагается рассмотреть вопрос об изменении правил оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации, не имеющим регистрации и места жительства.

Отмечено, что реализация прав граждан на получение медицинской помощи связана с наличием у них постоянной регистрации на территории, закрепленной за данным учреждением здравоохранения.

Вместе с тем право граждан на выбор медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлено статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ.

Согласно части 2 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин выбирает медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

При этом Порядок выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н, и Порядок

выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденный приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1342н, не содержат в качестве основания для отказа в оказании медицинской помощи отсутствие регистрации по месту жительства.



Н.А. Хорова