# Введение

Организация и функционирование здравоохранения - одна из наиболее обсуждаемых проблем в современном российском обществе. Связано это с активным проведением реформ в области здравоохранения, которые сопровождаются постоянной критикой как со стороны представителей профессионального сообщества, так и широких слоев населения.

В начале 90-х годов XX века российское здравоохранение оказалось в сложной ситуации, проявляющейся в падении качества медицинского обслуживания, устаревании оборудования, отмирании институтов повышения квалификации специалистов, падении авторитета профессии врача и других серьезных проблемах. Кроме того, старые институциональные механизмы в здравоохранении, по сути, перестали действовать, а новые еще не сформировались. На фоне общего социально-демографического кризиса в стране, старения населения, роста заболеваемости в совокупности с низкими доходами большей части населения такая ситуация оказалась критической для российского общества, в особенности для социально незащищенных слоев населения - пенсионеров, инвалидов, детей.

Согласно принципам социального государства здоровье выступает общественной ценностью. Будучи значимым как в индивидуальном, так и в общественном отношении, здоровье представляет собой объект защиты со стороны здравоохранения. Поскольку медикаментозная терапия играет большую роль в поддержании здоровья, государство призвано гарантировать населению достойный уровень лекарственного обеспечения. Особенно это касается тех людей, которые не могут прибегнуть к услугам платной медицины либо приобретать за собственные средства эффективные, но дорогие медикаменты. В то же время многие социальные гарантии во многом прописаны лишь на бумаге, тогда как на практике государство слабо справляется с поставленными задачами.

Критическая ситуация в области государственного медицинского обслуживания и лекарственного обеспечения усугубляется общей низкой культурой здоровья среди населения. Последнее выражается в плохой осведомленности о состоянии собственного здоровья и профилактических мерах, в неправильном образе жизни, с которым связаны основные факторы риска и т.д.

В 2009 г. правительство РФ принимает решение о проведении комплексной реформы здравоохранения. В этот же год начинают действовать некоторые федеральные целевые программы, а с 2009 г. стартует программа дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). Проводимые реформы сопровождаются рядом неудач, подвергающихся жесткой критике со стороны общественности. В то же время на государственном уровне говорится об увеличении бюджета на здравоохранение и реализуемые программы, называются достижения и успехи проводимой политики. Однако в реальной жизни ситуация представляется совершенно иной. Лекарственное обеспечение населения превратилось в профанацию, в неэффективное использование огромных ресурсов - и материальных, и кадровых, и коммуникационных. А государственное медицинское обслуживание в целом до сих пор не вышло на достойный уровень и не удовлетворяет потребностям людей.

Государственное управление здравоохранением, в том числе и лекарственным обеспечением, рассматривается в работах Л.В. Анищенко, A.А.Балмасова, А.К. Витязева, М. Макки, К Перроу, А.В. Решетникова, А.В. Свешникова, И.С. Случаенко, Н.А. Трифоновой, В.И. Филатова, Дж. Хили, B.В. Хуторного, Г.И. Черникова и др.

Объект – Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования (ЧОФОМС).

Предмет - деятельность ЧОФОМС в части реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения.

Цель работы – на основе анализа проблем в деятельности ЧОФОМС в части реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения предложить рекомендации по их устранению.

В работе поставлены следующие задачи:

- проанализировать правила лекарственного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования;

- рассмотреть проблемы обеспечения учреждений здравоохранения лекарственными средствами;

- проанализировать практику реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения Челябинским областным фондом обязательного медицинского страхования;

- выявить проблемы в реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения Челябинским областным фондом обязательного медицинского страхования.

Общими явились методы анализа и синтеза, индукции и дедукции, наблюдения и сравнения. В качестве общенаучных методов, с помощью которых проводилось исследование, использовались метод структурного анализа, системный и исторический методы. К специальным методам, использовавшимся в работе, следует отнести сравнительно-правовой, формально-юридический метод, методы правового моделирования, различные способы толкования права.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованных источников и литературы.

Практическая значимость проведенного исследования определяется наличием рекомендаций, направленных на совершенствование деятельность ЧОФОМС по реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения.

# Глава 1. Общие положения лекарственного обеспечения в Российской Федерации

# 1.1 Правила лекарственного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования

В страховые медицинские компании часто обращаются пациенты и их родственники с жалобами (до 30% от всех обращений) на просьбы и подчас требования медицинских работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения приобрести в аптеке и принести в стационар лекарственные средства, необходимые для лечения того или иного заболевания. В ряде случаев такие требования могут быть признаны законными, но чаще врачу-эксперту страховой компании приходится принимать решение о незаконности таковых требований.

Статистика показывает, что в Российской Федерации ежегодно госпитализируется более 2 млн. чел., пострадавших в результате приема лекарств. Проблема безопасности медикаментозной помощи давно стала не только медицинской, но и социальной, поскольку затраты, связанные с купированием нежелательных клинических последствий применения лекарственных средств, выражаются в огромных суммах, растущих из года в год. Например, если в 2005 г. в Российской Федерации на эти цели было израсходовано 76,6 млрд. руб., то в 2010 г. - уже более 177 млрд. руб. Примерно 20% бюджета стран Евросоюза, по данным ВОЗ, тратится на купирование различных негативных последствий приема лекарственных средств[[1]](#footnote-1).

В Российской Федерации ежегодно регистрируется до 80 376 случаев госпитализации в результате ошибок фармакотерапии (на лечение их последствий тратится 47,4 млн. руб.), 15 млн. посещений пациентами врачей связано с использованием лекарственных средств, выписывается 76,3 млн. дополнительных рецептов для исправления ошибок лекарственного лечения, лекарственные болезни являются четвертой по частоте причиной смерти, уносящей 10 - 20 тыс. чел[[2]](#footnote-2).

Н.В. Иванова (2009) сообщает о том, что расходы на лечение осложнений лекарственной терапии, обусловленных различными типами врачебных ошибок (игнорирование анамнестических данных о непереносимости лекарственных средств в прошлом; неоправданный выбор лекарственных средств; игнорирование противопоказаний к применению; ошибки дозирования препарата; назначение лекарственных средств без учета их взаимодействия) составляют 10,74% расходов в общей структуре затрат на лекарственно-обусловленную заболеваемость и смертность[[3]](#footnote-3).

Г.И. Зимарин, Ю.В. Бисюк (2007), анализируя ошибки и их причины при оказании медицинской помощи 312 больным острым коронарным синдромом, умершим в стационаре, в процессе экспертизы качества фармакотерапии отметили ее ошибки в 143 случаях неблагоприятных исходов (45,8%). Из всех ошибок в 60,8% случаев был выявлен неверный выбор лекарственного средства, а в 88,1% назначение лекарственных средств не соответствовало современным рекомендациям[[4]](#footnote-4).

Значительная доля дефектов при проведении медикаментозного лечения свидетельствует о недостаточных знаниях врачами принципов рациональной фармакотерапии при неотложных состояниях, хирургической инфекции, проведении антикоагулянтной терапии. Высокий уровень дефектов диагностики и организации работы в значительной мере обусловлен как недостаточным контролем со стороны администрации ЛПУ, так и неудовлетворительной оснащенностью станций скорой медицинской помощи и ЛПУ современной диагностической аппаратурой и высокоэффективными лекарственными препаратами[[5]](#footnote-5).

С.К. Зырянов и др. (2008) сообщают, что неблагоприятные побочные реакции отмечаются у 2 - 3% жителей в популяции. По данным статистики в Российской Федерации, за 1997 г. от 770 тыс. до 2 млн. госпитализированных пациентов пострадали в связи с развитием побочных действий лекарств. Побочные реакции являются причиной госпитализации или продления ее сроков у 10% больных в США, 2 - 5% - в Великобритании, 6,4% - в Швейцарии, 7,8% - в Германии. Доля неблагоприятных побочных реакций среди госпитализированных пациентов в Великобритании составляет 3,7%, а в Германии - 43%. Дети и пожилые пациенты являются теми группами населения, которые наиболее часто страдают от лекарственных осложнений. Проведенные эпидемиологические исследования в Шотландии среди госпитализированных пациентов установили, что частота встречаемости лекарственных осложнений среди геронтологических больных составляет 14,2%. Исследования в Нидерландах подтвердили повышенный риск их развития у пациентов старших возрастных групп. Исследования среди педиатрических пациентов в США показали, что неблагоприятные побочные реакции у данной категории больных развиваются чаще, чем у взрослых. Около 23% всех госпитализированных детей страдают от лекарственных осложнений. Исследования, проведенные в Австралии, выявили, что побочные реакции являлись единственной причиной госпитализации у детей в 3,4% случаев, для взрослых этот показатель составил 2,4%. Лекарственные осложнения занимают 4-е место в США по частоте летальных исходов после смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей и инсультов и уносят более 100000 жизней. Данные метаанализа, проведенного в США, указывают, что побочные эффекты занимают 4 - 6-е место в структуре летальности среди госпитализированных пациентов. В США до 140 тыс. чел. погибают ежегодно в результате осложнений лекарственной терапии[[6]](#footnote-6).

Методические [рекомендации](consultantplus://offline/main?base=EXP;n=403347;fld=134) МЗ РФ N 2002/92 "Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении"[[7]](#footnote-7) подчеркивают, что на фоне доказанного повышения клинической результативности и эффективности диагностики после внедрения индустриальных методов управления качеством медицинской помощи достигнуто снижение общей стоимости лечения в среднем на 5% каждый год. Этому существенно способствует оптимизация использования диагностического и лабораторного оборудования, увеличение объемов догоспитального обследования, повышение образовательного уровня и изменение мотивации у персонала, его активное участие в управлении качеством, сокращение в 3,8 раза частоты полипрагмазии и в 7,1 раза - частоты необоснованных назначений лекарственных препаратов.

В [письме](consultantplus://offline/main?base=EXP;n=295585;fld=134) Минздравсоцразвития РФ от 28 декабря 2000 г. N 2510/14329-32 "О мерах по усилению контроля за назначением лекарств"[[8]](#footnote-8) даются определения: полипрагмазия - одновременное назначение 7-8 препаратов для лечения одного заболевания; политерапия - одновременная терапия всех имеющихся у пациента заболеваний. Приводятся дефекты назначения лекарственных средств:

- при назначении лекарств не принимаются во внимание утвержденные Минздравом России федеральные стандарты лечения отдельных групп заболеваний;

- назначаются лекарственные препараты с недоказанной эффективностью (АТФ, кокарбоксилаза, рибоксин, витамины, поляризующие смеси и др.);

- без достаточных показаний назначается парентеральное введение лекарств, таких как фуросемид, эуфиллин, препараты калия, нитраты, смеси электролитов;

- необоснованно часто соматическим больным в стационарах назначаются психотропные средства (транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные и т.д.);

- без достаточных оснований назначаются антигистаминные препараты при неаллергической патологии, гентамицин и другие антибиотики при внебольничных пневмониях без посева мокроты и определения чувствительности к антибиотикам, препараты калия у кардиологических больных без контроля уровня калия в крови, а также, невзирая на нормальный или высокий уровень, фуросемид и коротко действующие дигидропиридины в лечении артериальной гипертонии;

- не назначаются абсолютно показанные лекарственные средства (антибактериальная терапия при язвенной болезни, бета-блокаторы при ишемической болезни сердца с гиперкинетическим типом кровообращения, ингибиторов АПФ при недостаточности кровообращения, базисной противовоспалительной терапии при бронхообструктивных заболеваниях);

- одновременно назначаются препараты с однонаправленным терапевтическим эффектом (бета-блокатор в сочетании с верапамилом, эуфиллин с теопэком, диклофенак с индометацином);

- имеют место случаи назначения лекарств при наличии противопоказаний (диклофенак при обострении язвенной болезни, пенициллин при бронхиальной астме), а также назначение несовместимых препаратов;

- при стационарном и амбулаторном лечении имеет место полипрагмазия (одновременное назначение 7-8 препаратов для лечения одного заболевания) и политерапия (одновременная терапия всех имеющихся у пациента заболеваний);

- не осуществляется возрастная корректировка дозировок лекарственных средств, режимов и способов введения препаратов (парентеральное назначение больших объемов жидкостей, недостаточно медленно и т.д.) у граждан пожилого, особенно старческого, возраста;

- в историях болезни отсутствуют достаточные обоснования для назначения того или иного препарата, отсутствуют необходимые данные лабораторных и инструментальных исследований, записи консультаций узких специалистов, подтверждающие целесообразность выбора лекарств.

Методические [рекомендации](consultantplus://offline/main?base=EXP;n=407291;fld=134;dst=100165) МЗ РФ от 19 марта 2004 г. N 2004/46 "Непрерывное совершенствование лечебно-диагностического процесса в условиях индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в стационаре"[[9]](#footnote-9) в качестве интегральной оценки деятельности стационарного подразделения, а также всего стационара предлагают следующие индикаторы качества, необходимые для комплексной характеристики качества лечебно-диагностического процесса:

"7. Полипрагмазия или назначение более 5 препаратов - удельный вес больных с полипрагмазией среди общего числа пролеченных пациентов (в %). Полипрагмазия может быть обоснованной (например, в отделении реанимации, у тяжелых больных) и необоснованной (например, использование более 5 препаратов у больного с варикозной болезнью).

8. Необоснованное назначение медикаментов - удельный вес больных с необоснованным назначением медикаментов среди общего числа пролеченных пациентов (в %). Показатель используется для перекрестной оценки целесообразности выбранного объема фармакотерапии вместе с полипрагмазией, хотя необоснованное назначение медикаментов может встречаться и при малом количестве назначенных лекарственных препаратов".

Письмом Росздравнадзора от 22 мая 2006 г. N 01И-421/06[[10]](#footnote-10) указывается, что при проведении проверок субъектов РФ в части рационального назначения лекарственных средств и проведения клинико-экспертной работы выявлены следующие недостатки при оказании первичной медицинской помощи на амбулаторном этапе, характерные для всех проверенных регионов:

- назначение лекарственных средств без осмотра пациента, по просьбе родственников (от 3 до 12% случаев);

- назначение препарата без проведения необходимого обследования (от 1,5 до 2,5%);

- в дневниковых записях не зафиксированы гемодинамические показатели. Например, пациент перенес оперативное вмешательство по поводу протезирования сердечных клапанов. По амбулаторной карте выявлено, что пациент при обращении к врачу не получал направление на контрольное определение протромбинового индекса крови (ПТИ), в то же время ему назначается препарат финилин. И дальнейшие назначения происходят также без контроля свертывающей системы крови.

То же самое в ряде случаев происходит и с назначением сахароснижающих лекарственных средств, когда имеют место случаи назначения без контроля сахара в крови;

- при выписке лекарственных средств, предназначенных для льготного отпуска, не фиксируются сопутствующие заболевания, что приводит к необоснованности назначения лекарственных средств. Так, например:

- пациенту с ведущим заболеванием ИБС назначены и выписаны препараты омез, хондроксид, предуктал, фенобарбитал;

- пациенту с ведущей патологией: гипертоническая болезнь 2-й стадии необоснованно назначены бифидум-бактерин, мезим форте;

- пациенту с основным диагнозом: деформирующий артроз необоснованно назначены препараты диротон, гипотиазид, каптоприл;

- имеют место случаи отсутствия преемственности в ведении больных между врачами-специалистами, что приводит к дублированию выписанных льготных лекарственных средств одному пациенту разными врачами. Например: пациент получает рецепты 21 сентября 2009 г. на препараты L-тироксин берлин-хеми т. 100 мкг N 50 и дигидротахистерол фл. 0,1% 10 мл р-р в масле, а 29 сентября 2005 г. точно такие же лекарственные препараты получает по рецептам от другого специалиста;

- выявлены случаи бесконтрольного, необоснованно увеличенного периода назначения лекарственных средств;

- имеют место случаи полипрагмазии, а также нерационального комбинирования лекарственных средств, выписка лекарственных средств во время планового пребывания пациента в стационаре;

- недостаточная оценка клинического эффекта от назначения того или иного лекарственного препарата.

Приказом Минздарвсоцразвития от 20 июля 2007 г. N 488 утвержден Административный [регламент](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=70532;fld=134;dst=100012) Росздравнадзора по исполнению государственной функции по выдаче разрешений на применение новых медицинских технологий. К новым медицинским технологиям относятся впервые предлагаемые к использованию на территории РФ или усовершенствованные совокупности методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации (далее - метод), средств, с помощью которых данные методы осуществляются, а в некоторых случаях и способ получения средства, применяемого в данной технологии. Методы и средства, применяемые в новых медицинских технологиях, могут включать в себя использование лекарственных средств и изделий медицинского назначения в строгом соответствии с утвержденными при регистрации инструкциями по медицинскому применению. Использование в новых медицинских технологиях лекарственных средств и (или) изделий медицинского назначения с отклонениями от инструкций по медицинскому применению не допускается.

При назначении лекарственных средств следует руководствоваться [Приказом](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134) Минздравсоцразвития от 12 февраля 2007 г. N 110 "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания"[[11]](#footnote-11), которым утверждена [Инструкция](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134;dst=100256) о порядке назначения лекарственных средств, предусматривающая следующее: "[1.3](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134;dst=100261). В случаях типичного течения болезни назначение лекарственных средств осуществляется исходя из тяжести и характера заболевания, согласно утвержденным в установленном порядке стандартам медицинской помощи и в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утверждаемым Правительством РФ. [1.5](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134;dst=100264). Разовые, суточные и курсовые дозы при назначении лекарственных средств определяются лечащим врачом исходя из возраста больного, тяжести и характера заболевания согласно стандартам медицинской помощи. [1.6](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134;dst=100265). Назначение лекарственных средств (наименование препаратов, разовая доза, способ и кратность приема или введения, ориентировочная длительность курса, обоснование назначения лекарственных средств) фиксируется в медицинских документах больного (истории болезни, амбулаторной карте, листе записи консультационного осмотра)".

В соответствии с действующим [Приказом](consultantplus://offline/main?base=EXP;n=423391;fld=134) ФФОМС от 6 сентября 2000 г. N 73[[12]](#footnote-12) медицинской помощью ненадлежащего качества признается медицинская помощь, не исключающая негативные последствия: затрудняющие стабилизацию или увеличивающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса, приводящие к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения, вызывающие неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением. Из этого следует, что при отсутствии назначения необходимого лекарственного препарата может возникнуть риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания или риск появления нового патологического процесса, что рассматривается как ненадлежащее качество медицинской помощи. Неоптимальное использование ресурсов учреждения здравоохранения может быть связано с назначением малоэффективных непоказанных препаратов вместо необходимых, равно и при отсутствии назначения современного показанного средства, что приведет к удлинению срока госпитализации и будет также расценено как ненадлежащее качество медицинской помощи.

[Приказом](consultantplus://offline/main?base=EXP;n=310570;fld=134) ФФОМС от 11 октября 2002 г. N 48[[13]](#footnote-13) "Методические рекомендации для структурных подразделений по защите прав застрахованных территориальных фондов ОМС (СМО) по подготовке дел, связанных с защитой прав застрахованных, к судебному разбирательству" предложен к исполнению Классификатор наиболее часто встречающихся нарушений, которые могут послужить поводом для обращения в суд за защитой, где указан дефект лекарственной терапии: "2. Некачественное оказание медицинской помощи, повлекшее неблагоприятные последствия для застрахованного: ...в) ошибочный выбор лекарственной терапии, повлекший утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию, смерть; г) ошибки при выполнении медикаментозной терапии, повлекшие утяжеление состояния больного, развитие осложнений, удлинение сроков лечения, возможную инвалидизацию, смерть".

[Приказ](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=115179;fld=134) Минздрава РФ от 27 мая 1997 г. N 170 предусматривает возможность нанесения вреда здоровью пациента и приводит формулировку диагноза в этих случаях: "Y63 - нанесение вреда здоровью ошибочностью дозировки при проведении хирургических и терапевтических процедур".

[Приказом](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=77723;fld=134;dst=100084) ФФОМС от 26 мая 2008 г. N 111 "Об организации контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования" установлено определение дефекта оказания медицинской помощи, в том числе и лекарственной: "24. В результате осуществления контроля объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС могут быть выявлены действия (бездействие) медицинского персонала (дефекты оказания медицинской помощи), являющиеся: нарушением требований нормативных актов уполномоченных органов исполнительной власти; нарушением обычаев делового оборота, обычно предъявляемых требований в сфере здравоохранения; неоптимальным выбором технологии оказания медицинских услуг (неправильная диагностика, затрудняющая стабилизацию имеющегося у пациента заболевания; создание условий повышения риска для возникновения нового патологического процесса; нерациональное использование ресурсов медицинского учреждения)".

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2010 г. N 1938-р утвержден [Перечень](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=64704;fld=134;dst=100007) жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, в который включены препараты, которые в обязательном порядке должны быть в распоряжении лечащего врача[[14]](#footnote-14).

Таким образом, обязательными правилами правового регулирования лекарственной помощи являются:

- обязательное наличие и бесплатное для пациента применение в стационаре лекарственных препаратов, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=64704;fld=134;dst=100007) жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств;

- назначение и использование лекарственных средств в строгом соответствии с утвержденной инструкцией по его применению (с учетом показаний и противопоказаний, соблюдением разрешенных методов введения и дозирования);

- учет анамнестических данных о непереносимости лекарственных средств в прошлом;

- назначение лекарственных средств без учета их взаимодействия;

- учет возрастной коррекции дозы лекарственного средства;

- наличие добровольного информированного согласия пациента на избранные лечащим врачом методы и способы лекарственной терапии, в том числе на применение лекарственных средств у больных по жизненным показаниям;

- избегание полипрагмазии и политерапии без соответствующих показаний;

- неиспользование лекарственных средств, затрудняющих стабилизацию или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания;

- неиспользование лекарственных средств, повышающих риск возникновения нового патологического процесса;

- неиспользование лекарственных средств, приводящих к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения;

- создание условий, не вызывающих неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинским учреждением.

# 1.2 Проблемы обеспечения учреждений здравоохранения лекарственными средствами

Наиболее характерны следующие нарушения: формирование лечебно-профилактическими учреждениями заявок на лекарственное обеспечение без учета реальной потребности в лекарственных средствах; отсутствие лекарственных препаратов в муниципальных аптечных учреждениях; ненадлежащий контроль за дефектурой лекарственных средств; нарушение поставщиками установленных государственными контрактами сроков поставки лекарственных препаратов; несоответствие рецептов на лекарственные средства предъявляемым требованиям; отказ в выписке льготных рецептов в связи с их отсутствием в аптечных учреждениях и другие.

Некоторые из них допущены в процессе проведенных в целях реализации [ФЗ](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=90087;fld=134) от 17 июля 1999 г. "О государственной социальной помощи"[[15]](#footnote-15) аукционов на поставку лекарственных средств.

Например, в Челябинской и Свердловской областях с начала 2011 г. выявлены нарушения Законодательства о размещении заказов для государственных и муниципальных нужд при осуществлении указанной деятельности. Так, при закупке являющихся наркотическими средствами лекарственных препаратов ОГУЗ "Челябинский областной онкологический диспансер" наряду с требованиями, предъявляемыми к качеству поставляемого товара, в нарушение [ст. 43](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=95599;fld=134;dst=100450) ФЗ от 21 июля 2005 г. "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд" (далее - ФЗ от 21 июля 2005 г.)[[16]](#footnote-16) в извещении о проведении запроса котировок указало на необходимость представления участниками котировок лицензии на фармацевтическую деятельность, связанную с оборотом наркотических и психотропных средств. В связи с допущенным нарушением главному врачу внесено представление, приняты меры к устранению нарушений федерального законодательства.

В Свердловской области выявлено 10 контрактов на поставку лекарственных средств, не соответствующих условиям о сроках поставки товаров, указанных в документации об аукционе. Прокурор вынес 10 постановлений о возбуждении производств по делу об административном правонарушении, предусмотренном [ч. 1 ст. 7.32](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=95302;fld=134;dst=1362) КоАП[[17]](#footnote-17).

Например, в некоторых субъектах Федерации округа прокуроры выявили случаи несоблюдения поставщиками - фармацевтическими организациями сроков поставки лекарственных средств по заключенным государственным контрактам. При этом государственные заказчики в нарушение [ч. 11 ст. 9](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=95599;fld=134;dst=100670) ФЗ от 21 июля 2005 г. каких-либо мер к обеспечению выполнения условий контрактов не принимали.

В связи с выявленными нарушениями прокурор Челябинской обласати руководителям региональных органов здравоохранения внесли представления, которые рассмотрены и удовлетворены.

В целях совершенствования механизма государственного регулирования цен на лекарственные препараты Приказом Минздравсоцразвития России от 27 мая 2009 г. "Об организации и осуществлении мониторинга цен и ассортимента лекарственных средств в стационарных лечебно-профилактических и аптечных учреждениях (организациях) Российской Федерации" утвержден [перечень](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=88201;fld=134;dst=100012) лекарственных средств, подлежащих мониторингу по цене и ассортименту, а также [Положение](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=88201;fld=134;dst=100175) об организации и осуществлении мониторинга цен и ассортимента лекарственных средств. Согласно указанному [Приказу](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=88201;fld=134) управление Росздравнадзора по субъектам Федерации ежемесячно по состоянию на 15 число организует сбор от лечебно-профилактических и аптечных учреждений информации о наличии лекарственных средств, включенных в список, и их ценах.

Нарушения установленного порядка оформления бесплатных рецептов - наиболее распространенные и многочисленные нарушения действующего законодательства в рассматриваемой сфере.

В нарушение требований [Приказа](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134) Минздравсоцразвития от 12 февраля 2007 г. "О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания", а также [Инструкции](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=94399;fld=134;dst=100202) по заполнению формы N 148-1/у-04(л) "Рецепт" лечебные учреждения допускают такие типичные нарушения, как: отсутствие на рецептурном бланке подписи врача, личной печати врача, инициалов при указании фамилии врача, выписывающего рецепт; отсутствие кода нозологической группы; на корешках рецептурных бланков не обозначен способ применения лекарственного средства, продолжительность приема, количество приемов в день, количество лекарства на один прием; при указании способа приема лекарственного средства допускается использование общих указаний "внутреннее", "по схеме", "местно" и т.п.

К наиболее серьезным нарушениям порядка выписывания лекарственных средств относятся: назначения лекарственных препаратов без осмотра больного, без консультаций "узких" специалистов и проведения дополнительных методов обследования; назначение более 5 лекарственных препаратов одномоментно или более 10 препаратов в месяц без решения врачебной комиссии; выписка лекарственных средств гражданам, отказавшимся в установленном порядке от социального пакета; выписка рецепта неуполномоченным врачом.

В 2010 г. указанные нарушения выявили прокуроры в деятельности учреждений здравоохранения Челябинской области.

Например, установлено, что в медицинских учреждениях села Долгодеревенское медицинские карты амбулаторного больного по [форме 025/у-04](consultantplus://offline/main?base=LAW;n=50735;fld=134;dst=100047) для лиц, имеющих право на получение набора социальных услуг, вообще не заводят.

По многочисленным фактам нарушений порядка оформления бесплатных рецептов и ведения амбулаторных карт прокуроры городов Челябинской области за 2010 год вынести руководителям лечебно-профилактических учреждений и главам местных администраций внесли 12 представлений, которые рассмотрены и удовлетворены. Выявленные нарушения устранены, 12 виновных должностных лиц медицинских учреждений привлечены к дисциплинарной ответственности.

В результате рассмотрения представления прокуратуры Советского района г. Челябинска главный врач МУЗ "Поликлиника N 1" в полном объеме устранил нарушения порядка назначения и выписывания лекарственных средств, к дисциплинарной ответственности привлечены 6 должностных лиц.

Нарушения сроков обеспечения граждан отдельных категорий лекарственными средствами по рецептам, находящимся на отсроченном исполнении, выявлены в Челябинской области.

В марте 2009 г. по результатам рассмотрения судами исковых заявлений прокуроров Челябинской области области о признании незаконным бездействия аптечных учреждений по своевременному обеспечению лекарственными средствами по рецептам, находящимся на отсроченном исполнении, восстановлены права 5 граждан, в том числе двух детей-инвалидов.

Факты неведения журналов регистрации, неправильного выписывания рецептов, невнесения в журнал рецептов, поставленных на отсроченное обслуживание, возврата гражданам рецептов по причине истечения срока их действия в период нахождения на отсроченном обслуживании выявлены прокуратурой Челябинской области.

На 1 июня 2009 г. прокуроры выявили в Челябинской области свыше 70 нарушений порядка обеспечения отдельных категорий граждан льготными лекарственными препаратами. В целях их устранения внесено 34 представления, по результатам рассмотрения которых к дисциплинарной ответственности привлечено 33 виновных должностных лица, оспорен один незаконный правовой акт, в суды направлено 11 заявлений, из которых 7 рассмотрено и удовлетворено, объявлено 5 предостережений, возбуждено 10 производств об административном правонарушении.

Анализ обращений показал, что, как правило, они касались вопросов задержки выдачи лекарств по льготным рецептам в аптечных учреждениях, взыскания денежных средств, потраченных гражданами отдельных категорий на лекарственные препараты.

Так, по обращению И., прокуратура Свердловской области установила, что во время нахождения на лечении в стационаре муниципального учреждения здравоохранения "Участковая больница поселка Козыревск" ему выписан рецепт на приобретение за счет собственных средств препаратов "Кавинтон" и "Мексидол". Вместе с тем указанные препараты включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Камчатского края бесплатной медицинской помощи в 2008 г., обеспечение которыми при оказании стационарной медицинской помощи осуществляется бесплатно.

В связи с допущенным нарушением главе муниципального района внесено представление, по результатам рассмотрения которого допустивший нарушение врач привлечен к дисциплинарной ответственности. В суд направлено заявление о взыскании затраченных пациентом средств.

Учитывая высокую социальную значимость указанной проблемы, представляется необходимым на федеральном уровне:

- поручить Федеральному фонду обязательного медицинского страхования активизировать контроль за соблюдением как производителями лекарственных препаратов, так и предприятиями, их реализующими, требований законодательства с целью пресечения фактов установления монопольно высоких цен и нарушения тем самым интересов потребителей.

# Глава 2. Анализ реализация государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения Челябинским областным фондом обязательного медицинского страхования

# 2.1 Практика реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения Челябинским областным фондом обязательного медицинского страхования

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования (далее - ЧОФОМС) создан для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования как составной части государственного социального страхования.

В ЧОФОМС ответственным за лекарственное обеспечение учреждений здравоохранения является отдел «Лекарственного обеспечения» (далее отдел), который является структурным подразделением Управления по работе с медицинскими учреждениями ЧОФОМС.

Отдел в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями Правительства Российской Федерации, международными договорами Российской Федерации и локальными актами ЧОФОМС.

Проведен анализ закупок лекарственных средств и изделий медицинского назначения (далее ЛС и ИМН) по информации, предоставленной медицинскими организациями на сайте ЧОФОМС в разделе «Мониторинг закупок ЛС и ИМН» согласно приказа ЧОФОМС от 05.04.2011г. №208 «Об организации ведения мониторинга закупок, поставок и оплаты лекарственных средств и изделий медицинского назначения, приобретенных за счет средств обязательного медицинского страхования».

По программе дополнительного лекарственного обеспечения в Челябинской области работают:

* 302 лечебно-профилактических учреждений, в т.ч. в системе ОМС - 157,
* 7912 врачей имеют право выписывать льготные рецепты, 194 аптечных организаций

Лечебно-профилактические учреждения обеспечены программой по учету выписанных рецептов, разработанной в фонде. Всего в ЛПУ области за 2010-2009 годы поставлено 772 компьютера (АРМ).

Показатели, характеризующие лекарственное обеспечение представлены в таблице

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Значение показателя за 2006 | Значение показателя за 2007г.  (на 01.07.07) |
| Сумма реализованных медикаментов (оперативные данные ОГУП "ОАС") млн. руб. | 1 514,9 | 369,5 |
| Выписано рецептов (шт.) | 2 709 957 | 767 129 |
| Обслужено рецептов (шт.) | 2 610 542 | 700 903 |
| % обслуженных от выписанных | 96,33 | 91,37 |
| Количество рецептов на отсроченном обслуживании (на 1 число месяца) шт. | 7 383 | 16 464 |
| Средняя стоимость обслуженного рецепта (руб.) | 580,32 | 527,14 |
| Количество льготников получивших медикаменты (чел.) | 120 001 | 92 793 |
| Количество рецептов выписанных 1 льготнику (шт.) | 24 | 8 |
| Стоимость медикаментов, полученных 1 льготником (руб.) | 12 624,46 | 3 981,68 |

Финансирование осуществляется на основании п. 4 Постановления Правительства от 19.02.2011г. № 102 «О порядке финансирования на 2011 год», средства Федерального бюджета на лекарственное обеспечение направляются ФОМС в бюджеты территориальных фондов ежемесячно в размере 1/12 годового объема средств (57 698,10 тыс. руб. – ежемесячно, 962 376,2 тыс. руб. – годовое бюджетное финансирование)

Расчеты за фактически отпущенные лекарственные средства осуществляются на основании предъявленных, на оплату счетов фармацевтической организацией ЗАО «СИА Интернейшнл».

Предоставление счетов за отпущенные лекарственные средства характеризуются отсутствием систематичности. Неритмичность предоставления к оплате комплекта документов создает дополнительные трудности в работе.

Медицинскими организациями, работающими в сфере ОМС, заключено контрактов и договоров на поставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения (за счет средств ОМС) за период с 01.01.2011г по 25.08.2011г. на сумму 1 280 348 523,88 рублей.

Из них по совместным торгам (централизованные закупки) заключено контрактов на сумму 666 534 605,59 рублей, что составляет 52,06 % от общей суммы заключенных контрактов.



медицинский страхование лекарственный обеспечение

Самостоятельно (децентрализовано) медицинские организации заключили контрактов и договоров на сумму 613 757 820,18 рублей, что составляет 47,94 % от общей суммы заключенных контрактов.

|  |  |
| --- | --- |
| Способы закупки | Сумма заключенных контрактов, руб. |
| аукцион | 275 089 823,93 |
| конкурс | 1 435 811,75 |
| котировка | 104 664 288,85 |
| договоры с единственным поставщиком | 232 567 895,65 |
| Итого по закупкам, проведенным самостоятельно | 613 757 820,18 |



В соответствии с протоколом аукциона 12А/А(ОЗ) на поставку ЛС и ИМН в 2011 года должно быть заключено контрактов на сумму 132 120 234,68 рублей, по данным мониторинга сумма заключенных контрактов 121 472 300,9 рублей (с учетом дополнительных соглашений и соглашений о расторжении контрактов), это 94,46 % от суммы протокола.

Поставка произведена на сумму 105 904 359,25 рублей (84,86% от суммы заключенных контрактов).



В соответствии с протоколом аукциона 38 А/А (ОЗ) должно быть заключено контрактов на сумму 560 272 626,22 рублей, по данным мониторинга сумма заключенных контрактов 541 734 156,37 рублей (с учетом дополнительных соглашений и соглашений о расторжении контрактов), это 96,69 % от суммы протокола.

Поставлено медикаментов на сумму 363 279 435,83, что составило 67,06 % от суммы заключенных контрактов по 38/А аукциону.



Поставка медикаментов по контрактам, заключенным в результате совместных торгов в форме открытого аукциона № 38/А производится через Центральный распределительный склад, период поставки.

Информация по данным Центрального распределительного склада (на 25.08.2011г) заключено контрактов в 2011 году между поставщиками и медицинскими организациями на сумму 557 458 171,48 рублей.

Поставщиками поставлено на ЦРС товара на сумму 478 645 956,98 рублей (85,86 % от суммы контрактов).

ЦРС осуществил доставку в медицинские организации на сумму 464 465 833,58 рублей, что составляет 83,32 % от суммы заключенных контрактов.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сумма заключенных контрактов, руб | Приход на ЦРС от поставщиков, руб. | Приход на ЦРС от поставщиков, % | Доставка от ЦРС в МО, руб. | Доставка от ЦРС в МО, % |
| 557 458 171,48 | 478 645 956,98 | 85,86 | 464 465 833,58 | 83,32 |

Информация о реализации в Челябинской области мер социальной поддержки отдельных категорий граждан в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами в первой половине 2011 года .

На 01.09.2011 года в соответствии с Актом отделения ПФР по Челябинской области зарегистрировано 298 315 «федеральных» льготника. Из них право на бесплатное лекарственное обеспечение имеют 161 764 человека (54,2% от общего количества «федеральных» льготников).

На 01.09.2011г. произошел прирост льготников имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение на 4,01 % по сравнению с количеством льготников на 01.07.2006г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 01.07.10 | 01.07.11 | Прирост % |
| Количество льготников в регистре (чел.) | 292 150 | 298 315 | 2,11 |
| Количество льготников имеющих право на лекарственное обеспечение (чел.) | 155 534 | 161 764 | 4,01 |
| % к общему количеству льготников | 53,23 | 54,23 |  |

Структура регистра представлена в таблице. Самая большая группа – это инвалиды, составляет 74,79 % от всех имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Категория | 01.07.10 | % | 01.07.11 | % |
| Инвалиды войны | 10 009 | 6,44 | 9 209 | 5,69 |
| Участники Великой Отечественной войны (ВОВ) | 915 | 0,59 | 786 | 0,49 |
| Ветераны боевых действий (ВБД) | 11 350 | 7,3 | 11 707 | 7,24 |
| Военнослужащие …. | 713 | 0,46 | 582 | 0,36 |
| Лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» | 312 | 0,20 | 288 | 0,18 |
| Члены семей погибших (умерших) инв. войны, участников ВОВ и ВБД | 9 227 | 5,93 | 7 980 | 4,93 |
| Лица, работавшие в период ВОВ ….. | 4 | 0,003 | 3 | 0,001 |
| Инвалиды (все) | 113 478 | 72,96 | 120 976 | 74,79 |
| Дети – инвалиды | 8 709 | 5,60 | 8 797 | 5,44 |
| Граждане, пострадавшие от воздействия радиации (Маяк, Чернобыль, Семипалатинск, ПОР) | 817 | 0,53 | 1 436 | 0,89 |
| ИТОГО | 155 534 | 100 | 161 764 | 100 |

Таким образом, ЧОФОМС осуществляет на территории Челябинской области государственную политику в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения. Из приведенного анализа сделан вывод, что предоставление счетов за отпущенные лекарственные средства характеризуются отсутствием систематичности. Неритмичность предоставления к оплате комплекта документов создает трудности в работе.

# 2.2 Проблемы в реализации государственной политики в сфере лекарственного обеспечения учреждений здравоохранения Челябинским областным фондом обязательного медицинского страхования

В ЧОФОМС ответственным за лекарственное обеспечение учреждений здравоохранения является отдел «Лекарственного обеспечения».

Начальник Отдела

Заместитель начальника Отдела

Главный специалист Отдела

Главный Специалист Отдела

Ведущий специалист Отдела

Ведущий специалист Отдела

Структура Отдела Лекарственного обеспечения

То есть Отдел включает шесть штатных единиц, анализ должностных инструкций сотрудников Отдела свидетельствует о том, что функции Отдела распределены неравномерно, так Заместитель Начальника Отдела помимо того, что наравне с Главными и Ведущими специалистами осуществляет размещение заказа, он ведет сводный реестр закупок лекарственных средств, предоставляет сводную отчетность по проведенным закупкам в Главное Управление Материальных ресурсов Челябинской области, а также сводный прогноз объемов продукции, в Министерство экономического развития Челябинской области. Также Заместитель Начальника предоставляет разъяснение по конкурсной документации и размещение на официальном сайте и участвует в работе конкурсных и аукционных комиссиях, составлении, размещении и опубликовании протоколов заседаний.

При этом в Отделе отсутствует четкое разграничение должностных обязанностей не только между одноименными должностями, но и собственно между Главными специалистами и Ведущими специалистами. Это приводит не только к тому, что они выполняют одинаковые функции, но и отсутствию ответственных за конкретную заявку и т.д.

По наблюдениям порядка 15% рабочего времени затрачивает каждый из сотрудников Отдела на работу по разъяснению по конкурсной документации и размещению на официальном сайте, при этом 5% из этого времени уходит специалистом на поиск необходимой информации по конкретной заявке. В связи с этим представляется целесообразном функцию по разъяснению возложить на одного специалиста – Ведущего специалиста, который будет заниматься этим вопросом.

Кроме того, важно отметить, что никто из сотрудников Отдела, кроме Начальника Отдела за последние два года не проходил дополнительные курсы «по размещению государственного и муниципального заказа», и это при том количестве изменений в законодательстве которые произошли за последние два года.

В связи с этим представляется целесообразным направить сотрудников Отдела на дополнительное обучение.

Чтобы оценить результаты работы Отдела муниципального заказа рассмотрим показатели деятельности Отдела за последние три года.

Проанализируем, основные показатели работы Отдела. Так сотрудниками Отдела ведётся систематическая работа:

-по разработке и утверждению конкурсных (аукционных) документаций - 96 пакетов;

-по разработке извещений о проведении торгов 96 документов;

-по утверждению изменений к конкурсным (аукционным) документациям 28 документов;

-по подготовке разъяснений положений конкурсных (аукционных) документаций в связи с запросами Участников размещения заказа

9 документов;

-по подготовке извещений об отказе о проведении торгов 8 документов.

При осуществлении работы в конкурсных (аукционных) комиссиях, рассмотрении заявок участников размещения заказов, подготовка, подписание, размещение и опубликование протоколов заседаний комиссий подготовлено 140 протоколов.

Ежеквартально формируется сводный реестр закупок, с представлением данных в прокуратуру Челябинской области. Количество сформированных сводных реестров составило 4 шт.

По проведенным закупкам лекарственных средств сформирована и предоставлена в Главное управление материальных ресурсов Челябинской области сводная отчетность в количестве 5 штук.

В соответствии с письмом Главного контрольного управления Челябинской области, по итогам 2010 года, подготовлена и предоставлена заместителю Губернатора Челябинской области по экономическому развитию информация о состоянии закупок лекарственных средств за первое полугодие 2011 года.

При участии представителя ОГКИ, уполномоченного на контроль, была рассмотрена жалоба участников размещения заказа, жалоба признана необоснованной.

В Управление по финансам ЧОФОМС ежемесячной предоставляется отчетность о результатах проведения торгов: количество предоставленных отчетов – 12 шт.

Также исследуем в каком количестве и в каких формах Отделом проводилось размещение заказа.

Таким образом, наблюдается повышение количества незаключенных контрактов по причине отсутствия заявок, либо неявки участников аукциона, а также количества контрактов, заключенных в результате несостоявшихся торгов у единственного поставщика. При этом необходимо отметить снижение количества контрактов заключенных на аукционах.

Можно сделать вывод - главная проблема закупок лекарственных средств ЧОФОМС – отсутствие конкуренции. Для повышения уровня конкуренции представляется целесообразным размещение информации о закупках лекарственных средств на сайте ЧОФОМС.

# 

# Заключение

В соответствии с поставленными задачами в работе сделаны следующие выводы.

1. Реформа государственного медицинского обслуживания позволяет проследить некоторые позитивные тенденции и надеяться на масштабный успех в будущем, то реформа лекарственного обеспечения (программа ДЛО) явно «провалилась», о чем свидетельствует выход из программы 67% участников в 2009 г.

Причины неудач, как показало проведенное исследование, кроются в недостаточном финансировании системы российского здравоохранения в целом и его составляющих, а также в непродуманности и непоследовательности предпринимаемых государством реформ. Соответственно, нехватка бюджета усугубляется его нерациональным использованием, что сводит к минимуму результаты преобразований. Это позволяет говорить о слабой социальной политике государства в области здравоохранения.

2. По программе дополнительного лекарственного обеспечения в Челябинской области работают:

* 302 лечебно-профилактических учреждений, в т.ч. в системе ОМС - 157,
* 7912 врачей имеют право выписывать льготные рецепты, 194 аптечных организаций

Лечебно-профилактические учреждения обеспечены программой по учету выписанных рецептов, разработанной в фонде. Всего в ЛПУ области за 2010-2009 годы поставлено 772 компьютера (АРМ).

Финансирование осуществляется на основании п. 4 Постановления Правительства от 19.02.2011г. № 102 «О порядке финансирования на 2011 год», средства Федерального бюджета на лекарственное обеспечение направляются ФОМС в бюджеты территориальных фондов ежемесячно в размере 1/12 годового объема средств (57 698,10 тыс. руб. – ежемесячно, 962 376,2 тыс. руб. – годовое бюджетное финансирование)

Предоставление счетов за отпущенные лекарственные средства характеризуются отсутствием систематичности. Неритмичность предоставления к оплате комплекта документов создает дополнительные трудности в работе.

На 01.09.2011г. произошел прирост льготников имеющих право на бесплатное лекарственное обеспечение на 4,01 % по сравнению с количеством льготников на 01.07.2006г.

В работе сделан вывод, что в ЧОФОМС в отделе ответственном за закупки лекарственных средств отсутствует четкое разграничение должностных обязанностей не только между одноименными должностями, но и собственно между Главными специалистами и Ведущими специалистами. Это приводит не только к тому, что они выполняют одинаковые функции, но и отсутствию ответственных за конкретную заявку и т.д.

В связи с этим представляется целесообразном функцию по разъяснению возложить на одного специалиста – Ведущего специалиста, который будет заниматься этим вопросом.

Наблюдается повышение количества незаключенных контрактов по причине отсутствия заявок, либо неявки участников аукциона, а также количества контрактов, заключенных в результате несостоявшихся торгов у единственного поставщика. При этом необходимо отметить снижение количества контрактов заключенных на аукционах.

Главная проблема закупок лекарственных средств ЧОФОМС – отсутствие конкуренции. Для повышения уровня конкуренции представляется целесообразным размещение информации о закупках лекарственных средств на сайте ЧОФОМС.

# 

# Список использованных источников и литературы

1. Нормативно-правовые акты

1. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: Федеральный закон от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 21.07.2011) // Собрание законодательства РФ. 2002. N 1 (ч. 1). Ст. 1.
2. О государственной социальной помощи: Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗт (ред. от 01.07.2011) // Собрание законодательства РФ. 1999. N 29. Ст. 3699.
3. Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2011 год: Распоряжение Правительства РФ от 11.11.2010 N 1938-р (ред. от 06.04.2011) // Собрание законодательства РФ. 2010. N 47. ст. 6155.
4. О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд: Федеральный закон от 21.07.2005 N 94-ФЗ (ред. от 11.07.2011) // Собрание законодательства РФ. 2005. N 30 (ч. 1). Ст. 3105.

О результатах проверок реализации Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году и I квартале 2006 года: Письмо Росздравнадзора от 22.05.2006 N 01И-421/06 // Документ опубликован не был.

1. О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания : Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 (ред. от 20.01.2011) // Российская газета. N 100. 2007. 15 мая.
2. Об утверждении Методических рекомендаций: Приказ ФФОМС от 06.09.2000 N 73 (ред. от 11.11.2002) // Документ опубликован не был.
3. Об утверждении Методических рекомендаций: Приказ ФФОМС от 11.10.2002 N 48 // Сборник нормативно-методических материалов по защите прав застрахованных, ФФОМС, М., 2004.

2. Литература

Бисюк Ю.В., Сергеев Ю.Д. Дефекты при проведении антибактериальной терапии и неблагоприятные исходы лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи. М.: МГМСУ, 2008. 113с.

Зимарин Г.И., Бисюк Ю.В. О некоторых ошибках и их причинах в лечении острого коронарного синдрома // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007. N 3. С. 4 - 5.

Зырянов С.К., Грацианская А.Н., Белоусов Ю.Б. Фармаконадзор // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2008. N 3. С. 135 - 171.

Иванова Н.В. Структура экономических затрат, обусловленных осложнениями лекарственной терапии // Экономика здравоохранения. 2009. N 1. С. 34 - 36.

Клевцова Л. Безопасность медикаментозной помощи: проблема мониторинга // Московские аптеки. 2011. N 5. С. 20 - 22.

Лозинский Е.Ю., Шмыкова И.И., Лозинский М.Е. Ошибки лекарственной терапии // Тихоокеанский медицинский журнал. 2011. N 4. С. 41 - 44.

1. Непрерывное совершенствование лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности пациента в условиях индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в стационаре. Методические рекомендации N 2004/46 утв. Минздравом РФ 19.03.2004 // М., НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова МЗ РФ, 2004.
2. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации N 2002/92: утв. Минздравом РФ 09.10.2002 // М., НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова МЗ РФ, 2002.

# 

# Приложение

Государственный контракт № \_\_\_\_\_\_\_

на поставку лекарственных средств для учреждений здравоохранения Челябинской области на 2 квартал 2010 года

г. Челябинск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_200\_\_ г.

Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (лицензия №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г., выданная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_\_ в дальнейшем «Поставщик», с другой стороны, именуемые в дальнейшем при совместном упоминании Стороны, заключили настоящий государственный контракт (далее по тексту Контракт) о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ КОНТРАКТА

1.1. Поставщик обязан поставить в учреждения здравоохранения Челябинской области (Приложение 1) лекарственные средства (далее - Товар), наименование, количество и стоимость которых указываются в Спецификации (Приложение 2), а Заказчик осуществляет финансирование обязательного медицинского страхования по утверждаемым дифференцированным подушевым нормативам за март 2010 года – май 2010 года.

1.2. При изменении потребности в количестве Товара, Заказчик по согласованию с Поставщиком, вправе изменить, как в сторону увеличения, так и в сторону сокращения, предусмотренное настоящим Контрактом количество товара, но не более, чем на десять процентов. Цена государственного контракта может быть снижена по соглашению сторон без изменения, предусмотренных контрактом количества товаров и иных условий исполнения государственного контракта.

1.3. Поставщик обязуется подписать с каждым учреждением здравоохранения (далее - Учреждение), согласно перечню в Приложении 1 к настоящему Контракту и на указанные суммы, договор на поставку лекарственных средств, по форме проекта указанного договора, приложенного к документации об аукционе. Указанный договор должен быть подписан в течение 7 (семи) календарных дней с момента подписания настоящего Контракта. Поставщик предоставляет Заказчику реестр подписанных договоров и копию Приложения №2 к договору поставки лекарственных средств (график поставки) в течение 10 (десяти) календарных дней с момента подписания настоящего Контракта.

1.4. Поставка Товара осуществляется партиями согласно графика поставок, предусмотренного договором, заключенным между Поставщиком и Учреждением.

1.5. Настоящий Контракт заключен по результатам открытого аукциона, протокол от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2010 г. №\_\_\_\_\_\_ по лоту № \_\_\_\_\_.

2. СРОКИ И ПОРЯДОК ПОСТАВКИ

2.1. Период поставки с 01 апреля 2010 года по 30 июня 2010 года.

2.2. Товар поставляется партиями, в сроки и в объемах, указанных в графике поставок. График поставки должен предусматривать поставку Товара не более одного раза в 10 дней.

2.3. В случае поставки Поставщиком Товара за пределами периода указанного в п. 2.1. настоящего Контракта, Учреждение вправе не принимать и не оплачивать данный Товар.

2.4. Поставка осуществляется за счет Поставщика, путем доставки Товара Учреждению через аптеку Учреждения, либо через аптеку, согласованную с Учреждением. К моменту поставки Товара между Поставщиком и такой аптекой должен быть заключен соответствующий договор.

2.5. Поставляемый Товар должен пройти процедуру регистрации в Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения, соответствовать стандартам качества, действующим на территории Российской Федерации в соответствии с нормативными документами ГОСТ Р. Товар должен соответствовать требованиям документации об аукционе.

2.6. Упаковка и тара Товара должны обеспечивать сохранность Товара при транспортировке и погрузо-разгрузочных работах к конечному месту поставки и соответствовать действующим стандартам и техническим условиям. Товар должен быть в упаковке, исключающей повреждение и промокание Товара.

2.7. Поставщик, допустивший недопоставку Товара, обязан восполнить недопоставленное количество Товара в течение 5 (пяти) календарных дней с даты приемки Товара, указанной в накладной.

2.8. Поставщик по факту поставки Товара (партии Товара) ежемесячно до 5 числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет Заказчику в письменной и электронной форме отчет, содержащий сведения об ассортименте, количестве и стоимости поставленного Товара в каждое Учреждение в соответствии с разнарядкой Заказчика. Форма отчета устанавливается Заказчиком.

2.9. При возникновении любых обстоятельств, препятствующих осуществлению поставки Товара в Учреждения, Поставщик обязан в течение трех рабочих дней с момента выявления таких обстоятельств сообщить Заказчику об этом в письменной форме с приложением подтверждающих документов.

3. ПОРЯДОК ПРИЕМКИ ТОВАРА

3.1. Срок годности Товара устанавливается в пределах срока годности, указанного производителем на упаковке Товара. Остаточные сроки годности Товара на момент поставки в Учреждение должны составлять не менее 12 месяцев от срока годности, при сроке годности 12 месяцев и менее – не менее 6 месяцев, при сроке годности 6 месяцев и менее – не менее 3 месяцев и соответствовать срокам, указанным в Спецификации (Приложение 2).

3.2. При поставке Товара Поставщик передает Учреждению все необходимые документы, подтверждающие качество Товара, в том числе сертификаты соответствия и другие документы, удостоверяющие качество лекарственных средств.

3.3. Поставщик гарантирует качество и безопасность поставляемого Товара.

3.4. Приемка Товара осуществляется при обязательном участии уполномоченных представителей Поставщика и Учреждения.

3.5. Товар передается по накладной, в которой указывается наименование, количество, стоимость Товара.

3.6. Датой приемки Товара является дата подписания Учреждением накладной.

3.7. Отказ Учреждения от приема Товара возможен в случае несоответствия поставленного Товара п. 3.1. настоящего контракта, спецификации (Приложение 2), о чем должна быть сделана соответствующая отметка в накладной.

3.8. Учреждение вправе предъявить претензии Поставщику по срокам годности поставленного Товара в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня приемки Товара.

Замена Товара, поставленного с нарушением п. 3.1. настоящего Контракта, осуществляется Поставщиком на основании письменной претензии Учреждения. В претензии должно быть указано количество Товара, по которому заявлена претензия, содержание и основание претензии, а также требование о замене Товара. Срок рассмотрения претензии Поставщиком 5 (пять) календарных дней.

Поставщик обязуется заменить Товар несоответствующих сроков годности в течение 5 (пяти) календарных дней от даты окончания срока рассмотрения претензии.

3.9. Учреждение, Заказчик вправе предъявить претензии Поставщику по качеству поставленного Товара в течение срока годности поставленного Товара при условии соблюдения Учреждением правил хранения Товара.

Замена Товара ненадлежащего качества осуществляется Поставщиком на основании письменной претензии Учреждения, Заказчика. В претензии должно быть указано количество Товара, по которому заявлена претензия, содержание и основание претензии, а также конкретное требование Учреждения, Заказчика. Претензия направляется Поставщику с приложением документов, доказывающих обоснованность претензии. Срок рассмотрения претензии 30 (Тридцать) календарных дней.

Поставщик обязуется заменить Товар ненадлежащего качества в течение 5 (пяти) календарных дней от даты окончания срока рассмотрения претензии.

3.10. В ходе исполнения государственного контракта Заказчик имеет право осуществлять контроль поставки Товара в Учреждения на любой стадии исполнения Контракта путем выборочной проверки Товара. Поставщик обеспечивает представителю Заказчика свободный доступ к документации, связанной с исполнением настоящего Контракта.

4. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Заказчик осуществляет финансирование обязательного медицинского страхования по утверждаемым дифференцированным подушевым нормативам согласно разнарядке (Приложение 1) на поставленные Поставщиком лекарственные средства в сумме (по цене контракта) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) рублей.

4.2. Цена Контракта включает в себя все планируемые расходы по исполнению Контракта (доставку, транспортные расходы, упаковку и др.), в т.ч. налоги и сборы.

4.3. Расчеты за поставленный Товар между Учреждением и Поставщиком осуществляются в течение 15 (пятнадцати) банковских дней с момента передачи Товара Учреждению на основании выставленных Поставщиком счетов, в соответствии с договором на поставку лекарственных средств.

4.4. Цена Контракта в период действия настоящего Контракта изменению не подлежит, за исключением случаев, предусмотренных п. 1.2. настоящего Контракта. В этом случае первоначальная цена Контракта изменяется пропорционально измененному количеству товаров, но не более, чем на десять процентов цены Контракта. Цена единицы дополнительно поставляемого товара или цена единицы товара при сокращении потребности в поставке части товара, должны определяться как частное от деления первоначальной цены контракта на предусмотренное в Контракте количество такого товара.

4.5. Цена государственного контракта может быть снижена по соглашению сторон без изменения, предусмотренных контрактом количества товаров, объема работ, услуг и иных условий исполнения государственного ко6нтракта.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Стороны обязаны выполнять обязательства, предусмотренные настоящим Контрактом, в полном объеме.

5.2. За неисполнение, ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Контракту, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Контракта.

5.3. Поставщик несет полную ответственность за соблюдение условий (в соответствии с установленными требованиями) транспортировки и хранения, обеспечивающих сохранения качества Товара.

5.4. В случае нарушения Заказчиком п. 4.1. настоящего Контракта, Поставщик вправе потребовать с Заказчика уплату штрафа в размере 0,3 % (три десятых процента) от цены контракта за каждый день просрочки.

5.5. В случае нарушения Поставщиком исполнения обязательств по заключению договора на поставку лекарственных средств с Учреждением в срок, предусмотренный п.1.3 Контракта, Заказчик вправе потребовать уплату штрафа в размере 0,3 % (три десятых процента) от цены соответствующего незаключенного договора за каждый день просрочки.

5.6. В случае просрочки исполнения Поставщиком обязательств по поставке товара в срок, указанный в п.2.1., а также обязанностей, предусмотренных п.п. 2.2, 3.8., 3.9., Заказчик вправе потребовать уплату штрафа в размере 0,3 % (три десятых процента) от стоимости подлежащего к поставке товара, за каждый день просрочки.

В случае просрочки исполнения Поставщиком обязательств, предусмотренных п.2.8 и п. 6.5 настоящего Контракта, Поставщик уплачивает Заказчику штраф в размере 0,1% от цены Контракта за каждый день просрочки.

5.7. В случае выявления Заказчиком при проведении проверки, предусмотренной п. 3.10 настоящего Контракта нарушений условий поставки, предусмотренных п. 3.1 настоящего Контракта, а так же в случаях выявления фактов поставки лекарственных средств не соответствующих спецификации товара (Приложение № 2 к Контракту) Поставщик уплачивает Заказчику штраф в размере 1% от стоимости товара, поставленного с нарушением условий Контракта.

5.8. Штраф начисляется за каждый день просрочки исполнения обязательства, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по настоящему Контракту. Уплата штрафа не освобождает нарушившую условия Контракта сторону от необходимости исполнить обязательство в полном объеме или устранить нарушения.

5.9. Сторона освобождается от ответственности за неисполнение обязательств по настоящему Контракту и уплаты неустойки, если докажет, что просрочка исполнения обязательства произошла вследствие непреодолимой силы или по вине другой Стороны по настоящему Контракту. К форс-мажорным обстоятельствам относятся: катастрофы, стихийные бедствия, военные действия, противоправные действия третьих лиц и решения органов государственной власти, влияющие на исполнение обязательств по контракту.

Сторона, для которой наступили форс-мажорные обстоятельства, обязана в течение трех дней с момента их наступления поставить об этом в известность другую сторону путем направления письменного уведомления, заверенного компетентными органами. Отсутствие такого уведомления лишает сторону права ссылаться на форс-мажорные обстоятельства.

При наступлении форс-мажорных обстоятельств исполнение обязательств откладывается до прекращения форс-мажора. В том случае если форс-мажорные обстоятельства продолжаются более 2 (двух) месяцев стороны имеют право досрочного расторжения контракта.

5.10. В случае неквалифицированных действий Поставщика, принесших материальный ущерб имуществу Заказчика, фактически подтвержденный в установленном порядке, Поставщик в полном объеме возмещает ущерб, нанесенный Заказчику.

5.11. Исполнение обязательств по настоящему Государственному контракту обеспечивается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать, каким документом обеспечивается обязательство)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_,

выданным(ой) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в размере \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) рублей,

(кем выдан документ)

что составляет 10 процентов от начальной максимальной цены Государственного контракта.

5.12. Денежные средства, обеспечивающие исполнение настоящего Контракта обращаются в пользу Заказчика в соответствии с требованиями глав 23 и 48 ГК РФ в случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения Поставщиком обязательств по настоящему Контракту, независимо от применения мер ответственности, указанных в пунктах 5.5, 5.6, 5.7 и 5.11.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Контрактом, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Поставщик не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Контракту полностью или частично другому лицу.

6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Контракту действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

6.4. В случае расторжения договора на поставку лекарственных средств, заключенного между Учреждением и Поставщиком, в настоящий Контракт вносятся соответствующие изменения по цене контракта, а также в Перечень учреждений здравоохранения (Приложение№1 к настоящему Контракту) и в Спецификацию (приложение № 2 к настоящему Контракту).

6.5. В связи с проведением мониторинга поставок лекарственных средств Заказчиком передаются «Логин» (Имя) и «Пароль»: в течение 1 рабочего дня с момента заключения Контракта Поставщику, и в течение 1 рабочего дня с момента заключения договора на поставку лекарственных средств – Учреждению. Учреждением и Поставщиком заполняется информация на официальном сайте Заказчика ([www.ofoms-chel.ru](http://www.ofoms-chel.ru)) в разделе «Лекарственное обеспечение». Раздел I «Договоры» заполняется один раз в квартал по мере заключения договоров на поставку лекарственных средств, но не позднее 2 рабочих дней с момента заключения договора с Учреждением. Раздел II «Накладные» заполняется в оперативном режиме, по мере формирования накладных и продвижения лекарственных средств по договору поставки, в течение 1 рабочего дня. Раздел III «Платежи» заполняется в оперативном режиме, по мере поступления лекарственных средств по договору поставки, но не позднее 1 рабочего дня с момента поступления лекарственных средств в Учреждение или формирования платежного документа.

6.6. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

6.7. Споры, возникшие между сторонами при исполнении Контракта, решаются путем проведения переговоров, а при недостижении согласия – в Арбитражном суде Челябинской области. Предусматривается претензионный порядок досудебного урегулирования споров Срок рассмотрения и ответа на претензию – 30 календарных дней с момента получения претензии.

6.8. Настоящий Контракт вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 1 сентября 2010 года.

6.9. Контракт может быть досрочно расторгнут в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6.10. Настоящий Контракт прекращается в случае:

- расторжения Сторонами Контракта;

- истечения срока действия Контракта;

- ликвидации одной из Сторон;

- принятия судом решения о признании Контракта недействительным;

- отзыва (прекращения) у Поставщика лицензии на право осуществления соответствующего вида деятельности.

6.11. Настоящий Контракт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.12. Неотъемлемой частью Контракта является:

- Перечень учреждений здравоохранения (Приложение 1)

- Спецификация (Приложение 2).

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Поставщик: | Заказчик: |
|  | Челябинский областной фонд обязательного медицинского страхования  454091 г. Челябинск, пл. МОПРа, 8-а  ИНН 7453041061 КПП 745301001  Счет 40404810800000010001  ГРКЦ ГУ Банка России по Челябинской области г. Челябинск  БИК 047501001 |

1. Клевцова Л. Безопасность медикаментозной помощи: проблема мониторинга // Московские аптеки. 2011. N 5. С. 20 - 22. [↑](#footnote-ref-1)
2. Лозинский Е.Ю., Шмыкова И.И., Лозинский М.Е. Ошибки лекарственной терапии // Тихоокеанский медицинский журнал. 2011. N 4. С. 41 - 44. [↑](#footnote-ref-2)
3. Иванова Н.В. Структура экономических затрат, обусловленных осложнениями лекарственной терапии // Экономика здравоохранения. 2009. N 1. С. 34 - 36. [↑](#footnote-ref-3)
4. Зимарин Г.И., Бисюк Ю.В. О некоторых ошибках и их причинах в лечении острого коронарного синдрома // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007. N 3. С. 4 - 5. [↑](#footnote-ref-4)
5. Бисюк Ю.В., Сергеев Ю.Д. Дефекты при проведении антибактериальной терапии и неблагоприятные исходы лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Судебно-медицинская экспертиза дефектов оказания медицинской помощи. М.: МГМСУ, 2008. С. 111 - 113. [↑](#footnote-ref-5)
6. Зырянов С.К., Грацианская А.Н., Белоусов Ю.Б. Фармаконадзор // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2008. N 3. С. 135 - 171. [↑](#footnote-ref-6)
7. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации N 2002/92: утв. Минздравом РФ 09.10.2002 // М., НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова МЗ РФ, 2002. [↑](#footnote-ref-7)
8. О мерах по усилению контроля за назначением лекарств: Письмо Минздрава РФ от 28.12.2000 N 2510/14329-32 // Здравоохранение. N 3. 2001. С. 4-9. [↑](#footnote-ref-8)
9. Непрерывное совершенствование лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности пациента в условиях индустриальной модели управления качеством медицинской помощи в стационаре. Методические рекомендации N 2004/46 утв. Минздравом РФ 19.03.2004 // М., НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова МЗ РФ, 2004. [↑](#footnote-ref-9)
10. О результатах проверок реализации Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ в части дополнительного лекарственного обеспечения в 2005 году и I квартале 2006 года: Письмо Росздравнадзора от 22.05.2006 N 01И-421/06 // Документ опубликован не был. [↑](#footnote-ref-10)
11. О порядке назначения и выписывания лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания : Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.02.2007 N 110 (ред. от 20.01.2011) // Российская газета. N 100. 2007. 15 мая. [↑](#footnote-ref-11)
12. Об утверждении Методических рекомендаций: Приказ ФФОМС от 06.09.2000 N 73 (ред. от 11.11.2002) // Документ опубликован не был. [↑](#footnote-ref-12)
13. Об утверждении Методических рекомендаций: Приказ ФФОМС от 11.10.2002 N 48 // Сборник нормативно-методических материалов по защите прав застрахованных, ФФОМС, М., 2004. [↑](#footnote-ref-13)
14. Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2011 год: Распоряжение Правительства РФ от 11.11.2010 N 1938-р (ред. от 06.04.2011) // Собрание законодательства РФ. 2010. N 47. ст. 6155. [↑](#footnote-ref-14)
15. О государственной социальной помощи: Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗт (ред. от 01.07.2011) // Собрание законодательства РФ. 1999. N 29. Ст. 3699. [↑](#footnote-ref-15)
16. О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд: Федеральный закон от 21.07.2005 N 94-ФЗ (ред. от 11.07.2011) // Собрание законодательства РФ. 2005. N 30 (ч. 1). Ст. 3105. [↑](#footnote-ref-16)
17. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях: Федеральный закон от 30.12.2001 N 195-ФЗ (ред. от 21.07.2011) // Собрание законодательства РФ. 2002. N 1 (ч. 1). Ст. 1. [↑](#footnote-ref-17)