

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

На правах рукописи

Клименко Ирина Сергеевна

**Развитие организационно-экономических форм
хозяйствования в учреждениях службы крови**

Специальность 08.00.05 - «Экономика и управление народным хозяйством
(экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами:
сфера услуг)»

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель:
доктор экономических наук,
проф. Б.И. Бояринцев

Москва - 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	10
1.1 Существующие и наиболее эффективные модели управления службами здоровоохранения.....	10
1.2 Организационно-экономические формы хозяйствования учреждений службы крови. Услуги учреждений службы крови.....	27
1.3 Специфика развития услуг службы крови в России по сравнению с зарубежными странами.....	38
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СЛУЖБЫ КРОВИ В РФ.....	51
2.1 Характеристика динамики донорского движения крови в России.....	51
2.2 Анализ финансового обеспечения учреждений службы крови в РФ..	70
ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СЛУЖБЫ КРОВИ В РОССИИ....	87
3.1 Организационно-экономическая стратегия по пропаганде донорства, направленная на увеличение волонтерских донорских кадров в стране	87
3.2 Организационно-экономическая форма оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ...	101
3.3 Методика организационно-экономической оценки результативности работы учреждений службы переливания крови с учетом предлагаемой модели хозяйствования	115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	130
ПРИЛОЖЕНИЯ	141

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Учреждения службы крови имеют важное социально-экономическое значение в сфере здравоохранения любого государства, так как осуществляют хозяйственную деятельность, направленную на своевременное предоставление компонентов или препаратов донорской крови нуждающимся людям при сложных хирургических операциях и травмах, при заболеваниях крови, злокачественных новообразованиях, родах и т.д. Например, потребность в крови, ее компонентах и препаратах в больницах Москвы самая высокая среди городов России. Обусловлена данная ситуация не только численностью населения столицы. В Москве много медицинских учреждений, в том числе специализированных. Из-за нехватки донорской крови нередко отменяются операции, нет возможности оказать необходимую медицинскую помощь.

В настоящее время в службе крови существуют проблемы, которые целесообразно рассматривать как с медицинской точки зрения, так и с организационно-экономической: нехватка донорской крови в различных регионах, недостаточное финансовое обеспечение учреждений службы крови, связанное преимущественно с бюджетным финансированием. Организационно-экономический механизм хозяйствования учреждений службы крови мало подвергается модернизации, поэтому в большинстве регионов РФ в настоящее время не обеспечивается необходимый уровень хозяйствования учреждений службы крови, и как следствие, снижается социально-экономическая результативность оказания трансфузиологических и медицинских услуг. Все эти вопросы актуальные и требуют решения.

Степень разработанности проблемы. Вопросы экономики социальной сферы, управления и экономики здравоохранения рассмотрены в трудах таких отечественных ученых, как Б.И. Бояринцев, А.И. Вялков, Е.В. Егоров, Е.Н. Жильцов, М.Г. Колосницына, А.В. Решетников, Л.Ю. Трушкина, И.М. Шейман,

С.В. Шишкин; зарубежных ученых: Х. Золлнера, К. Селби Смита, Г. Штоддарта, Томаса Э. Гетцена и других.

Организационные и медицинские аспекты службы крови представлены в работах наших ученых: В.Е. Алексеева, С.Н. Борисенко, В.Г. Гудымовича, Е.Б. Жибурта, М.В. Зарубина, Р.З. Магзумова, С.Р. Мадзаева, Е.А. Шестакова; зарубежных: F.F. Alonso, F.Boulton, C.S. Chiattonne, R.D. Concado, D.A. Waxman, L.K. White и других.

Служба крови в основном рассматривается с медицинской точки зрения, иногда с организационной, но экономическая сторона вопроса практически никогда не затрагивается, что связано с бюджетным финансированием станций переливания крови. Служба крови в России развивается недостаточно эффективно, что во многом связано с неоптимальной организацией и не всегда рациональным расходованием средств, поэтому организационно-экономический механизм хозяйствования учреждений службы крови нуждается в отдельном исследовании.

Целью работы выступает разработка теоретических основ развития организационно-экономических форм хозяйствования учреждений службы крови и практических рекомендаций по повышению эффективности работы станций переливания крови (СПК) в России.

Достижение поставленной цели исследования подразумевает решение следующих **задач**.

1. Раскрыть понятие «услуги учреждений службы крови» как смешанного общественного блага, обладающего специфическими организационно-экономическими характеристиками. На основе этого построить организационно-экономическую модель хозяйствования учреждений службы крови с выделением потенциальных потребителей и источников финансирования.

2. Проанализировать динамику донорства крови по регионам, провести сравнительный анализ, предложить организационно-экономическую стратегию по пропаганде донорства, направленную на увеличение волонтерских донорских кадров в стране.

3. Выявить организационно-экономическую форму оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ. На основе этого предложить модель финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов и расходов.

4. Предложить организационно-экономическую методику оценки результативности деятельности учреждений службы переливания крови с учетом предлагаемой модели хозяйствования.

Объектом исследования являются российские станции переливания крови и их филиалы (отделения переливания крови).

Предметом исследования являются организационные, экономические и социальные отношения, складывающиеся в процессе развития организационно-экономических форм хозяйствования в учреждениях службы крови.

Методологическую и теоретическую основы исследования составили фундаментальные работы зарубежных и отечественных ученых в области экономической теории общественного сектора, экономики здравоохранения, научные публикации, посвященные проблемам экономики современного здравоохранения, в том числе проблемам в службе крови.

Для решения поставленных задач и обоснования выводов применялись методы факторного, экономического, статистического и сравнительного анализа и аналогий, методы индукции и дедукции, экспертных оценок, системный подход, менеджмент.

Научные выводы и разработанные рекомендации учитывают социальное положение российского населения, современные тенденции развития системы здравоохранения, опыт зарубежных стран в вопросах организации работы учреждений службы крови и пропаганды донорства.

Информационной базой исследования являются законодательные и нормативно-правовые акты РФ в области службы крови, медицинская и финансовая учетная и отчетная документация учреждений службы крови различных регионов, данные Министерства здравоохранения РФ, отечественных

и зарубежных организаций и фондов, занимающихся вопросами донорства крови и организацией службы крови в целом.

Научная новизна проведенного исследования заключается в следующем.

1. Раскрыто понятие «услуги учреждений службы крови» как смешанного общественного блага, обладающего специфическими организационно-экономическими характеристиками, такими как низкая степень исключаемости и избирательность в потреблении. На основе этого предложена организационно-экономическая модель хозяйствования учреждений службы крови: выделяются потенциальные потребители услуг службы крови (государственные медицинские учреждения, частные медицинские организации, государственные медицинские учреждения в случаях ЧС, физические лица, нуждающиеся в лабораторных анализах крови) и соответствующие им источники финансирования станций переливания крови (ТФОМС, система ДМС, государственный бюджет, собственные денежные средства граждан), при этом доступность донорской крови для пациента остается на прежнем уровне.

2. Предложена организационно-экономическая стратегия по пропаганде донорства, направленная на увеличение волонтерских донорских кадров, включающая: отмену платного донорства и развитие льготной политики для стимулирования регулярного контингента доноров, включая государственный контроль выполнения льготных обязательств; увеличение информированности населения о проблемах донорства через СМИ; более частое проведение Дней донора в различных организациях; лечение лиц, чьи показатели крови незначительно отличаются от требуемых норм, с целью дальнейшей возможности стать донором; обеспечение полноценным питанием (например, создание столовых в пунктах сдачи крови); активизацию работы по пропаганде донорства Российского Красного Креста, включение в работу новых некоммерческих организаций; оптимизацию режима работы учреждений службы крови; развитие бенчмаркинга; активное внедрение и использование информационных технологий.

3. Выявлена организационно-экономическая форма оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ: кроме государственного бюджета важными источниками финансирования становятся средства территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и средства, получаемые от оказания платных медицинских услуг. На основе этого предложена модель финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов и расходов: обеспечение основной деятельности покрывается из ТФОМС, развитие политики по пропаганде донорства, обеспечение основной деятельности при ЧС осуществляется за счет государственного бюджета, развитие учреждений службы крови, поощрение сотрудников в виде премиальных выплат – за счет оказания платных услуг.

4. Разработана методика организационно-экономической оценки результативности хозяйствования учреждений службы переливания крови, включающая расчет показателей, соответствующих целям, направленным на достижение организационно-экономической оптимизации в сфере здравоохранения: развитие донорских услуг (количество доноров на 1000 населения, кратность донаций, удельный вес первичных доноров и т.д.); финансовое обеспечение (соотношение источников финансирования, соотношения доходов и расходов, эффективность работы сотрудников, занятых в заготовке крови и т.д.); уровень пропаганды донорства и информатизации в учреждениях службы крови (уровень пропаганды донорства через СМИ, наличие единой информационной базы данных по донорам и т.д.); обеспечение высококвалифицированными специалистами (объем заготовленной крови на 1 штатную должность, удельный вес должностей, занятых в заготовке крови и ее компонентов и т.д.); материально-техническая база, степень внедрения новых технологий (удельный вес цельной крови, заготовленной методом афереза, удельный вес плазмы, подвергнутой вирусинактивации и т.д.); итоговые показатели работы учреждений службы крови, влияющие на уровень здоровья

населения (средний объем крови, заготовленной на 1 жителя, заготовлено консервированной крови на 1 койку, выполнение плана по заготовке крови и т.д.).

Научно-практическая значимость исследования состоит в возможности использования предложенных в работе рекомендаций для развития организационно-экономических форм хозяйствования учреждений службы крови в стране, повышении эффективности работы данной службы и минимизации экономических потерь.

Результаты данного диссертационного исследования могут быть использованы Министерством здравоохранения РФ, региональными органами управления здравоохранением при разработке комплексной политики развития службы крови в масштабах всей страны и отдельных субъектов РФ.

Теоретические положения работы могут быть использованы научно-исследовательскими организациями и высшими учебными заведениями в научной и образовательной деятельности при чтении курсов «Экономика и организация здравоохранения», «Экономика социальной сферы», «Менеджмент медицинских организаций».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Результаты научного исследования соответствуют следующим пунктам паспорта специальности 08.00.05 - Экономика и управление народным хозяйством (экономика, организация и управление предприятиями, отраслями, комплексами: сфера услуг): 1.6.116. «Механизм повышения эффективности и качества услуг», 1.6.117. «Современные тенденции развития организационно-экономических форм хозяйствования в сфере услуг», 1.6.122. «Соотношение рыночных и государственных регуляторов в развитии отраслей и комплексов сферы услуг».

Апробация работы. Основные положения и результаты диссертационного исследования докладывались автором на Международных научных конференциях студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» в 2012- 2014 годах.

По теме исследования опубликовано 11 научных работ общим объемом 4,4 п.л., в том числе 5 статей в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве образования и науки РФ – 2,8 п.л.

Также на основе диссертационной работы был разработан макет программы повышения квалификации сотрудников учреждений службы крови в области экономической эффективности хозяйствования и менеджмента.

Структура диссертационной работы обусловлена поставленной целью и соответствующими ей задачами исследования. Работа имеет следующую структуру: введение, три главы, заключение, список литературы, 7 приложений, содержит 25 таблиц и 30 рисунков.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ СЛУЖБ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Существующие и наиболее эффективные модели управления службами здравоохранения

Услуги здравоохранения обладают рядом специфических характеристик, которые придают особые черты экономическим отношениям в этой сфере. Особое внимание уделяется взаимодействию государственного и рыночного механизмов в их организации, финансировании и управлении.

Медицинские услуги - это социально значимые блага или общественные блага смешанного типа. Это означает, что их значение огромно для всего населения, поэтому рассматривать медицинские услуги как частное благо с его конкурентоспособностью и исключаемостью представляется не до конца целесообразным. Отнесение медицинских услуг к социально значимым благам означает, что их доступность должна определяться не величиной дохода и благосостоянием людей, а состоянием их здоровья [36].

Услуги обладают рядом присущих для них свойств [91].

1. Одной из основных особенностей услуги является то, что она **неосязаема**. Неосязаемость услуги означает, что зачастую сложно точно оценить ее полезный эффект до совершения сервисной деятельности. Полезный эффект проявляется в степени удовлетворения услугой, которая зависит от личных ожиданий, ощущений, эмоциональных переживаний людей, т.е. от их субъективного восприятия.

2. **Неотделимость от источника.** Источник в данном случае – это производитель услуги, человек, который непосредственно оказывает услугу. Это свойство тесно связано с неосязаемостью, так как потребительский выбор также усложняется тем, что сложно заранее точно оценить полезный эффект сервисной деятельности. Потребитель лишь косвенно может оценить его, основываясь на рекламе, фирменном знаке, мнении других людей, которые уже получили данный

вид услуг у конкретного производителя услуг. Качество услуги во многом зависит от квалификации человека, который ее оказывает, его личностных качеств.

3. Невозможность хранения и накопления услуги. Важно помнить, что услуга – это не вещь, а процесс, деятельность. И так как она не имеет вещественной формы и неотделима от источника (производство и потребление происходит одновременно), хранить ее практически невозможно.

В сфере услуг в большей степени, чем в материальном производстве необходимо учитывать **фактор времени**. Для осуществления успешной сервисной деятельности важно знать пиковые периоды спроса, его сезонные спады. Необходимо грамотно планировать мощности, то есть пропускную способность услуги во избежание очередей. Из-за очередей повышается утомляемость людей, вследствие чего часть потенциальных потребителей может быть потеряна. Поэтому возникает необходимость в урегулировании спроса и предложения на услуги: дифференциация цен в зависимости от сезона и пиков спроса, предварительные заказы, предварительная запись, привлечение временных работников, работников на неполный рабочий день в период пикового спроса и т.п.

4. Локализация и рассредоточенность. Товары по сравнению с услугами более мобильны – их можно транспортировать, перемещать. В ситуации с услугами либо производитель идет к потребителю, либо наоборот. Перемещаться в данном случае может не услуга, а ее источник, т.е. производитель. Но, как правило, такое перемещение является отдельной услугой и стоимость сервисной деятельности возрастает.

5. Личностно-потребительская ориентация услуг. Услуги отличаются своим разнообразием, так как производители услуг стараются учитывать пожелания и возможности своих потенциальных потребителей. Как упоминалось выше, человек подходит к выбору той или иной услуги со своим субъективным восприятием, основываясь на рекламном образе, своем накопленном опыте и опыте окружающих, которые пользовались уже данным видом услуг. Также в

оценке услуги важную роль играет культурный уровень потребителей и его система ценностей, которыми он руководствуется. Немаловажную роль играет квалификация производителя услуг, его отношение к работе, к людям. Зная все эти факторы, которые оказывают влияние на потребительский выбор, производитель услуг строит свою политику, ориентированную в большинстве случаев на потребителя.

6. Непостоянство качества. Поскольку услуги в большинстве своем оказывают люди, знания, умения которых и являются источником услуг, то человеческий фактор всегда присутствует и может оказывать свое влияние на восприятие услуги потребителем. Где это возможно, производители услуг стараются внедрять технические средства, например, система видеозвукозаписи, чтобы свести к минимуму влияние субъективного фактора, но это не всегда срабатывает в пользу потребителя, так как технические средства могут не учитывать какие-либо человеческие факторы.

7. Также очень важной особенностью услуги является то, что **оказание многих ее видов не сопровождается сменой прав собственности.** Право собственности – это право на владение, пользование и распоряжение вещами. Получить такое право на услугу невозможно. Приобретая услугу, имущественные отношения между производителем и потребителем не изменяются. Это связано с нематериальной природой услуг. Например, покупая билет в театр, мы получаем право на просмотр спектакля, а не приобретаем сам театр. Но мы можем продать этот билет другому человеку, тогда возможность просмотра спектакля переходит к нему. То есть мы можем распоряжаться билетом, если он не именной, но имущественные отношения между производителем и потребителем все также остаются неизменными.

Знание данных особенностей услуг позволяет строить модели по их эффективному управлению.

Медицинские услуги бывают разного профиля и направленности, поэтому каждая идентичная группа медицинских услуг оказывается определенной службой здравоохранения. В соответствии с Приказом Министерства

здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций" выделяют следующую классификацию медицинских организаций (рис. 1):



Рис.1. Номенклатура медицинских организаций в РФ

Источник: составлено автором на основе источника [9]

Управление службами здравоохранения предполагает построение в стране определенной модели хозяйствования.

В настоящее время в странах с развитой рыночной экономикой существуют 3 основных организационно-финансовых модели здравоохранения, которые отличаются друг от друга разным соотношением государства и рынка в делах сферы здравоохранения [36].

1. Модель государственного (бюджетного) здравоохранения, которая дополняется частным сектором медицинских услуг, который является платным (яркими представителями этой модели системы здравоохранения являются такие страны, как Великобритания, Ирландия и Дания).

2. Модель преимущественно частного страхового здравоохранения, но которая дополняется социальным сегментом медицинских услуг (США).

3. Модель обязательного общественного страхования здоровья населения (Нидерланды, Канада и Германия).

Каждая перечисленная выше модель здравоохранения вырабатывает свою грамотную политику, комбинируя административные и экономические способы контроля за расходованием средств на медицинские услуги. Каждая модель имеет свои плюсы и минусы, и каждая страна для себя выбирает наиболее приемлемый вариант, ориентируясь на социальную политику, менталитет и бюджет страны.

Государственно-бюджетная модель здравоохранения предусматривает оплату расходов на медицинские услуги производить за счет средств государственного бюджета, формируемого на основе общей системы налогообложения. Достоинством этой модели является то, что она создает финансово-экономическую базу для проведения единой государственной политики в области здравоохранения, для реализации конституционных прав граждан по охране здоровья и по получению необходимой бесплатной медицинской помощи.

Следующий плюс этой модели состоит в том, что она дешевле для населения, чем социально-страховые и частно-страховые модели здравоохранения. Такая модель здравоохранения позволяет осуществлять более тщательный контроль расходования средств, выделяемых из бюджета, на оказание медицинской помощи, иногда неоправданно сокращая их. Данная

модель предпочтительна больше тогда, когда нужно решать относительно простые задачи в области здравоохранения.

С усложнением ситуации в здравоохранении в связи с индивидуализацией медицинских потребностей, с повышением уровня оснащения медицинских учреждений новыми технологиями и техникой государственно-бюджетная модель не могла ответить на вызов времени. Одним из основных её недостатков явилось то, что формирование средств государственного бюджета, которые планировалось направить на развитие здравоохранения, соизмерялось одновременно с другими государственными расходами и приоритетами, поэтому финансирование было нестабильным и часто не имело целевого, адресного характера.

Послевоенная история Запада была свидетелем перехода от преимущественно частно-страховой модели здравоохранения к государственно-бюджетной модели (в Великобритании, Испании, Италии, Португалии и Греции), а также к бюджетно-социально-страховой модели (в Канаде). Как показала практика, такой переход от одной модели к другой оказался оправданным. Определенные кризисные моменты, появившиеся в западных государственно-бюджетных моделях, пытаются решить не радикальным путем, т.е. путем перехода на бюджетно-социально-страховую модель, а постепенным преобразованием с помощью включения населения в оплату расходов на медицинское обслуживание.

В России бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения.

Сравним модели здравоохранения в разных странах (таблица 1).

**Сравнительная характеристика моделей здравоохранения
в разных странах**

Критерии	Модели здравоохранения					
	Социально-страховая в	Социально-страховая в	Социально-страховая в	Государственная во	Государственная в	Рыночная в
	Германии	Японии	Канаде	Франции	Великобритании	США
1	2	3	4	5	6	7
Принцип, лежащий в основе модели	Здоровье – фактор, определяющий качество «человеческого капитала». Медицинская услуга – затраты, необходимые для поддержания здоровья.	Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС возмещают часть затрат на медицинскую помощь.	Медицинская услуга – общественное благо. Систему здравоохранения должно контролировать государство.	Медицинская услуга – квазиобщественное благо. Программы ОМС должны возмещать только часть затрат на медицинскую помощь.	Медицинская услуга – общественное благо. Богатый платит за бедного, здоровый – за больного.	Медицинская услуга – частное благо, т.е. товар, который может быть куплен или продан.
Доля расходов на здравоохранение в ВВП, %	8,1	6,6	8,7	8,5	6	14
Источники финансирования	ОМС – 60 %, ДМС – 10 %, Государственный бюджет – 15%, личные средства граждан – 15%	ОМС – 60 %, государственный бюджет – 10 %, общественные фонды – 10 %, личные средства – 20 %	Федеральные фонды и фонды провинциальных бюджетов – 90 %, фонды частных страховых компаний и добровольные пожертвования – 10 %	ОМС – 50 %, ДМС – 20 %, государственный бюджет – 10 %, личные средства – 20 %	Государственный бюджет	Частное страхование – 40 %, личные средства – 20 %, программы для пожилых и малоимущих – 40 %

Продолжение таблицы 1

Контроль за эффективностью расходования средств	Контроль осуществляют частные и государственные страховщики	Контроль осуществляют страховые фирмы - частные страховщики	Контроль осуществляет государство	Контроль осуществляют страховщики: частные страховые фирмы и государственная организация социального страхования	Контроль осуществляет государство в лице Министерства здравоохранения	Контроль осуществляют страховые фирмы - частные страховщики
Доступность медицинского обслуживания	90 % населения охвачены программами ОМС; 10 % - программами ДМС, при этом 3 % застрахованных в ОМС имеют ДМС	40 % населения охвачены национальной системой страхования; 60 % - профессионально-производственной системой страхования	98 – 99 % населения охвачены программами ОМС	80 % населения охвачены программами ОМС	Всеобщая доступность	Ограничено платежеспособностью пациентов, программы для пожилых и малоимущих распространяются не на всех нуждающихся
Ассортимент доступных медицинских услуг	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Программы ОМС обеспечивают необходимый набор медицинских услуг, внедрение новых методик ограничено	Широкий спектр услуг за счет сочетания программ ОМС и ДМС	Широкий спектр профилактических мероприятий, набор лечебных услуг ограничен производственными возможностями	Самые разнообразные лечебные и профилактические медицинские услуги
Использование новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Труднопреодолимые барьеры на пути внедрения новых технологий	Спрос на разнообразные медицинские услуги стимулирует внедрение новых технологий	Отсутствуют стимулирующие факторы, новые методы внедряются медленно	Самые большие инвестиции в НИОКР осуществляются в сфере здравоохранения

Продолжение таблицы 1

Регулирование цен на медицинские услуги	Цены выражены в очках, цена очка пересматривается при изменении экономической ситуации	Цены утверждает Министерство здравоохранения и социального обеспечения	Цены регулируются правительством и ежегодно пересматриваются, но изменяются медленно	Правительство регулирует цены и пересматривает их 2 раза в год	Финансовые средства рассчитываются на основе нормативов, учитывающих половозрастной состав населения	Регулирование практически отсутствует. Цена формируется в результате соглашения между пациентом, страховщиком и МО
---	--	--	--	--	--	--

Источник: [53]

Если посмотреть на рейтинг стран, основанный на эффективности системы здравоохранения, уровне здоровья населения, то в число стран-лидеров входят Япония, Норвегия, Швеция, Исландия, Австралия, Канада. Это страны, где действует смешанная рыночно-страховая модель организации и финансирования системы здравоохранения. На втором месте стоят страны с преимущественно государственной системой (Испания, Великобритания). Частная система здравоохранения, ярким представителем которой являются США, находится на предпоследнем месте рейтинга. Данный факт свидетельствует о том, что система со стороны общества, научных деятелей и организаторов системы здравоохранения критикуется (таблица 2).

Таблица 2

**Рейтинг стран по эффективности систем здравоохранения
и уровню здоровья населения**

Страна	Рейтинг	Модель финансирования	Модель регулирования
Япония	1	Страховая	Рыночная
Норвегия	2	Страховая	Рыночная
Швеция	3	Налоговая	Рыночная
Исландия	4	Налоговая	Государственная
Австралия	5	Налоговая	Рыночная
Канада	6	Страховая	Рыночная
Швейцария	7	Страховая	Рыночная

Продолжение таблицы 2

Германия	8	Страховая	Рыночная
Нидерланды	9	Страховая	Рыночная
Франция	10	Страховая	Рыночная
Мальта	11	Налоговая	Государственная
Финляндия	12	Налоговая	Государственная
Испания	13	Налоговая	Государственная
Люксембург	14	Страховая	Государственная
Австрия	15	Страховая	Рыночная
Дания	16	Налоговая	Государственная
США	17	Частная	Рыночная
Соединенное Королевство	18	Налоговая	Государственная

Источник: [32]

Согласно ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» существуют следующие системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная.

Государственная система здравоохранения. К ней относится Министерство здравоохранения РФ, а также соответствующие органы на уровне субъектов РФ, Российская академия медицинских наук (РАМН). Они разрабатывают и приводят в действие меры по осуществлению государственной политики и выполнению программ в сфере здравоохранения РФ, а также по развитию медицинской науки. К государственной системе также относятся находящиеся в государственной собственности лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), аптечные учреждения и фармацевтические предприятия, учреждения, занимающиеся судебно-медицинской экспертизой, санитарно-профилактические учреждения, предприятия по изготовлению медицинских препаратов и производству медицинской техники и другие предприятия, учреждения и организации, создаваемые министерствами и ведомствами помимо Министерства здравоохранения (рис.2).

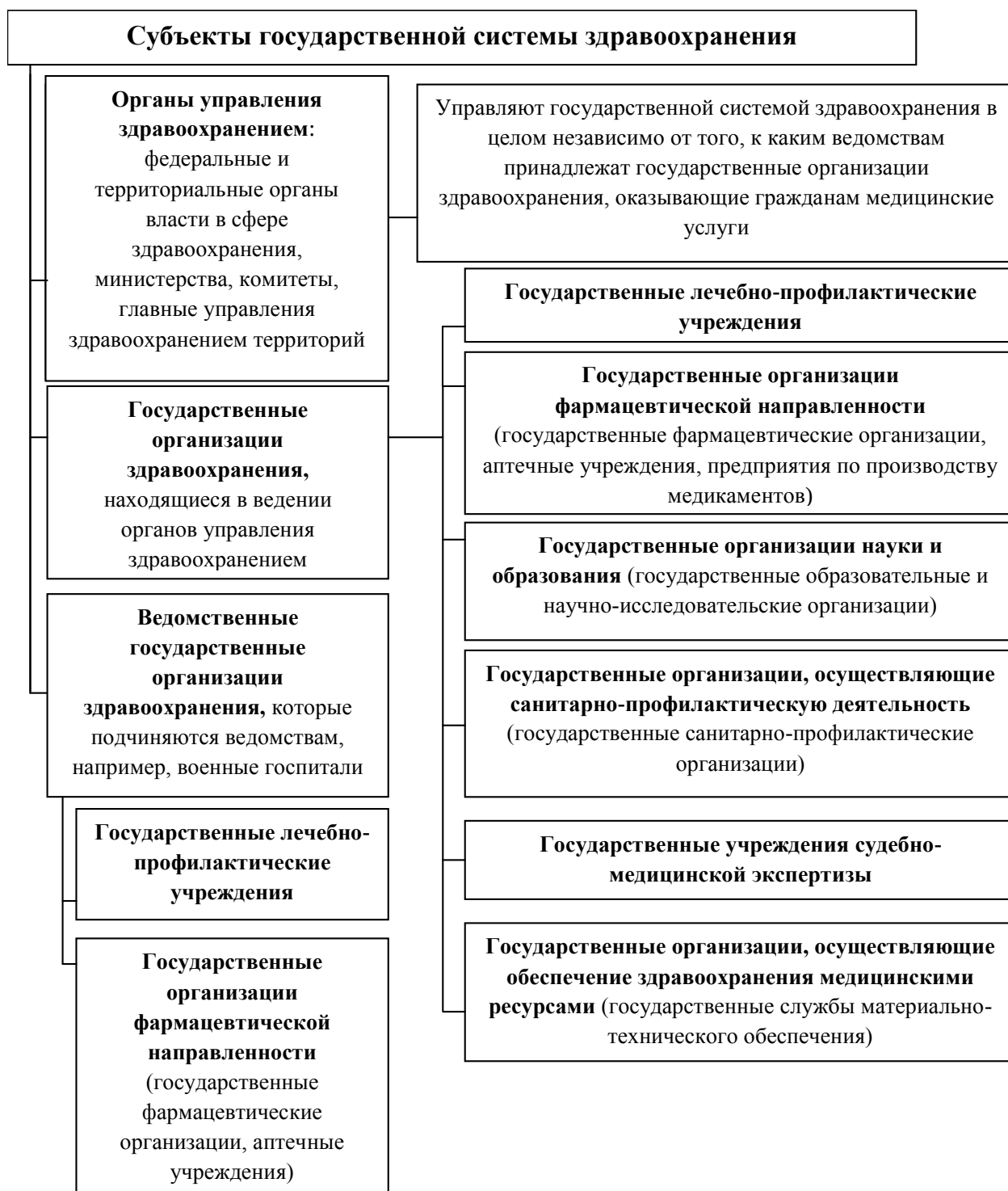


Рис. 2. Субъекты государственной системы здравоохранения

Источник: [44]

Базовые признаки российской системы здравоохранения включают следующие основополагающие черты государственного здравоохранения.

1. Система здравоохранения – это федеральная система, состоящая из равноправных субъектов (региональных систем здравоохранения). Это означает, что существует государственная целостность, распределение полномочий, и отводится важная роль учреждениям здравоохранения в национальной правовой системе и в общепринятых международных нормах.

2. Система здравоохранения в России обладает определенными принципами: имеет государственную основу; направленность на проведение профилактических мероприятий; социальная доступность медицинской помощи, оказываемой квалифицированными специалистами; развитие научной деятельности; прогнозирование и планирование.

3. Главной целью системы здравоохранения выступает достижение населением высокого уровня здоровья.

4. Система здравоохранения носит гуманистический характер, который означает обеспечение и защищенность прав пациента при оказании ему медицинской помощи.

Муниципальная система здравоохранения. В нее входят муниципальные органы по управлению сферой здравоохранения и находящиеся в муниципальной собственности учреждения: лечебно-профилактические, аптечные и другие.

Частная система здравоохранения основывается на добровольном медицинском страховании (ДМС) и платной медицинской помощи, когда пациент напрямую платит за нее.

К частной системе здравоохранения относятся учреждения, имущество которых находится в частной собственности (это могут быть лечебно-профилактические и аптечные учреждения). Также к ней относятся лица, которые занимаются частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью. Таким образом, в частную систему здравоохранения входят медицинские и другие организации, которые создаются и финансируются юридическими и физическими лицами (рис. 3).

Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года, принятая в 2009 году, делает акцент на развитии частного сектора здравоохранения, предоставляя

частным медицинским учреждениям равные права с государственными и муниципальными учреждениями на участие в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), а также в реализации целевых программ в области здравоохранения (возможно, на конкурсной основе).

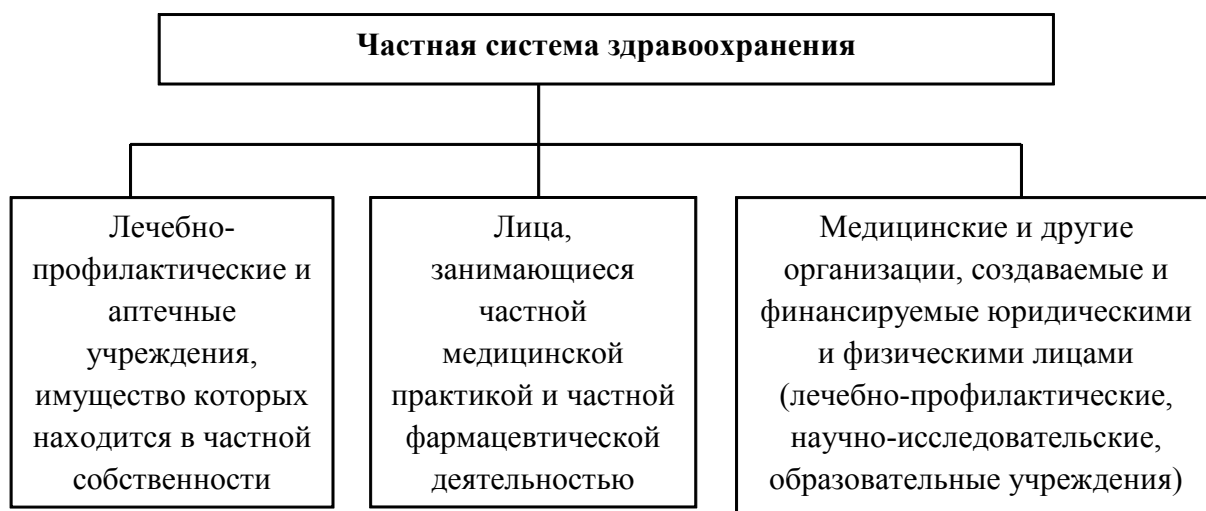


Рис. 3. Структура частной системы здравоохранения

Источник: [44]

Основными источниками финансового обеспечения системы здравоохранения в нашей стране являются: бюджетные средства различных уровней, средства медицинского страхования (прежде всего обязательного), средства целевых фондов, выделенные на развитие здравоохранения. **Дополнительными источниками** могут быть: банковские кредиты, доходы по ценным бумагам, средства от благотворительности и т.п. Очень важным показателем в мировой практике организации здравоохранения является доля валового внутреннего продукта (ВВП), которая направляется на эти цели. Сегодня страны, у которых ВВП достаточно высок, тратят на нужды здравоохранения в среднем 10 % от его величины. Что касается стран с низкими доходами, то доля расходов на здравоохранение в среднем составляет 4 % от ВВП. В России сегодня на нужды здравоохранения выделяется около 3,7 % от ВВП.

В 2013 году основным источником финансирования стали средства ОМС, таким образом, произошел переход на одноканальное финансирование, но этот переход не затронул специализированные учреждения здравоохранения.

Соответственно с 2013 года увеличилась доля государственных расходов на здравоохранение за счет всех бюджетов системы Российской Федерации внутри системы обязательного медицинского страхования, т.е. основное покрытие расходов учреждений здравоохранения осуществляется за счет средств из фондов ОМС (таблица 3).

Таблица 3

**Расходы бюджетной системы Российской Федерации
на здравоохранение, млрд. рублей**

Показатель	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Расходы всего	2 455,0	2 600,7	2 780,0	3 066,9
% к ВВП	3,7	3,5	3,4	3,4
в том числе:				
Федеральный бюджет	401,1	353,4	302,4	310,9
Консолидированные бюджеты субъектов РФ	1 013,6	1 041,9	1 035,1	1 223,2
Бюджеты фондов ОМС	1 040,3	1 205,5	1 442,5	1 532,8

Источник: [112]

Выделение средств на расходы системы здравоохранения из федерального бюджета планируется с каждым годом постепенно уменьшать, тогда как доля расходов из фондов обязательного медицинского страхования (ФОМС) с каждым годом будет расти: с 2013 года по 2016 доля расходов на здравоохранение из федерального бюджета уменьшится на 6,2 % (с 16,3% до 10,1%), доля расходов из ФОМС за этот период должна вырасти на 7,6 % (с 42,4% до 50,0%).

Вместе с тем идет организационно-экономическая оптимизация в сфере услуг здравоохранения (таблица 4).

Таблица 4

**Организационно-экономическая оптимизация в сфере услуг
здравоохранения**

Цели	Организационный механизм обеспечения данных целей	Экономический механизм обеспечения данных целей
Оптимизация хозяйствования медицинских организаций и медицинского персонала с целью повышения эффективности предоставления медицинских услуг	1. Внедрение профессиональных стандартов в сфере здравоохранения 2. Развитие государственно-частного партнерства 3. Внедрение системы оценки качества медицинской помощи 4. Организация трехуровневой системы оказания медицинской помощи 5. Осуществление функций по контролю и надзору в сфере здравоохранения	1. Повышение уровня заработной платы медицинских работников 2. Переход на эффективный контракт, когда оплата труда напрямую зависит от эффективности деятельности 3. Обеспечение условий для развития системы обязательного медицинского страхования, реализующей право граждан на выбор врача, медицинской и страховой медицинской организации 4. Создание финансового механизма, обеспечивающего дифференциацию оплаты труда основного и прочего персонала медицинских организаций, выделение расходов на административно-управленческий персонал, которые не превышают 40 % фонда оплаты труда учреждения
Достижение высоких показателей здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни в РФ.	1. Здоровый образ жизни 2. Профилактика неинфекционных заболеваний, выражающаяся в обеспечении возможности для всего взрослого населения пройти диспансеризацию бесплатно 1 раз в три года	Услуги по достижению данной цели выступают как социально-значимые блага, когда необходимо государственное вмешательство, чтобы они не стали полостью частным исключаемым благом, а обладали также свойствами общественных благ

Продолжение таблицы 4

	3. Иммунизация (около 95% граждан должны быть привиты против гепатита, паротита, дифтерии, кори, краснухи). Расширение перечня профилактических прививок в национальном календаре прививок. 4. Качество и доступность медицинской помощи 5. Лекарственная доступность 6. Здоровье матери и ребенка - введение в эксплуатацию 34 перинатальных центров 7. Медицинское обеспечение отдельных категорий граждан, работающих в отраслях промышленности с опасными для здоровья человека биологическими, химическими и физическими факторами	Поэтому экономический механизм обеспечения поставленных целей выражается в финансовой поддержке государства, когда задействованы все звенья бюджетной системы РФ, в основном местные бюджеты
Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами	1. Устранение кадрового дефицита и кадровых диспропорций в отрасли 2. Улучшение качества подготовки специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием и внедрение системы непрерывного образования, повышение квалификации профессорско-преподавательского состава медицинских образовательных учреждений	Обучение медицинских работников может происходить как за счет средств ОМС и платных услуг, так и за счет бюджетных средств. Стоимость повышения квалификации включена в тариф ОМС и ограничена значением норматива денежных расходов на единицу объема оказания медицинской помощи, установленным территориальной программой обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации

Продолжение таблицы 4

Инновационное развитие здравоохранения	1. Развитие медицинской науки, трансляционной медицины и инноваций в сфере здравоохранения, повышение результативности фундаментальных и прикладных научных биомедицинских исследований	1. Укрепление кадрового научного потенциала биомедицины - перевод работников учреждений медицинской науки на эффективный контракт
Информатизация здравоохранения	1. Создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения 2. Внедрение единой электронной медицинской карты 3. Развитие телемедицины 4. Развитие технологий персонального мониторинга здоровья человека 5. Масштабирование базы знаний и внедрение электронных образовательных курсов и систем поддержки принятия врачебных решений в повседневную деятельность медицинских работников	Выделение средств на данные мероприятия из государственного бюджета и Федерального фонда ОМС
Развитие трансплантационных и донорских услуг в сфере здравоохранения	1. Подготовка проекта федерального закона «О донорстве органов человека и их трансплантации», регулирующего отношения, возникающие в связи с донорством органов человека и их трансплантацией 2. Развитие организационных форм хозяйствования учреждений службы крови. Пропаганда волонтерского донорства крови	1. Развитие безвозмездного донорства органов 2. Повышение эффективности работы учреждений службы крови за счет перевода их на 3 источника финансирования: бюджет, ОМС и доходы от платных услуг

Источник: [24]

Таким образом, в России организационно-экономический механизм управления службами здравоохранения представлен бюджетно-страховой системой, которая в последнее время имеет тенденцию к увеличению акцента страховой ее части.

Система со смешанной страховой и рыночной моделями управления и финансового обеспечения предоставления медицинских услуг в мире показала себя как наиболее эффективная.

1.2 Организационно-экономические формы хозяйствования учреждений службы крови. Услуги учреждений службы крови

В научной технологии оказания услуг и производства товаров медицинского назначения, выполнения лечебной, диагностической и профилактической работы заложены основы централизации управления медико-инфраструктурными комплексами, благодаря которым создаются условия для постоянного совершенствования охраны здоровья населения, происходит развитие медицинской науки, техники, экономики, внедрение их достижений в практику [20].

Принцип децентрализации развития медико-инфраструктурных комплексов предполагает инициативу местных органов управления в республиках, краях, областях, городах, районах, что способствует созданию взаимосвязанной системы менеджмента, где каждый уровень взаимодействует друг с другом: общегосударственный уровень формирует направление развития отраслей, соотнося потребности населения с возможными экономическими ресурсами, на региональном и местном уровнях происходит привязка этих стратегий к административно-территориальным единицам. Развитие медико-инфраструктурного комплекса осуществляется, прежде всего, на уровнях основного звена хозяйствования и отдельного медицинского коллектива. Разграничение функций каждого уровня управления медико-инфраструктурным

комплексом (при единой исходной концепции) обеспечивает их методическое единство.

Демократизм экономики здоровья ориентирует на предоставление медицинской помощи самым широким народным массам. Социальная функция инфраструктурного комплекса реализуется, прежде всего, доступностью медицинского обслуживания, основанного на принципе бесплатности.

Специфика медико-инфраструктурного комплекса обусловлена тем, что потребление многих услуг по времени и месту совпадает с их производством, а потребитель услуг недостаточно информирован о расходах, необходимых для выздоровления. Это называется асимметрией информации, то есть смещение её в сторону производителя услуг. Эта особенность требует регулирования территориальными государственными органами или общественными организациями лицензирования права на врачевание, медицинского страхования, продажи лекарств и т.п. В этом есть положительные стороны: соотношение спроса и предложения более устойчивое, но есть и отрицательные моменты: регулирование ограничивает конкуренцию на локальных медицинских рынках.

Особенностью развития современных медико-инфраструктурных комплексов является случайность возникновения спроса. Поэтому существует система страхования, когда представляется возможным распределить затраты на лечение и компенсацию нетрудоспособности между государством, работодателями и работниками, тем самым уменьшая на государственном уровне риски экономических потерь от заболеваний и смертности. Также система страхования позволяет уменьшить асимметрию информации между пациентом и врачом, что демонополизирует рынок здравоохранения и тем самым увеличивается внутренняя конкуренция [79].

В службе крови основными являются донорские и трансфузиологические услуги (медицинские услуги по переливанию крови).

Донорские услуги или услуги по заготовке крови относятся к сложным медицинским услугам, которые «требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического и фармацевтического оснащения,

специальных помещений и т.д. и состоят из набора простых медицинских услуг»: осмотр у терапевта потенциального донора, сдача крови на определение ее пригодности и т.д. [19].

Трансфузиологические услуги относятся к комплексным медицинским услугам, которые «включают набор сложных и простых медицинских услуг и заканчиваются проведением определенного этапа лечения» [19]: включают в себя донорские услуги и простые медицинские услуги, связанные с проведением переливания крови.

Услуги учреждений службы крови надо рассматривать как смешанное общественное благо, так как это исключаемое общественное благо, которое может быть объектом купли-продажи, т.е. быть платным [18].

Учреждения переливания крови в РФ представлены государственными, муниципальными и ведомственными организациями со своими подразделениями, которые получают финансирование из соответствующего бюджета. На основе этого строится организационно-экономический принцип их работы.

Согласно статье 5 Федерального закона № 125-ФЗ от 20 июля 2012 г. «О донорстве крови и ее компонентов» **служба крови** – это федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления в сфере здравоохранения, медицинские, научные и образовательные организации, контролируемые федеральными исполнительными органами, исполнительными органами субъектов РФ, органами местного самоуправления (созданные не позднее 1 января 2006 года) и работающие в сфере донорства крови и ее компонентов, объединенные в единую систему в целях создания на территории Российской Федерации единых организационных основ деятельности в сфере донорства крови и ее компонентов.

Контроль деятельности службы крови находится в ведении федерального органа исполнительной власти, который осуществляет функции по разработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Политика государства в службе крови заключается в проведении программ, направленных на стимулирование безвозмездного донорства крови и ее компонентов, в обеспечении гарантий безопасности и доступности донорской крови и ее компонентов при необходимости трансфузии по медицинским показаниям. Также государство регулирует отношения в сфере донорства крови и ее компонентов.

Государственное регулирование отношений в сфере донорства крови и (или) ее компонентов заключается в:

1) установлении требований безопасности крови, ее продуктов, технических средств, кровезамещающих растворов, которые используются в трансфузионной и инфузионной терапии, требований безопасности донорской крови и ее компонентов при их заготовке, транспортировке, хранении и клиническом использовании;

2) ведении единой базы данных по проведению различных мероприятий, которые связаны с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов;

3) государственном контроле в сфере донорства крови или ее компонентов.

Заготовку и хранение донорской крови и (или) ее компонентов осуществляют государственные медицинские организации, федеральные военные организации, медицинские организации, подведомственные органам местного самоуправления, созданные не позднее 1 января 2006 года.

Больницам донорская кровь или ее компоненты в рамках программы государственных гарантий предоставляется учреждениями службами крови безвозмездно в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Продавать донорскую кровь или ее компоненты в другие государства запрещается, импорт и экспорт осуществляется только при оказании гуманитарной помощи по решению Правительства Российской Федерации.

Например, в Москве заготовка донорской крови или её компонентов осуществляется на Станции переливания крови ФМБА России, в Центре крови и в Российском онкологическом научном центре им. Н.Н. Блохина министерства

здравоохранения РФ. Также заготовкой занимается Гематологический научный центр, Московская областная станция переливания крови, Центральный институт травматологии и ортопедии, учреждения службы крови различных министерств – Министерства Внутренних дел (МВД), Федеральной Службы Безопасности (ФСБ), Министерства Обороны. Все эти учреждения занимаются заготовкой крови и её компонентов только для обеспечения компонентами крови лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) федерального или ведомственного подчинения [48]. Для остальных ЛПУ столицы компоненты и препараты крови заготавливает Станция переливания крови (СПК), которая представлена 2 филиалами, 17 отделениями переливания крови (ОПК) и более 100 кабинетами трансфузионной терапии (КТТ). Все они находятся в ведении Департамента здравоохранения г. Москвы. Представим существующий организационно-экономический механизм работы учреждений службы крови в г. Москве (рис. 4).

ГБУЗ "Станция переливания крови Департамента здравоохранения г. Москвы" (ГБУЗ СПК ДЗМ) является лечебно – профилактическим учреждением и подчиняется городской администрации. СПК осуществляет свою деятельность под контролем Департамента здравоохранения города Москвы, занимается пропагандой донорства, заготовкой и переливанием компонентов крови, изготовлением и применением препаратов крови для ЛПУ.

Отделения переливания крови (ОПК) – это структурные подразделения лечебно-профилактических учреждений (больниц, клиник, научно-исследовательских институтов и др.), которые выполняют роль трансфузиологического центра ЛПУ.

ОПК организуется в зависимости от размера потребности в консервированной крови и ее компонентов. Если ЛПУ расходует не менее 300 л в год цельной крови вне зависимости от числа и профиля коек, то организуется ОПК.

Руководство ОПК осуществляет руководитель учреждения, в составе которого функционирует отделение, а организационно-методическое руководство по переливанию – Станция переливания крови ДЗ г. Москвы.

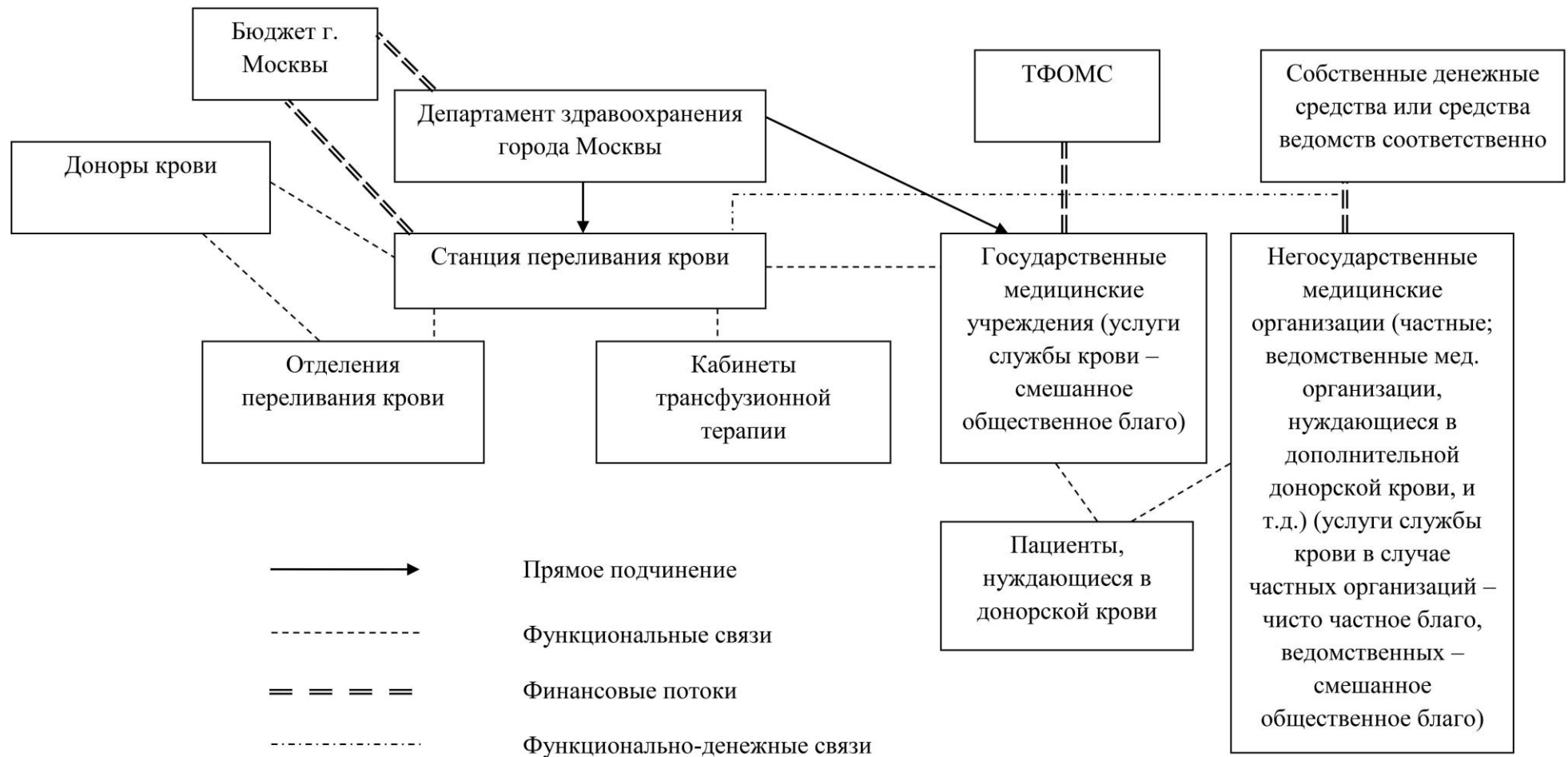


Рис. 4. Существующая организационно-экономическая форма хозяйствования учреждений службы крови в Москве

Источник: составлено автором на основе источника [107]

В ЛПУ, в составе которых нет ОПК, для организации и контроля терапии по переливанию донорской крови организуются **кабинеты трансфузионной терапии**. Во главе стоит врач, который ответственен за организацию переливания крови в данном лечебном учреждении. Вместе с ним работает представитель среднего медицинского персонала.

Ответственный врач и медицинский работник должны проходить специальную подготовку по трансфузиологии на кафедре «Клинической трансфузиологии». Они назначаются приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения [98].

Служба крови Москвы старается обеспечить компонентами и препаратами крови, другими гемотрансфузионными средами более 150 больниц, насчитывающих 82 тысячи лечебных коек. В среднем в городе ежегодно производится переливание донорской крови 320 тысячам больным, около 100 тысяч переливаний приходится на компоненты и препараты донорской крови.

Здравоохранение города Москвы располагает не только самой мощной в стране лечебной базой, но и наиболее высоким уровнем специализированной медицинской помощи. В связи с этим потребность города в донорской крови, компонентах и препаратах существенно выше в сравнении с другими регионами России.

Служба крови, например, Воронежской области представлена Областной станцией переливания крови, которая состоит из базовой станции – Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная станция переливания крови» и 8 филиалов: Борисоглебский, БСМП (больница скорой медицинской помощи), Электроника (больница), Бобровский, Калачеевский, Острогожский, Павловский, Россошанский.

Станция переливания крови в Воронеже полностью выполняет заявки ЛПУ по донорской крови и по данным 2009 г. входит в число лидеров по количеству доноров крови в стране [113].

В 2012 году службы крови РФ была представлена 130 станциями переливания крови, 386 отделениями переливания крови и 3 научно-исследовательскими институтами (таблица 5).

Таблица 5

Количество организаций, занимающихся заготовкой крови и ее компонентов в 2011-2012 гг.

Название организации	Количество по годам	
	2011	2012
Станция переливания крови или центр крови	133	130
Отделения переливания крови, входящие в состав ЛПУ	416	386
Научно-исследовательский институт (НИИ)	3	3

Источник: [73]

Из таблицы следует, что количество СПК в 2012 году по сравнению с 2011 годом сократилось на 2,3 %, количество ОПК – на 7,2 %, количество НИИ осталось неизменным.

Если рассмотреть работу учреждений службы крови в рамках предлагаемой организационно-экономической модели хозяйствования учреждений службы крови, то она усложняется, становясь одновременно более эффективной.

Представим данную модель, взяв за основу существующую организационно-экономическую форму хозяйствования учреждений службы крови в г. Москве (рис.5).

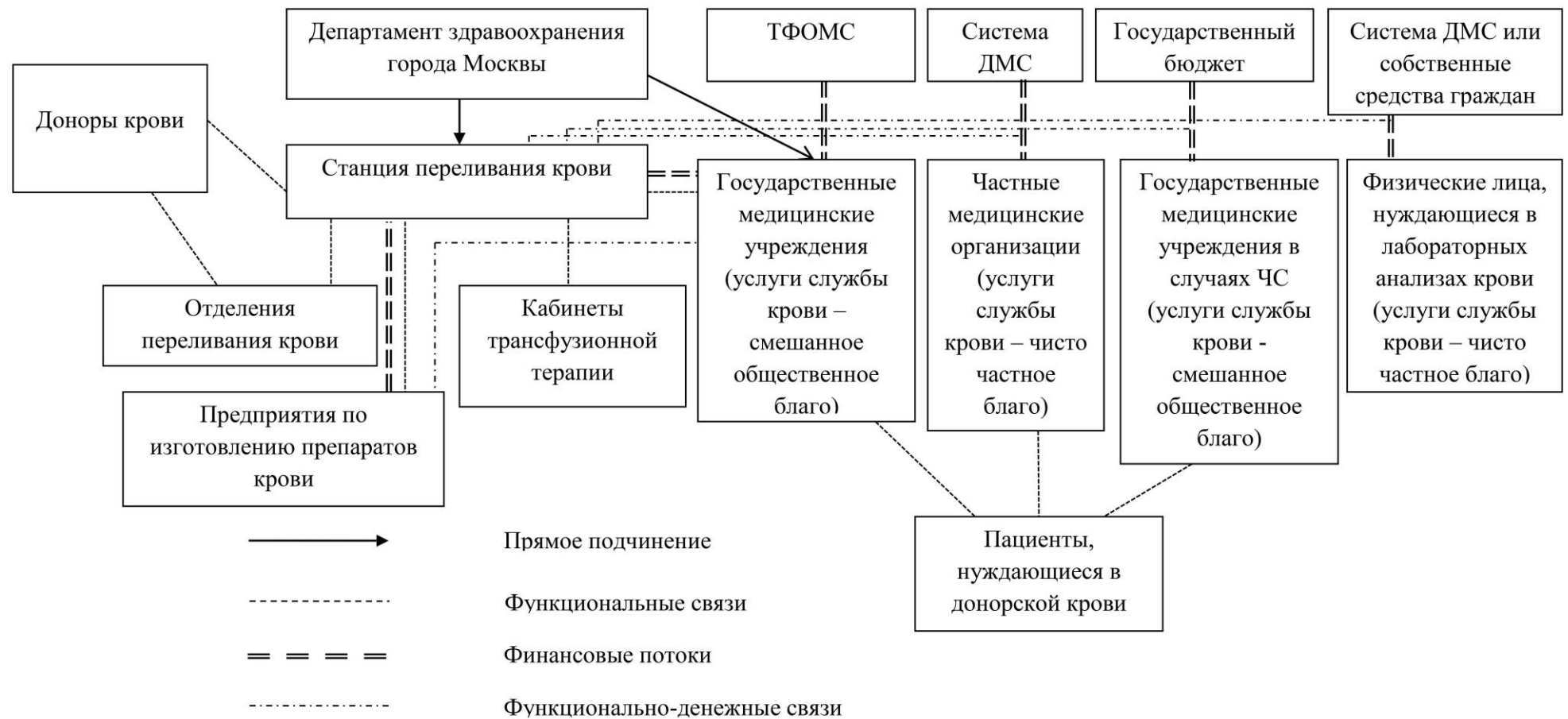


Рис. 5. Предлагаемая организационно-экономическая форма хозяйствования учреждений службы крови с выделением потенциальных потребителей и источников финансирования

Источник: составлено автором

Станция переливания крови подчиняется напрямую Департаменту здравоохранения города Москвы, так же как и государственные медицинские учреждения, нуждающиеся в донорской крови. С 1 января 2013 года государственные ЛПУ перешли на одноканальное финансирование, то есть основным источником финансирования стали средства обязательного медицинского страхования (средства ОМС), которые поступают из территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Исходя из предлагаемой модели, государственные ЛПУ, как основные потребители донорской крови, закупают у Станций переливания крови компоненты крови за счет средств ОМС (расходы на донорскую кровь включаются в тариф оплаты медицинской услуги из ТФОМС). Предприятия по изготовлению препаратов крови также закупают компоненты донорской крови у Станций переливания крови. Остальными потенциальными потребителями донорской крови, исходя из модели, являются частные медицинские организации и государственные медицинские учреждения в случаях ЧС. В этом случае компоненты донорской крови закупаются у Станций переливания крови за счет средств ДМС или бюджетных средств соответственно. Также, согласно модели, СПК могут оказывать платные медицинские услуги физическим лицам, нуждающимся в лабораторных анализах крови. В этом случае финансовые потоки на СПК поступают из системы ДМС или собственных средств граждан. Такая организационно-экономическая форма хозяйствования соответствует современным тенденциям развития системы здравоохранения и позволяет сделать работу учреждений службы крови более эффективной.

Таким образом, данная модель представляет собой организационно-экономический механизм хозяйствования учреждений службы крови практически в условиях рыночных отношений, где для пациента доступность донорской крови остается на прежнем уровне, а вот Станции

будут учиться самостоятельно зарабатывать деньги через систему ОМС и платные услуги по лабораторным анализам крови (рис. 6).



Рис. 6. Влияние на пациента предлагаемой организационно-экономической формы хозяйствования учреждений службы крови

Источник: составлено автором

Таким образом, Станции будут иметь три основных источника финансирования (рис. 7).

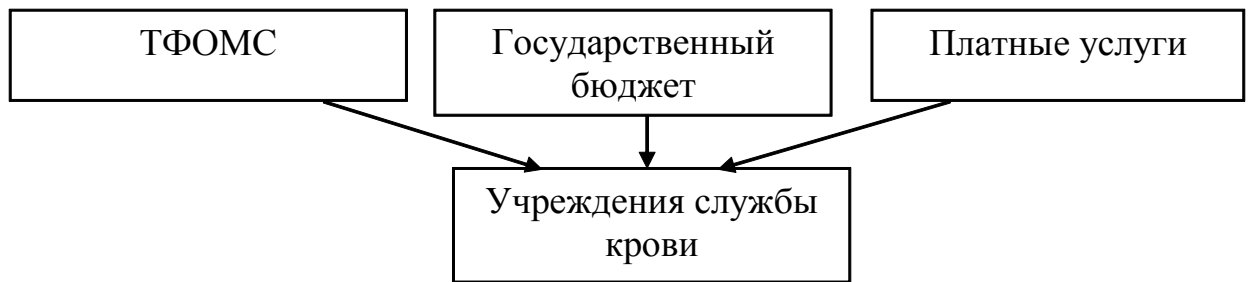


Рис. 7. Источники финансирования учреждений службы крови в рамках предлагаемой модели хозяйствования

Источник: составлено автором

Данная система позволит повысить качество компонентов донорской крови (или их безопасность), а также эффективность и прозрачность работы учреждений службы крови.

Исходя из этого, служба крови – это структура, в которой оказываются донорские (по заготовке крови) и трансфузиологические (по переливанию крови) услуги, к рассмотрению которых целесообразно подходить не только с медицинской точки зрения, но и с организационно-экономической, когда услуги службы крови переходят из разряда чисто общественных благ в смешанные общественные блага, тем самым повышается эффективность работы данной службы.

1.3 Специфика развития услуг службы крови в России по сравнению с зарубежными странами

Организационно-экономический механизм работы учреждений службы крови за рубежом представлен немного по-другому, чем в России.

В большинстве западных стран, таких как Великобритания, Франция, Италия, служба крови – централизованная структура, характерными чертами которой выступают организованная работа, проводимая под

контролем общества; развитие согласно плану; прозрачное и достаточное финансирование из бюджета; наличие и поддержание стандартов качества; вертикаль управления. Основной упор делается на развитие безвозмездного донорства, которое для государства обходится недаром. В Италии, например, государство перечисляет ассигнования общественной организации под названием «Итальянская ассоциация безвозмездных доноров крови (AVIS)», которая занимается пропагандой, формированием мотиваций у здоровых людей к донорству. В этом случае уменьшается риск того, что у потенциального донора обнаружатся возможные противопоказания, и, как следствие, кровь для переливания становится более безопасной [21].

В Японии служба крови находится в ведении Красного Креста. Система заготовки крови, ее компонентов и производства препаратов и вопросы организации донорства регулируются законом об обеспечении стабильных поставок безопасных продуктов крови ("Law on Securing a Stable Supply of Safe Blood Products"), который был принят 25 июля 2002 года и вступил в силу 30 июля 2003 года. В соответствии с этим законом Красный Крест в Японии совместно с Национальным Правительством и региональными властями организуют добровольное безвозмездное донорское движение с целью снабжения медицинских учреждений необходимым запасом продуктов крови. Региональные правительства составляют планы по заготовке крови. Денежные вознаграждения донорам за осуществление донации запрещены законодательством. В качестве наказания за несоблюдение этого правила предъявляются штрафные санкции. Доноры не могут получать даже никаких нематериальных вознаграждений.

Красный Крест Японии имеет отделение по управлению службой крови, во главе которого стоит директор.

Отделение имеет 12 рабочих секторов:

- 1) сектор по пропаганде донорства крови;

- 2) сектор по заготовке донорской крови и производству препаратов крови;
- 3) сектор планирования;
- 4) сектор управления продажами;
- 5) сектор управления поставками;
- 6) сектор по сбору и обработке медицинской информации;
- 7) сектор обеспечения гарантии качества крови;
- 8) сектор по контролю безопасности крови;
- 9) финансовый сектор;
- 10) сектор развития информационных систем;
- 11) сектор управления информационными программами;
- 12) сектор по вопросам регулирования.

В качестве особого условия в национальном законе указано применение в медицинской практике только отечественных продуктов крови. Также законом регулируется ответственность сторон данной службы: властей регионального уровня, Красного Креста Японии и национального правительства.

Принципы программы службы крови, определенные в законе:

- 1) безопасность продуктов крови;
- 2) получение продуктов крови в Японии и поддержание их стабильного запаса;
- 3) надлежащее использование продуктов крови;
- 4) честность и прозрачность управления службой крови.

Доноры сдают кровь в донорских пунктах, как в стационарных, так и в мобильных. В центрах крови готовятся компоненты крови для переливания, которые впоследствии передаются в клиники. В городе Читосе на острове Хоккайдо функционирует (с 1983 г.) завод по изготовлению препаратов плазмы. Туда центры крови поставляют часть плазмы для фракционирования.

Центры крови в Японии лицензированы как **производители лекарственных средств**. По состоянию на 1 апреля 2009 года их 29. Передача компонентов крови клиникам производится платно.

Национальным правительством проводятся различные мероприятия по осуществлению пропаганды донорства. Каждый год проводится церемония вручения ценных подарков за пропаганду донорства, которую проводят принц и принцесса (вице-президенты) Красного Креста Японии.

Каждая префектура создает Совет по пропаганде донорства крови, во главе которого стоит губернатор префектуры. Такие Советы также формируются и на муниципальном уровне. В Советах работают представители различных профессиональных и общественных организаций. Они проводят комплексную и эффективную работу согласно плану по формированию кадровых доноров и привлечению первичных доноров.

В качестве мероприятия по пропаганде донорства выступает распространение брошюр для отведенных доноров, где, в частности указываются особенности питания лиц со сниженным уровнем гемоглобина и т.п.

За определенное число донаций (10, 30, 50, 70 и 100) доноров награждают различными стеклянными кубками. За 5 и 10 лет активности донорам и пропагандистам донорства выдаются сертификаты признательности, за 15 и 20 лет – памятные таблички.

Деньги донорам за сдачу крови не выплачиваются. Исключением является ситуация, когда у донора развилась побочная реакция (например, обморок) после сдачи крови. Разовые выплаты в таком случае предусматриваются для создания у доноров чувства защищенности и безопасности при участии в программе по сбору крови.

Заготовку донорской крови осуществляют в основном выездные бригады. Или она проводится в стационарных донорских пунктах, которые расположены в достаточно людных местах. Всего в Японии 141 такой

стационарный донорский пункт: 30 - в центрах крови и 111 представлены «донорскими комнатами».

Большинство стационарных пунктов по сбору крови расположены в крупных торговых центрах и метро.

Компоненты крови возмездно предаются в клиники по стандартным ценам, которые устанавливает национальное правительство.

Издержки клиник покрываются страховыми системами: 70 % - государственная система медицинского страхования или 90 % - частные страховые компании. Остальные 30 или, соответственно, 10 % оплачивает пациент, который имеет один из двух видов страхового полиса. Таков принцип оплаты всех медицинских услуг в Японии.

В 2008 году доходы службы крови составили 157,7 млрд. иен, в том числе от продаж:

- компонентов крови для переливания – 131,7 млрд. иен (83,5 %);
- продуктов фракционирования плазмы – 10,4 млрд. иен (6,6 %);
- плазмы для фракционирования частным компаниям – 9,6 млрд. иен (6,1%);
- прочего – 6,0 млрд. иен (3,8 %).

В этом же году расходы службы крови составили 151,7 млрд. иен. Они пришлись на:

- пропаганду донорства, рекрутирование доноров – 15,3 млрд. иен (10,1 %);
- заготовку крови, в том числе содержание донорских центров – 62,5 млрд. иен (41,2 %);
- лабораторные исследования крови – 23,8 млрд. иен (15,7 %);
- приготовление компонентов крови для переливания и изготовление продуктов фракционирования – 9,8 млрд. иен (6,4 %);
- на поставку крови – 13,5 млрд. иен (8,9 %);
- управление и другую организационную деятельность, проводимую в центрах крови – 17,1 млрд. иен (11,3 %);

- научные исследования – 1,4 млрд. иен (0,9 %);
- прочее – 8,3 млрд. иен (5,5 %).

Правительство и все участники службы крови заинтересованы в экономии своих средств. С этой целью несколько лет назад госпитали ввели у себя оплачиваемые должности менеджеров по трансфузиям, которые обеспечивают соблюдение правил в вопросах переливания крови. Сокращение необоснованных переливаний и, как следствие, предотвращение нерационального использования компонентов крови, покрывает расходы на менеджмент трансфузий, в том числе снижает величину издержек во всей системе здравоохранения [97].

Организационно-экономический механизм оказания услуг службы крови в Японии существенно отличается от российского. Во-первых, в Японии за донорскую кровь платят 4 субъекта: государство, медицинская организация, страховщики, пациент. Во-вторых, центры крови ориентированы на качество выпускаемой продукции и сокращение издержек. В-третьих, с целью эффективного лечения в госпиталях проводится трансфузионная работа. Во многом качественному оказанию услуг службы крови в Японии способствует достойная оплата труда высококвалифицированных специалистов.

Российская региональная служба крови является пережитком коммунистического общества, когда существовала бюджетная модель финансирования системы здравоохранения. В этом случае такие понятия, как «качество» и «эффективность» как с медицинской, так и с экономической точки зрения, во многом определяются и зависят от профессионализма и человеческих ориентиров участников трансфузиологического процесса.

Для японской службы крови, в отличие от российской, характерны прозрачность, понимание, профессионализм, прогресс, эффективность, духовность [37].

В США переливанием крови занимаются некоммерческие организации, имеющие право согласно своей лицензии на осуществление фармацевтической деятельности (кровь, получаемая на СПК, считается лекарством). В США такие станции ведут свою работу под надзором Ассоциации банков крови и Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств, т.е. они в каком-то смысле выполняют функцию российского Министерства здравоохранения.

Такая форма организации работы некоммерческих организаций является положительным моментом, она дает возможность заинтересованным в этом людям получать лицензию и заниматься деятельностью такого рода. Банки крови буквально конкурируют за доноров. СПК привлекают доноров практически так же, как туристические компании потенциальных туристов. Американские СПК работают благодаря поставкам донорской крови в больницы, поэтому к донорам относятся, прежде всего, как к людям, от которых зависит собственное благополучие. Отсюда следует должный уровень обслуживания, отношение и т.п. Каждый год Управление проводит проверки – как плановые, так и внеплановые – соблюдения станцией соответствующих норм и предписаний. Если нарушений обнаруживается слишком много, станцию могут лишить лицензии.

Вся деятельность подробно регулируется специальными инструкциями под названием «Руководство по стандартизованным производственным операциям». В них регламентировано практически все – от организации проведения акции по сдаче крови до правил измерения гемоглобина, давления, забора крови и т.д. Все действия на СПК и во время выездных акций должны осуществляться в соответствии с этим Руководством. Причем в Руководство постоянно (примерно раз в месяц) вносятся изменения в соответствии с результатами новейших исследований в области банков крови и новыми стандартами. Постоянно пересматривается список критериев отбора доноров, который подробнее российского и выдвигает более жесткие требования – список

противопоказаний для доноров в несколько раз длиннее. Туда входит не одна сотня подробно описываемых заболеваний. Этот список постоянно изменяется и дополняется на основании результатов исследований и требований Управления. Тем не менее, стать донором крови в США проще, чем в России, потому что согласно этому списку разрешается сдавать кровь людям, страдающим многими хроническими заболеваниями, если они получают соответствующее лечение. В случае отсутствия четких указаний решение о том, может ли конкретный человек быть донором, принимает медицинский работник. При отдельных видах заболеваний кровь можно сдавать, предъявив справку, выданную лечащим врачом.

На американских станциях переливания крови врачи работают иначе, чем в России. Всей основной работой: отбором и осмотром доноров, забором крови, заботой о побочных реакциях, работой с документами, обучением персонала - занимаются медсестры. Собственно забором крови занимаются флеботомисты.

Такой специальности как флеботомист в России нет. В переводе с греческого «флеботомист» - это человек, занимающийся кровопусканием. Флеботомистом может стать человек со средним образованием, который прошел специальное обучение по забору крови. Кроме этого, медсестры обычно обучают флеботомистов осматривать и отбирать доноров.

Единственный врач на станции переливания крови руководит исследованиями, которые проводятся на станции, дает консультации в случае обнаружения у доноров наиболее сложных противопоказаний. Также он консультирует больницы, получающие донорскую кровь на станции, в случае возникновения побочных реакций при переливании крови.

На СПК производится несколько видов сдачи крови: добровольная (безвозмездно и безадресно); адресная (по направлению врача); аутологичная (т.е. для самого себя - в США широко распространена сдача крови перед плановыми операциями) и терапевтическая (когда доноры сдают кровь, потому что это предписано им врачом в рамках лечебного курса). Акции по сдаче крови проводятся в самых разнообразных местах: в

больницах, на торговых площадках перед супермаркетами, в гостиницах, клубах и тому подобных местах. Такие акции проводятся сотрудниками специально созданного в банке крови отдела для поиска доноров. Медперсонал подбором доноров не занимается. Каждый день в разных местах города станция проводит пять-шесть выездных акций.

Среднюю цену за дозу каждого компонента для госпиталя представим в таблице 6.

Таблица 6

Средние цены на компоненты крови в США

Компоненты	Цены в долларах США		
	2008	2011	Изменения, %
Эритроциты, обедненные лейкоцитами	223,09	225,42	1
Плазма, замороженная в течение 8 часов	57,78	57,91	0,2
Плазма, замороженная в течение 24 часов	53,85	56,08	4,1
Аферезные тромбоциты, обедненные лейкоцитами	538,56	535,17	- 0,6
Криопреципитат	65,10	62,41	- 4,1

Источник: [50]

В Бельгии заготовкой донорской крови занимается общество Красного Креста, а не государство. Государство только устанавливает цены на кровь и ее продукты. По этой цене кровь продается клиникам в соответствии с их ежедневными заявками. Таким образом, Красный Крест покрывает свои расходы на заготовку, проверку, переработку и хранение донорской крови [106].

Очень интересный опыт развития службы крови представлен в Нидерландах [52]. Нидерланды по территориальному признаку и количеству населения схожи с Московской областью, включая столицу. Прежде чем стать донором, человек регистрируется на сайте. Потом потенциальному донору присылаются информационные материалы, и делается звонок с приглашением прийти в донорский пункт. В королевстве служба крови представлена организацией под названием Сангвин [101]. В Сангвине 5 отделений: отделение производства препаратов плазмы, банк крови, лаборатория по диагностике, отделение изготовления реагентов, научно-исследовательское отделение. Заготовкой крови занимаются 57 стационарных донорских центров и более 100 выездных бригад. Донорство безвозмездное. Доноры получают лишь кофе с печеньем после донации. Донорские пункты работают с 8 до 20 часов. Если донор приходит в первый раз, то его приглашают сначала на обследование, в другой день – на донацию. Первичные доноры составляют порядка 10 % от общего числа доноров. В национальном масштабе доноров вполне достаточно, поэтому обычно приглашают доноров, кровь которых необходима для поддержания запасов. Различная информация о запасах крови размещается на официальных сайтах в интернете. Что касается экономики, то компоненты крови также продаются в больницы. Помимо этого Сангвин имеет выручку от оказания лабораторных услуг по исследованию крови для голландских медицинских организаций. На научные исследования выделяются субсидии. Возрастная структура персонала и его зарплата прозрачны.

Составим сравнительную таблицу организационно-экономического механизма работы учреждений службы крови в разных странах (таблица 7).

**Организационно-экономические формы хозяйствования
учреждений службы крови в разных странах**

Параметры	Страны		
	Япония	США	Россия
Орган, координирующий деятельность службы крови в стране	Красный Крест Японии совместно с региональными властями и Национальным Правительством	Ассоциации банков крови США и Управления США по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств	Федеральный орган исполнительной власти РФ, осуществляющий функции по выработке государственной политики в сфере здравоохранения – Министерство здравоохранения
Учреждения, занимающиеся заготовкой крови	Центры крови	СПК (банки крови)	СПК
Местоположение пунктов крови по стране	Заготовка осуществляется в преимущественно выездными бригадами, а также в стационарных пунктах забора крови, расположенных в общественных местах (метро, крупные торговые центры).	Акции по сдаче крови проводятся в самых разнообразных местах: в больницах, на торговых площадках перед супермаркетами, в гостиницах, клубах и тому подобных местах.	Сбор крови осуществляется выездными бригадами, на СПК, в ОПК, в филиалах
Лицензии учреждений крови	Производители лекарственных средств	Лицензия на право осуществления фармацевтической деятельности	ЛПУ
Специалисты, осуществляющие контроль за соблюдением правил по переливанию крови	Менеджер по трансфузиям в каждом госпитале	Врач на СПК, консультирующий больницы в случае возникновения побочных реакций	Трансфузиологи на СПК

Продолжение таблицы 7

Организационно-экономические формы передачи компонентов донорской крови в больницы	Компоненты крови поставляются в клиники по стандартным ценам, которые устанавливает национальное правительство	Американские СПК продают компоненты крови больницам	Безвозмездно
Донорство	Денежные поощрения донорам крови запрещены законодательством, а за несоблюдение этого правила установлены штрафные санкции.	На СПК производится несколько видов безвозмездной сдачи крови: добровольная (безадресно); адресная (по направлению врача); аутологичная (т.е. для самого себя - перед плановыми операциями) и терапевтическая (когда доноры сдают кровь в рамках лечебного курса)	В соответствии с Федеральным законом №125-ФЗ от 20.07.2012 пропагандируется безвозмездная сдача крови, но по факту кровь сдается как безвозмездно, так и платно в определенных случаях. Также существует оплата питания в день сдачи крови.
Пропаганда донорства	Каждая префектура имеет Совет по пропаганде донорства крови. Среди разнообразных мероприятий по пропаганде донорства важным является наличие брошюр для лиц, отведенных на время от донорства с рекомендациями по питанию.	Пропагандой донорства, поиском доноров и организацией акций по сдаче крови занимается специальный отдел банка крови. Медперсонал этим не занимается. Каждый день в разных местах города проводится пять-шесть выездных акций	Информационное освещение проблемы донорства в интернете, в СМИ, в средствах наружной рекламы города, рекламы на транспорте, посредством агитационных плакатов, проведения различных донорских программ и акций

Источник: составлено автором

В рейтинге стран по уровню здравоохранения абсолютным лидером является Япония. США по уровню здравоохранения, образования, экономики и политического развития занимают 11 место, а Россия – 31-ое, по уровню здравоохранения 75-ое [115]. Таким образом, в службе крови РФ остается достаточно нерешенных проблем и необходимо, ориентируясь на опыт зарубежных стран, повышать эффективность данной службы.

В РФ компоненты донорской крови передаются в больницы безвозмездно, за сдачу крови донорам иногда выплачивается денежное вознаграждение, при этом донорской крови зачастую не хватает, бюджетное финансирование едва ли покрывает расходы Станций. Все это говорит о недостаточно эффективной работе учреждений переливания крови в РФ. Поэтому рассмотрение учреждений службы крови в рамках организационно-экономического подхода позволит приблизить к мировым стандартам обеспечение ЛПУ донорской кровью в нашей стране. Только правильно построенная организационно-экономическая модель, опирающаяся на современные тенденции, позволит модернизировать данную службу.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СЛУЖБЫ КРОВИ В РФ

2.1 Характеристика динамики донорского движения крови в России

Донорство крови – это гражданский долг каждого друг перед другом и государством. Большинство известных людей в Европе не только сами являются донорами, но и достаточно активно участвуют в своих странах в пропаганде донорства. Это социальные деятели, звезды эстрады и кино.

В нашей стране кадровое регулярное донорство сложилось в конце 20-х годов XX века. Сначала заготовку крови осуществляли медицинские учреждения, а затем эта функция перешла Станциям переливания крови. Развитие службы крови в тот период было обусловлено тем, что такой способ лечения, как переливание крови, все больше входил в практику повседневных медицинских манипуляций в области хирургии и акушерства, где был самый высокий риск потери крови. Потребность в донорской крови росла с каждым годом, поэтому отдельные добровольцы и родственники больных уже не могли покрыть всю потребность больниц в этом незаменимом элементе. Для создания регулярных кадровых доноров, которые были бы согласны и заинтересованы в систематических донациях, правительство своими постановлениями установило денежную компенсацию на усиленное питание, которое из-за потери крови так необходимо донорам.

22 апреля 1935 года вышло постановление Совета Народных Комиссаров «О кадрах доноров», в котором обозначалось, что донорство – добровольный акт, который выполняется без отрыва от работы. Вводились денежные выплаты на питание доноров. Донорство – это не профессия, а действие, имеющее, прежде всего, моральное поощрение.

Более значительный масштаб донорское движение приобрело с середины 1930-х годов из-за приближающейся войны. А в период военных действий донорская кровь наиболее важна, так как именно в этот период бывает много раненых. Основными пропагандистами донорства крови кроме органов здравоохранения, СПК и институтов становятся общественные организации Красного Креста. Пропаганда донорства проводилась посредством лекций по радио, издавались и распространялись популярные брошюры.

В 1937 году создаются первые банки крови, так как к тому моменту стало ясно, что необходимо заранее заготавливать и где-то хранить донорскую кровь, чтобы на случай ее необходимости она была под рукой.

Донорству крови в советские времена присваивали высокое социальное значение, выражающееся в обязанности оказать помощь другому человеку. Среди доноров большинство были женщины.

Уже к 1940 году Советский Союз располагал достаточно большой сетью медицинских учреждений, в состав которых входили станции переливания крови. Развитие донорства крови в период войны позволило спасти жизни тысячам раненых солдат.

После войны волна донорства стала спадать. Врачи научились делать к этому времени сложные операции, а для этих целей также нужна была донорская кровь. Поэтому с середины 50-х гг. XX века безвозмездное донорство крови обретает новую волну. Число желающих безвозмездно поучаствовать в донации доходило до 70 - 80 % от общего числа доноров.

В 60-х годах в Советском Союзе был сформулирован принцип донорства крови – устанавливалась равная обязанность членов общества быть донорами крови и равное право на получение донорской крови при необходимости. В соответствии с этим принципом государство вместе с обществами Красного Креста продолжало проводить активную пропаганду донорства среди населения.

Донорство находилось в государственной компетенции, поэтому проблема, связанная с недостатком крови в больницах, была полностью решена. Показатель развития донорства крови в Советском Союзе составлял более 50 доноров на 1000 человек населения, что соответствовало уровню донорства большинства развитых стран. Самыми активными донорами были молодые люди [106].

В конце XX – начале XXI века в нашей стране донорское движение пошло на спад. Количество доноров в целом по России, и в частности в столице, резко сократилось за десятилетие 1998 – 2008 гг. Мировой опыт свидетельствует, что для удовлетворения нужд медицинских учреждений в компонентах и препаратах донорской крови необходимо соотношение 40-50 доноров на 1000 человек населения. К 2007 – 2008 гг. в целом по России данное соотношение снизилось до 13-15 доноров на 1000 человек населения, а по Москве - до 8. Причиной низких показателей явилось несоблюдение государством обязательств по проведению льготной политики в отношении доноров, отсутствие государственных программ, направленных на развитие волонтерского донорского движения, недостаточное финансовое обеспечение учреждений переливания крови [50].

Проанализировав динамику изменения показателей заготовки крови за период с 1998 г. по 2008 г., делаем вывод, что число донаций в Москве сократилось на 30 %, а объем заготовленной крови - в 3,5 раза (рис. 8).

Когда государство самоустранилось от решения проблем службы крови, то вопросы развития донорского движения перешли в компетенцию самих больных и медицинских работников. Население стало мало информированным о проблемах донорства. Об острой нехватки донорской крови в стране люди узнавали только тогда, когда сами сталкивались с данной проблемой: близкому человеку требуется переливание крови, тяжелые роды и т.п. Во многом это было связано с отсутствием

дополнительных денежных средств у системы здравоохранения на агитацию и пропаганду донорства.

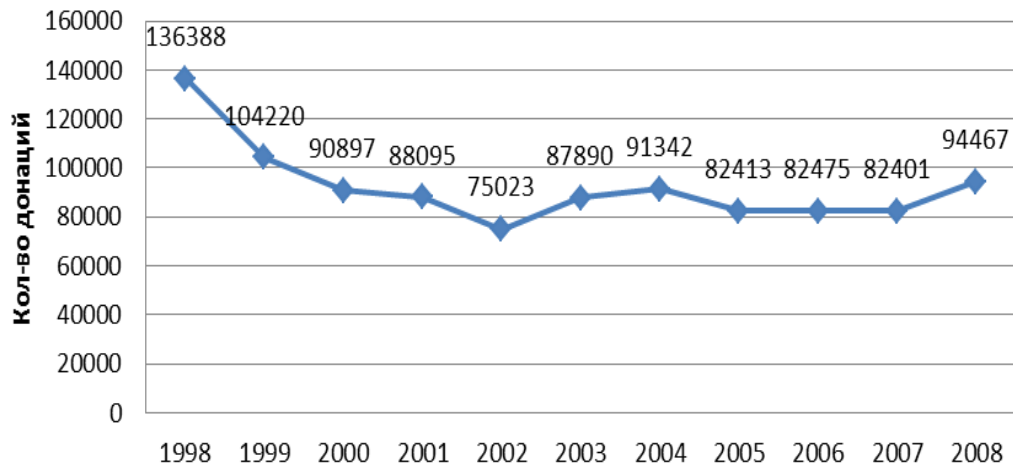


Рис.8 – Динамика развития донорства крови и её компонентов в г. Москве за период с 1998 по 2008 гг.

Источник: [50]

Здравоохранение Москвы располагает не только самой мощной в стране лечебной базой, но и наиболее высоким уровнем оказания специализированной медицинской помощи. В связи с этим потребность в компонентах и препаратах донорской крови в столице существенно выше по сравнению с другими регионами России. Поэтому когда в Москве не хватает компонентов и препаратов донорской крови, Станция переливания крови вынуждена закупать их в субъектах РФ.

Развитие донорства крови в России отличается от развития донорства крови в большинстве экономически развитых странах. Например, в Европейском Союзе действует 3 принципа донорства: безвозмездность, добровольность и постоянство (периодичность). Создаются донорские общества, то есть общественные организации, которые получают дотации. Соотношение количества доноров на 1000 человек населения в странах Европы соответствует, а в некоторых странах даже превышает необходимые

нормы. Так, по данным ВОЗ во Франции на каждую 1000 чел. населения приходится 40-50 доноров, в Италии – 40-60. Жители Европы считают, что сдавать кровь – «это также естественно, как чистить зубы или переходить дорогу на зеленый свет» [50].

В настоящее время спад волонтерского донорского движения крови в России связан в основном со следующими причинами:

1) сокращением количества людей, способных быть донорами, преимущественно из-за распространения среди населения инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ, сифилис, гепатит, туберкулез и т.д.;

2) общим снижением уровня здоровья населения (около 30 % отводов от донорства происходит по медицинским показаниям);

3) неисполнением государством льготных обязательств по отношению к донорам и отсутствием постоянно действующих государственных программ по развитию волонтерского донорского движения;

4) отстранением от пропагандистской и организаторской работы в области службы крови Российского Красного Креста, в частности его Московского отделения;

5) отсутствием широкомасштабной, полноформатной и регулярной пропаганды донорства посредством СМИ (телевидение, радио, пресса, интернет и т.п.);

6) разобщенностью в работе и организации процесса медицинских организаций переливаний крови, относящихся к определенным ведомствам;

7) отсутствием единого информационного пространства, т.е. единой базы данных по донорам, позволяющей взаимодействовать учреждениям переливания крови между собой;

8) нежеланием руководителей различных организаций и предприятий, чтобы их сотрудники участвовали в донорских акциях, так как в этом случае работнику придется отрываться от своих непосредственных обязанностей.

Учитывая важность и необходимость решения проблемы донорства, профильными специалистами Станции переливания крови ДЗМ во главе с Департаментом здравоохранения города Москвы была разработана, внедрена и исполнена Городская программа «Развитие донорства крови и её компонентов» на 2009-2010 гг., благодаря работе которой уже к концу 2009 г. удалось увеличить снабжение ЛПУ столицы компонентами донорской крови и лекарственными средствами на основе крови и довести его до 80 % от общего числа заявок.

Также с 2008 года в России действует Программа развития службы крови. Эта Программа реализуется Министерством здравоохранения РФ и Федеральным медико-биологическим агентством (ФМБА России) в соответствии с ежегодно утверждаемыми постановлениями Правительства РФ. Программа направлена на техническое обновление, модернизацию учреждений переливания крови, создание единой информационной базы данных по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов, развитие массового волонтерского донорства крови и ее компонентов. В Программу вовлечены 83 субъекта Российской Федерации [113].

На создание единой информационной базы планируется выделение бюджетных ассигнований в 2015 - 2017 годах в сумме 1 072,8 млн. рублей ежегодно [5].

Благодаря приложенным усилиям в период с 2008 г. по 2011 г. общее число доноров в столице увеличилось в 1,3 раза – с 58 401 чел. до 74 303 чел., как следствие, в 1,5 раза возросло количество донаций крови и её компонентов с 93 767 (в 2008 году) до 139 271 (в 2011 году), превысив показатели значений 14-летней давности (в 1998 г. – 136 388), когда общая обстановка с донорством крови в столице считалась относительно благоприятной (рис.9).

На современном этапе с целью дальнейшего развития донорства крови в рамках действующей в Москве Государственной программы (2012-

2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» по инициативе СПК ДЗМ в подпрограмме делается акцент на развитие и пропаганду добровольного донорства крови и ее компонентов.

Самой активной категорией населения в России, и в частности в Москве, принимающей участие в донорских движениях, является студенческая молодежь.

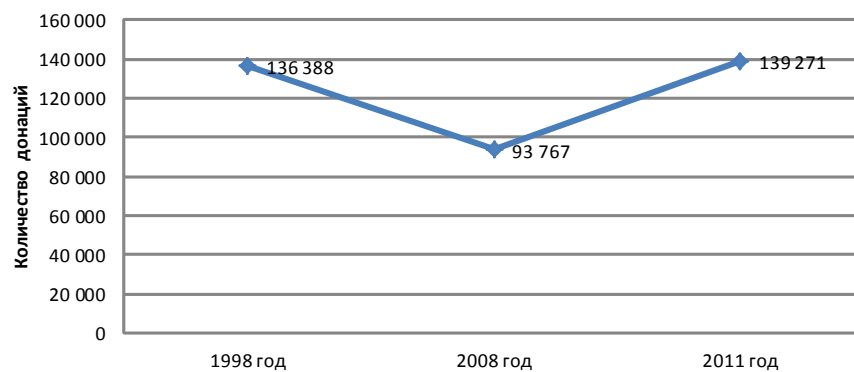


Рис.9. Динамика развития службы крови ДЗ города Москвы в различные периоды

Источник: [50]

В настоящее время показатель донорской активности в столице составляет 14 человек на 1000 жителей, а необходимо 40 на 1000. При этом из всего числа доноров столицы больше трети составляют жители Московской области (рис. 10).

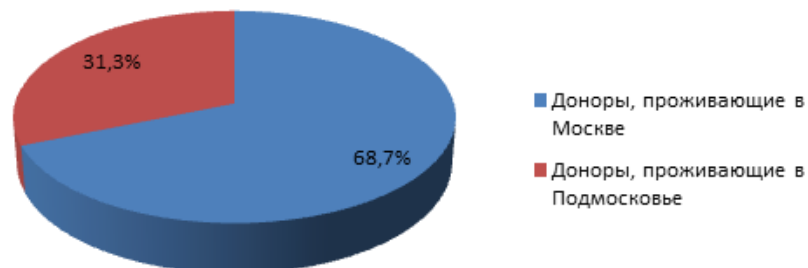


Рис. 10. Процентное соотношение жителей Москвы и Московской области, участвующих в столичном донорском движении

Источник: [50]

Из рисунка видно, что жители столицы неохотно принимают участие в донорстве крови. Происходит это по разным причинам: отсутствие надлежащей информированности о проблемах в службе крови, отсутствие возможности и времени у людей мегаполиса прийти в пункт сдачи крови и выполнить свой гражданский долг перед обществом и государством и другие причины.

Рассмотрим Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная станция переливания крови». Она состоит из 8 филиалов: Борисоглебский, Больница скорой медицинской помощи (БСМП), Электроника, Бобровский, Калачеевский, Острогожский, Павловский, Россошанский.

Станция работает стабильно. Заготовка донорской крови производится в объеме, необходимом для выполнения заявок лечебных учреждений на гемокомпоненты. Заготовка плазмы значительно сокращена, так как в стране единственное предприятие по производству препаратов крови не может освоить ее существующие объемы. Проводится планомерная работа по реализации Закона №125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» на территории Воронежской области. В соответствии с постановлением Правительства РФ №1447 от 27.12.2012 г. в 2013 г. Воронежская область в числе 16 субъектов вошла в федеральную программу «Развитие службы крови России».

В отделе комплектования донорских кадров ведется постоянная работа по обновлению информационной базы доноров и «антидоноров».

В 2012 году на станции переливания крови и её филиалах сдали кровь 11,7 тыс. доноров, в 2013 году это количество доноров было превышено уже за 9 месяцев (около 12 тыс.). Количество обратившихся доноров достаточно для заготовки необходимых объемов крови для выполнения заявок ЛПУ в компонентах крови.

Всего за этот период осуществлено более 21,3 тыс. донаций, в 2012 году – более 20,7 тысяч. Из числа доноров первичные доноры составляют 40 %, в 2012 г. – 48 % (приложение 2).

Судя по тому, что донаций больше, чем доноров, то некоторые доноры сдают кровь не один раз, поэтому для **более точного расчета необходимого количества донорской крови лучше рассматривать не число доноров на 1000 чел. населения, а число донаций. Потому что при таком раскладе доноров может быть и меньше, а потребности ЛПУ в донорской крови будут удовлетворены, в том числе и за счет внедрения современных методов заготовки крови.** Например, сравним число доноров и количество донаций по годам в Воронежской области (таблица 8):

Таблица 8

**Показатели работы Службы крови Воронежской области
за 2008 – 2012 гг.**

Воронежская область	2008 год	2009 год	2010 год	2011 год	2012 год
Общее число доноров	31191	18046	19888	17853	20403
Всего население ВО, тыс. чел.	2280,4	2270,0	2261,6	2335,2	2331,5
Число доноров на 1 тыс. населения	13,7	8	9	7,5	9
Всего донаций	49645	46044	36923	33494	39441
Число донаций на 1 тыс. населения	22	20	16	14	17
Средняя кратность донаций от 1 донора	2	3	2	2	2

Источник: приложение 3

Из таблицы 8 видно, что число донаций больше и их кратность от 1 донора составляет в среднем 2 раза.

Представим графически число доноров и количество донаций Воронежской области по годам (рис. 11).

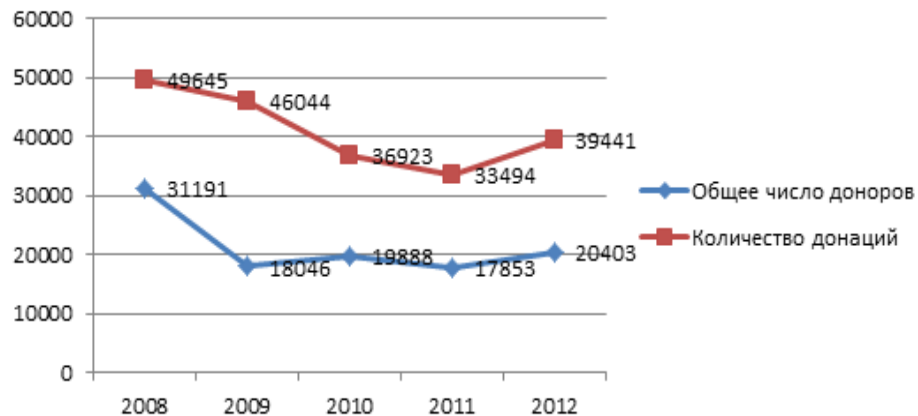


Рис. 11. Число доноров и количество донаций по Воронежской области по годам

Источник: составлено автором

Рассмотрим также соотношение объема заготовленной крови к общему количеству доноров на СПК в Республике Марий Эл (рис. 12).

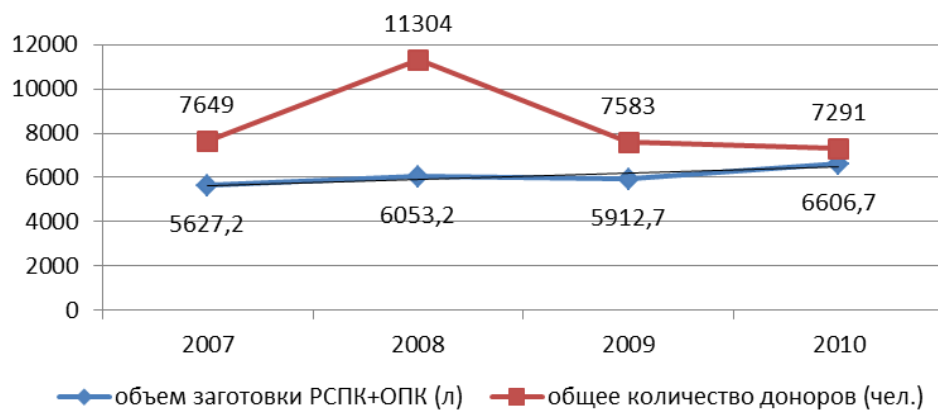


Рис. 12. Соотношение объема заготовленной цельной донорской крови к общему количеству доноров Республиканской станции переливания крови в Республике Марий Эл

Источник: [75]

Из рисунка наглядно видно, что донорство в регионах за период с 2008 по 2012 год отличалось от столичного: 2008 год был подъемным, а потом пошел спад, но к 2012, 2013 году ситуация начала выравниваться.

Службу крови России принято делить на 9 территориальных зон: начиная с Дальнего востока до Северо-Западного региона (такое деление позволяет лучше контролировать деятельность базовых СПК, учитывая географические особенности регионов, в которых они находятся). В 2012 году кадровыми донорами крови и ее компонентов являлись 31,5 % всех доноров, что превышает соответствующий показатель 2011 года на 28,7 %. Наиболее развито активное донорство в учреждениях переливания крови в 1, 3, и 8 зонах (Дальний восток, Урало-Сибирский регион, Москва и близ лежащие к ней города соответственно) (рис. 13).

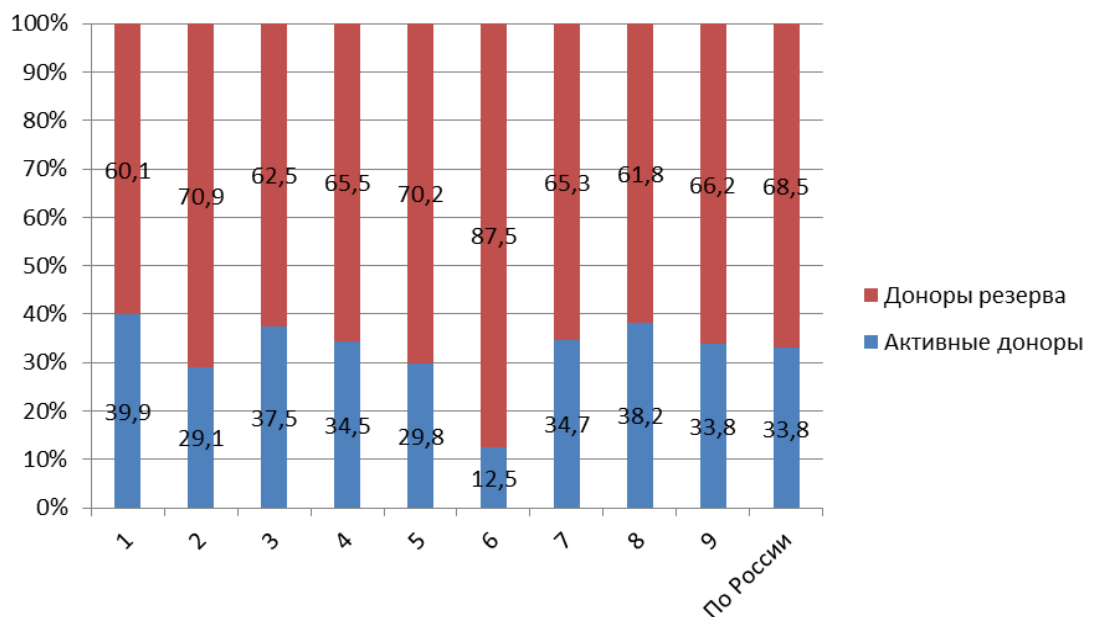


Рис. 13. Соотношение кадровых доноров и доноров резерва в различных территориальных зонах службы крови России в 2012 г.

Источник:[83]

Для поддержания активного безвозмездного донорства в соответствии с Федеральным законом № 125-ФЗ от 20.07.2012 г. предусмотрены меры социальной поддержки.

1. В день, когда донор безвозмездно сдал кровь или ее компоненты, ему предоставляется бесплатное питание за счет средств СПК или ОПК.

2. Замена бесплатного питания денежной компенсацией не разрешается, за исключением случаев, определяемых федеральным органом исполнительной власти.

3. Донор, который два раза в течение года безвозмездно сдает кровь или ее компоненты в максимально допустимом объеме получает право на приобретение по льготным ценам по месту работы или учебы льготных путевок на санаторно-курортное лечение. Объем максимально допустимого объема крови или ее компонентов определяется врачом при медицинском осмотре донора.

Также в соответствии со статьей 186 ТК РФ «Гарантии и компенсации работникам в случае сдачи ими крови и ее компонентов» доноры имеют право на 2 дня отдыха: в день сдачи крови и дополнительный день по своему усмотрению в течение года после дня сдачи крови. Эти дни оплачиваются из расчета средней заработной платы.

Также законом предусмотрены меры социальной поддержки лиц, которые награждены почетным нагрудным знаком "Почетный донор России" (он присваивается донорам, которые безвозмездно сдали кровь или ее компоненты (за исключением плазмы крови) 40 или более раз или плазму крови 60 или более раз):

- 1) получение права уйти в отпуск в удобное для них время;
- 2) получение медицинской помощи в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения без очереди;
- 3) первоочередное предоставление по месту работы или учебы путевок по льготным ценам в санатории;
- 4) получение права на денежную выплату раз в год.

Денежная выплата с 1 января 2015 года составляет 12 373 рублей (ФЗ № 384-ФЗ от 01.12.2014 г. «О федеральном бюджете на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов»). Она ежегодно пересматривается с 1

января текущего года исходя из прогнозного уровня инфляции. Финансовое обеспечение расходов по ежегодной денежной выплате является расходным обязательством Российской Федерации.

Для удовлетворения потребностей населения в донорской крови и ее компонентах нужно, чтобы соотношение доноров к 1000 человек населения было минимум 25, что является «золотым стандартом» [113], а в Российской Федерации данный показатель по всем 9 округам в среднем составляет 14 доноров на 1000 жителей по состоянию на 2015 год (рис. 14).

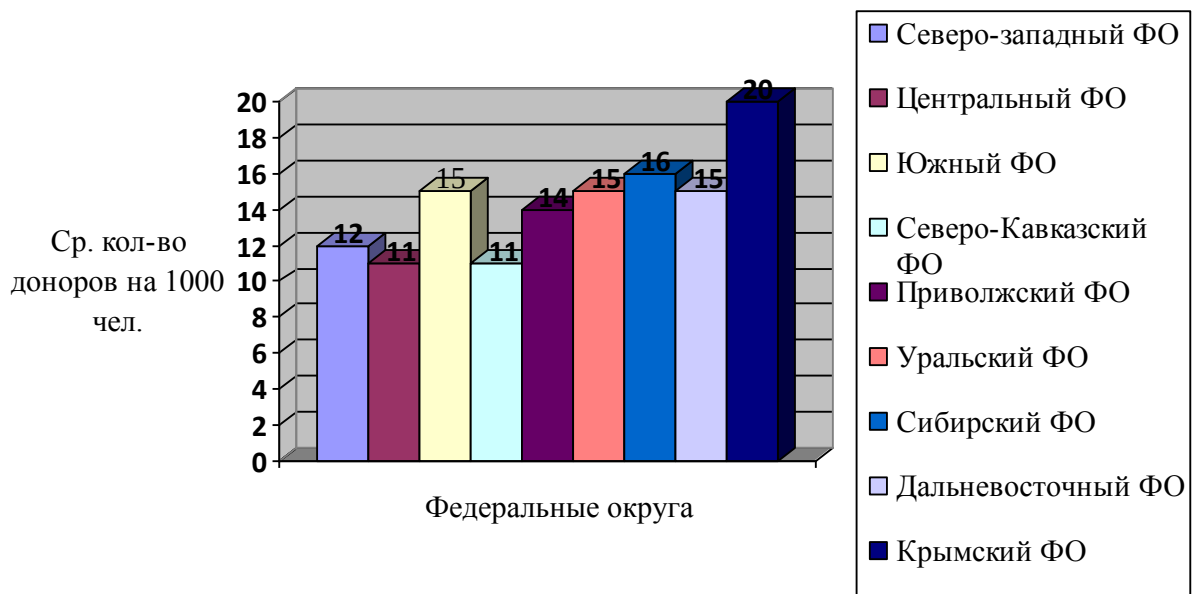


Рис.14. Усредненное число доноров на 1000 человек по федеральным округам РФ по состоянию на 2015 год

Источник: [23]

Из рисунка следует, что в России соотношение доноров на 1000 человек населения больше всего в Крымском и Сибирском федеральных округах.

В настоящее время во многих зарубежных странах мира, например, таких как США, Великобритания, Швейцария, Испания и др. (около 62 стран) донорам денежное вознаграждение за участие в кроводаче не выплачивается. Им только предлагаются легкие закуски, в качестве

поощрения они могут получать сувениры. Многие исследования доказывают, что качество донорской крови выше, как правило, тогда, когда она была сдана безвозмездно. В Российской Федерации, однако, волонтерское донорское движение непостоянно, поэтому государству иногда приходится привлекать доноров за денежное вознаграждение. С принятием Федерального закона № 125-ФЗ от 20.07.2012 г. «О донорстве крови и ее компонентов» официально провозглашается приоритетность безвозмездного донорства, его поощрение и поддержка, как один из принципов донорства крови и ее компонентов. Но платное донорство все равно допускается. В Приказе Минздрава России от 17.12.2012г. №1069н "Об утверждении случаев, в которых возможна сдача крови и (или) ее компонентов за плату, а также размеров такой платы" регламентированы условия платной сдачи крови и ее компонентов. Кровь сдается платно, если у донора наблюдается редкий фенотип, нет какого-либо антигена эритроцитов или по медицинским показаниям донор может быть допущен к сдаче плазмы, тромбоцитов, эритроцитов или лейкоцитов методом афереза. Данные особенности донора выявляются в результате медицинского обследования и заносятся в его медицинскую документацию. Размер платы за сдачу крови или ее компонентов представлен в таблице ниже (таблица 9).

Таблица 9

Размер платы по различным видам донаций

Вид донации	Размер платы
за 1 донацию тромбоцитов (процедуру тромбоцитафереза)	35% от действующей на дату сдачи компонента величины прожиточного минимума, установленного в субъекте РФ
за 1 донацию крови в объеме 450 (+/- 10%)мл (редкий фенотип)	8% от действующей на дату сдачи крови величины прожиточного минимума, установленного в субъекте РФ
за 1 донацию плазмы в объеме 600 (+/- 10%) мл (методом аппаратного или двойного плазмафереза)	15% от действующей на дату сдачи компонента величины прожиточного минимума, установленного в субъекте РФ
за одну донацию тромбоцитов в	35% от действующей на дату сдачи крови и (или) ее

Продолжение таблицы 9

объеме, содержащем не менее 200×10^9 клеток тромбоцитов	компонентов величины прожиточного минимума трудоспособного населения, установленной в субъекте РФ
за одну донацию эритроцитов в объеме 400 мл (+/- 10%)	25% от действующей на дату сдачи крови и (или) ее компонентов величины прожиточного минимума трудоспособного населения, установленной в субъекте РФ
за одну донацию лейкоцитов в объеме, содержащем не менее 10×10^9 клеток лейкоцитов	45% от действующей на дату сдачи крови и (или) ее компонентов величины прожиточного минимума трудоспособного населения, установленной в субъекте РФ

Источник: [8]

Рассмотрим тенденцию развития платного донорства в службе крови г. Москвы за 5 лет с 2007 г. по 2011 г. (таблица 10).

Таблица 10

**Безвозмездное и платное донорство крови в г. Москве
за период с 2007 по 2011 гг.**

Показатель	Значение, тыс. чел.	Процентное соотношение, %
2007 год		
Число доноров за плату	16,4	35,3
Число доноров-волонтеров	30,1	64,7
Всего	46,5	100
2008 год		
Число доноров за плату	18,2	31,5
Число доноров-волонтеров	39,5	68,5
Всего	57,7	100
2009 год		
Число доноров за плату	34,9	42,5
Число доноров-волонтеров	47,2	57,5
Всего	82,1	100
2010 год		
Число доноров за плату	37,6	47,1
Число доноров-волонтеров	42,2	52,9

Продолжение таблицы 10

Всего	79,8	100
2011 год		
Число доноров за плату	28,4	38,2
Число доноров-волонтеров	45,9	61,8
Всего	74,3	100

Источник: приложение 7

Для большей наглядности покажем на графике тенденцию развития платного донорства крови в Москве (рис. 15).

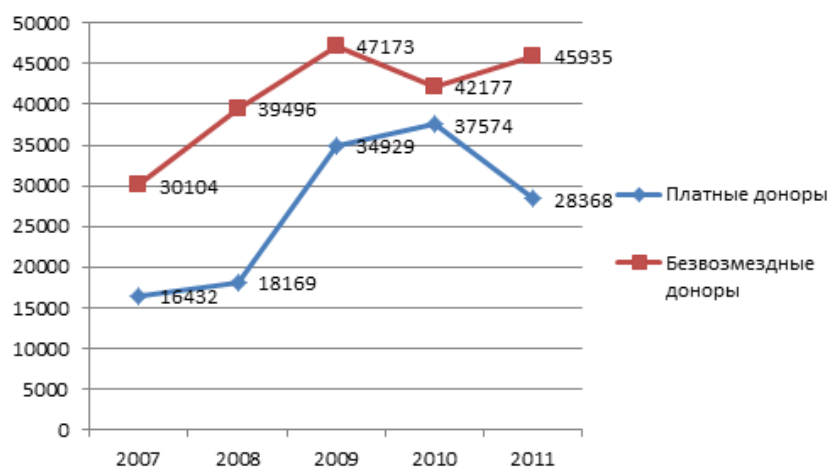


Рис. 15. Тенденция развития платного донорства крови в Москве за период 2007-2011 гг.

Источник: составлено автором

Как видно из таблицы и графика, в рассматриваемый период платное донорство составляло в столице почти половину всех доноров крови.

Если проанализировать платное донорство на Станции переливания крови республики Башкортостан, то там платных доноров практически нет (таблица 11).

Таблица 11

**Безвозмездное и платное донорство крови на Республиканской
СПК за период с 2008 по 2012 гг.**

Показатель	Процентное соотношение, %
2008 год	
Число доноров за плату	0,7
Число доноров-волонтеров	99,3
Всего	100
2009 год	
Число доноров за плату	0,2
Число доноров-волонтеров	99,8
Всего	100
2010 год	
Число доноров за плату	-
Число доноров-волонтеров	100
Всего	100
2011 год	
Число доноров за плату	-
Число доноров-волонтеров	100
Всего	100
2012 год	
Число доноров за плату	-
Число доноров-волонтеров	100
Всего	100

Источник: [111]

Если изучить отчет финансово-хозяйственной деятельности Станции за 2012 год, то в выводе сказано, что Станция выполнила показатели по госзаданию на 102 %, т.е. перевыполнила план [111]. И как видно из таблицы выше, довела показатель по безвозмездному донорству до 100 %.

И в Воронежской области 100 % безвозмездное донорство (таблица 12).

Таблица 12

Безвозмездное и платное донорство крови в Воронежской области

за период с 2010 по 2012 гг.

Показатель	Процентное соотношение, %
2010 год	
Число доноров за плату	-
Число доноров-волонтеров	100
Всего	100
2011 год	
Число доноров за плату	-
Число доноров-волонтеров	100
Всего	100
2012 год	
Число доноров за плату	-
Число доноров-волонтеров	100
Всего	100

Источник: приложения 3, 4

Общие показатели по платному и безвозмездному донорству по России представим в таблице 13.

Таблица 13

**Число платных и безвозмездных доноров крови и ее компонентов
в России в 2011-2012 гг.**

Показатели	Годы			
	2011	Процентное соотношение, %	2012	Процентное соотношение, %
Общее число доноров, чел.	1668775	100	1605768	100
Число доноров за плату, чел.	132474	7,9	151578	9,4
Число доноров-волонтеров, чел.	1536301	92,1	14559553	90,6

Источник: [83]

Платное донорство присутствует там, где есть нехватка донорской крови. Увеличение в 2012 году числа платных доноров по сравнению с 2011 годом объясняется тем, что в соответствии с Приказом Правительства Москвы № 1848 от 23.12.2011 г. «Об утверждении размеров денежной компенсации донорам за сданную кровь и ее компоненты» с 01.01.2012 г. денежная компенсация за сданную кровь и ее компоненты и норма расходов на питание донорам в Москве в целях удовлетворения потребностей учреждений здравоохранения г. Москвы в компонентах крови значительно возросла (например, расходы на питание увеличились в 2 раза).

Но увеличение числа доноров не всегда способствует удовлетворению потребностей учреждений здравоохранения в донорской крови, так как вместе с увеличением числа доноров нередко увеличивается число забракованной крови.

Если в Москве за 2011 год абсолютный брак составил около 3,4 % (где платных доноров было 38,2 %), то в Воронеже – 2,0 % (где платных доноров не было), общий брак по России в 2011 г. – 3,5 % (таблица 14).

Таблица 14

Абсолютный брак донорской крови при платном и безвозмездном донорстве

Москва		Воронеж		Россия	
% платных доноров	38,2	% платных доноров	-	% платных доноров	7,9
Общий брак донорской крови, %	3,4	Общий брак донорской крови, %	2,0	Общий брак донорской крови, %	3,5

Источник: приложения 5, 6

Можно сделать вывод, что необходимо обязательно развивать именно безвозмездное донорство, так как государство, делая выплаты платным донорам, нередко теряет свои деньги. Но платное донорство для нашего населения является определенным видом заработка. И это неудивительно, при нашем социальном положении и заработных платах. Так что наряду с развитием у россиян чувства патриотизма, гуманности и желания помочь другим людям даром необходимо вместе с тем улучшать социальную политику в нашей стране.

2.2 Анализ финансового обеспечения учреждений службы крови в РФ

Как было сказано в главе 1, организационно-экономический принцип работы учреждений службы крови в России основывается на том, что они представлены государственными, муниципальными и ведомственными учреждениями со своими подразделениями, которые получают финансирование из соответствующего бюджета.

Рассмотрим для примера объем финансирования на 2012 г., выделенный станции переливания крови в республике Башкортостан на выполнение государственного задания, и его исполнение (таблица 15). Основные виды деятельности данного государственного учреждения: медицинская и фармацевтическая деятельность, изготовление лекарственных средств (плазма для фракционирования).

Таблица 15

**Доходы ГБУЗ «Станция переливания крови в республике
Башкортостан» в 2012 г., руб.**

Показатели	План	Факт	% исполнения
Средства на выполнение гос. задания	163 119 575	159 273 595,05	97,6
Средства от приносящей доход деятельности	4 032 000	7 168 337,09	177,9
Всего	167 151 575	166 441 932,14	-

Источник: [111]

Из таблицы следует, что Станции переливания крови имеют право так же, как и другие ЛПУ, оказывать платные медицинские услуги в соответствии со ст. 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Это клинико-диагностические и иммунологические исследования крови, реализация негосударственным организациям компонентов и препаратов крови, донорской плазмы, непригодной к переливанию и не востребованной другими ЛПУ. Средства от приносящей доход деятельности по факту составили 4 % от всех доходов.

Проанализируем структуру фактических расходов этой Станции в 2012 г. (таблица 16).

**Структура расходов Станции переливания крови в республике
Башкортостан в 2012 г., руб.**

Показатели	Всего		Бюджет		Средства от приносящей до- ход деятельно- сти	
	Факт	%	Факт	%	Факт	%
Оплата труда	56091916,38	33,6 5	53270900	95,0	2821016,38	5,0
Прочие выпла- ты	68842,91	0,04	58000	84,2	10842,91	15,8
Начисления на оплату труда	16517114,44	9,91	15816225,73	95,8	700888,71	4,2
Услуги связи	203855,01	0,12	163000	80,0	40855,01	20,0
Транспортные услуги	60507	0,04	32000	52,9	28507,00	47,1
Коммунальные услуги	3131702,95	1,88	2888867,88	92,2	242835,07	7,8
Услуги по со- держанию имущества и помещений	2250890,44	1,35	1247750,18	55,4	1003140,26	44,6
Прочие услуги	1887256,42	1,13	1808622,51	95,8	78633,92	4,2
Компенсация донорам	7324939,61	4,39	7324939,61	100,0		0,0

Продолжение таблицы 16

Увеличение стоимости основных средств	88673,21	0,05		0,0	88673,21	100,0
Медикаменты	76044674,63	45,62	74504536,99	98,0	1540137,64	2,0
Продукты питания	51200	0,03	51200	100,0		0,0
Прочие расходы	2768120,57	1,66	2166725,32	78,3	601395,25	21,7
Налоги	185798,85	0,11	174529,27	93,9	11269,58	6,1
Всего	166675492,42	100	159507297,49	95,7	7168194,94	4,3

Источник: [111]

Из таблицы видно, что фактические расходы превысили фактические доходы на 233 560,28 руб. и большая часть затрат приходится на оплату труда и медикаменты. И в основном расходы покрываются из бюджетных средств. Компенсация донорам и расходы на питание – это только бюджетные средства, а покупка оборудования осуществляется за счет средств от приносящей доход деятельности.

Рассмотрим план финансово-хозяйственной деятельности этой Станции на 2013 – 2015 гг. [111]. Также проанализируем структуру доходов и расходов (таблицы 17, 18, 19, 20) и сравним ее по годам.

**План по поступлениям ГБУЗ «Станция переливания крови в республике
Башкортостан» в 2013-2015гг., руб.**

Наименование показателя	Всего	Субсидии	Приносящая доход дея- тельность
2013 год			
Поступления, всего:	248 490 400,00	244 390 400,00	4 100 000,00
в том числе:			
Субсидии на выполнение гос.задания	244 390 400,00	244 390 400,00	
Субсидии на иные цели (це- левые субсидии)	-	-	
Бюджетные инвестиции	-	-	
Поступления от оказания государственным учрежде- нием (подразделением) услуг (выполнения работ), предо- ставление которых для физи- ческих и юридических лиц осуществляется на платной (частично платной) основе	100 000,00		100 000,00
Поступления от иной прино- сящей доход деятельности	4 000 000,00		4 000 000,00
Поступления от реализации ценных бумаг	-		-

2014 год			
Поступления, всего:	268 048 600,00	263 948 600,00	4 100 000,00
в том числе:			
Субсидии на выполнение гос. задания	263 948 600,00	263 948 600,00	
Субсидии на иные цели (целевые субсидии)	-	-	
Бюджетные инвестиции	-	-	
Поступления от оказания государственным учреждением (подразделением) услуг (выполнения работ), предоставление которых для физических и юридических лиц осуществляется на платной (частично платной) основе	100 000,00		100 000,00
Поступления от иной приносящей доход деятельности	4 000 000,00		4 000 000,00
Поступления от реализации ценных бумаг	-		-
2015 год			
Поступления, всего:	275 895 200,00	271 795 200,00	4 100 000,00
в том числе:			
Субсидии на выполнение гос. задания	271 795 200,00	271 795 200,00	
Субсидии на иные цели (целевые субсидии)	-	-	

Продолжение таблицы 17

Бюджетные инвестиции	-	-	
Поступления от оказания государственным учреждением (подразделением) услуг (выполнения работ), предоставление которых для физических и юридических лиц осуществляется на платной (частично платной) основе	100 000,00		100 000,00
Поступления от иной приносящей доход деятельности	4 000 000,00		4 000 000,00
Поступления от реализации ценных бумаг	-		-

Источник: [111]

Изобразим плановые поступления за 2013 – 2015 гг. графически (рис. 16).

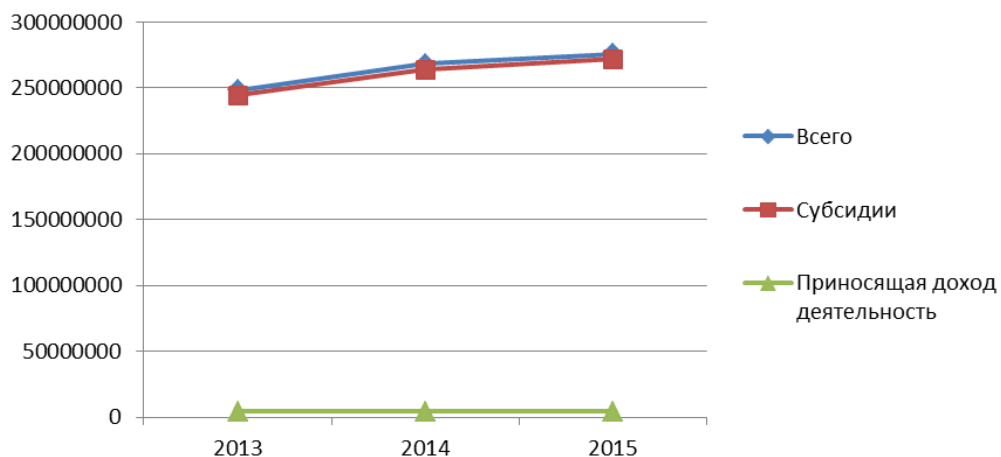


Рис. 16. Плановые показатели по денежным поступлениям Станции переливания крови в республике Башкортостан в 2013 – 2015 гг.

Источник: составлено автором

Из таблицы и рисунка видно, что поступления бюджетных средств на осуществление основной деятельности Станции возрастают с каждым годом.

Теперь рассмотрим, на какие статьи расходов Станция планировала выделять больше денежных средств в 2013, в 2014 и в 2015 гг. (таблицы 18, 19, 20).

Таблица 18

План по расходам ГБУЗ «Станция переливания крови в республике Башкортостан» в 2013 г., руб.

Наименование показателя	Всего	Соотношение расходов %	Субсидии	Приносящая доход деятельность
2013 год				
Выплаты, всего:	248 490 400,00	100	244 390 400,00	4 100 000,00
в том числе:				
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда, всего, из них:	115 119 500,00	46,3	112 671 400,00	2 448 100,00
Заработная плата	88 331 300,00		86 451 100,00	1 880 200,00
Прочие выплаты, всего	112 200,00		112 200,00	
Начисления на выплаты по оплате труда	26 676 000,00		26 108 100,00	567 900,00
Приобретение работ, услуг, всего, из них:	14 718 900,00	5,9	14 046 900,00	672 000,00
Услуги связи	488 100,00		463 100,00	25 000,00
Транспортные услуги	52 000,00		32 000,00	20 000,00
Коммунальные услуги	5 508 500,00		5 481 500,00	27 000,00
Работы, услуги по содержанию имущества, в т.ч.:	4 582 900,00		4 014 900,00	568 000,00

Продолжение таблицы 18

Содержание в чистоте помещений, зданий, дворов, иного имущества	458 400,00		458 400,00	
Текущий ремонт (ремонт)	376 400,00		176 400,00	200 000,00
Капитальный ремонт	200 000,00			200 000,00
Другие расходы по содержанию имущества	3 548 100,00		3 380 100,00	168 000,00
Прочие работы, услуги, из них:	4 087 400,00		4 055 400,00	32 000,00
Услуги по охране (в т.ч. вневедомственной и пожарной)	422 600,00		422 600,00	
Услуги по страхованию	146 600,00		146 600,00	
Услуги в области информационных технологий	226 400,00		226 400,00	
Типографические работы, услуги	177 800,00		177 800,00	
Медицинские услуги и санитарно-эпидемиологические работы и услуги (не связанные с содержанием имущества)	80 200,00		80 200,00	
Иные работы и услуги	3 033 800,00		3 001 800,00	32 000,00
Социальное обеспечение, всего, из них:	9 712 000,00	3,9	9 712 000,00	
Пособия по социальной помощи населению	9 712 000,00		9 712 000,00	
Прочие расходы, всего, из них:	5 882 300,00	2,4	5 782 300,00	100 000,00

Продолжение таблицы 18

Уплата налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, различного рода платежей	27 800,00		22 800,00	5 000,00
Иные расходы, относящиеся к прочим	50 000,00		10 000,00	40 000,00
Расходы по приобретению нефинансовых активов, всего, из них:	103 057 700,00	41,5	102 177 800,00	879 900,00
Основные средства	280 000,00			280 000,00
Материальные запасы	102 777 700,00		102 177 800,00	599 900,00

Источник: [111]

Таблица 19

План по расходам ГБУЗ «Станция переливания крови в республике Башкортостан» в 2014 г., руб.

Наименование показателя	Всего	Соотношение расходов %	Субсидии	Приносящая доход деятельность
2014 год				
Выплаты, всего:	268 048 600,00	100	263 948 600,00	4 100 000,00
в том числе:				
Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда, всего, из них:	134 672 500,00	50,2	132 224 400,00	2 448 100,00
Заработная плата	103 352 100,00		101 471 900,00	1 880 200,00
Прочие выплаты, всего	108 000,00		108 000,00	

Продолжение таблицы 19

Начисления на выплаты по оплате труда	31 212 400,00		30 644 500,00	567 900,00
Приобретение работ, услуг, всего, из них:	14 451 800,00	5,4	13 779 800,00	672 000,00
Услуги связи	478 400,00		453 400,00	25 000,00
Транспортные услуги	50 000,00		30 000,00	20 000,00
Коммунальные услуги	5 477 400,00		5 450 400,00	27 000,00
Работы, услуги по содержанию имущества, в т.ч.:	4 474 400,00		3 906 400,00	568 000,00
Содержание в чистоте помещений, зданий, дворов, иного имущества	440 700,00		440 700,00	
Текущий ремонт (ремонт)	371 900,00		171 900,00	200 000,00
Капитальный ремонт	200 000,00			200 000,00
Другие расходы по содержанию имущества	3 461 800,00		3 293 800,00	168 000,00
Прочие работы, услуги, из них:	3 971 600,00		3 939 600,00	32 000,00
Услуги по охране (в т.ч. вневедомственной и пожарной)	396 200,00		396 200,00	
Услуги по страхованию	137 500,00		137 500,00	
Услуги в области информационных технологий	212 300,00		212 300,00	
Типографические работы, услуги	166 700,00		166 700,00	
Медицинские услуги и санитарно-эпидемиологические работы и услуги (не связанные с содержанием имущества)	75 200,00		75 200,00	

Продолжение таблицы 19

Иные работы и услуги	2 983 700,00		2 951 700,00	32 000,00
Социальное обеспечение, всего, из них:	9 712 000,00	3,6	9 712 000,00	
Пособия по социальной помощи населению	9 712 000,00		9 712 000,00	
Прочие расходы, всего, из них:	6 825 700,00	2,5	6 725 700,00	100 000,00
Уплата налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, разного рода платежей	6 775 700,00		6 715 700,00	60 000,00
Иные расходы, относящиеся к прочим	50 000,00		10 000,00	40 000,00
Расходы по приобретению нефинансовых активов, всего, из них:	102 386 600,00	38,2	101 506 700,00	879 900,00
Основные средства	280 000,00			280 000,00
Материальные запасы	102 106 600,00		101 506 700,00	599 900,00

Источник: [111]

Таблица 20

План по расходам ГБУЗ «Станция переливания крови в республике Башкортостан» в 2015 г., руб.

Наименование показателя	Всего	Соотношение расходов %	Субсидии	Приносящая доход деятельность
2015 год				
Выплаты, всего:	275 895 200,00	100	271 795 200,00	4 100 000,00
в том числе:				

Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда, всего, из них:	139 454 400,00	50,5	137 006 400,00	2 448 000,00
Заработная плата	107 024 900,00		105 144 700,00	1 880 200,00
Прочие выплаты, всего	108 000,00		108 000,00	
Начисления на выплаты по оплате труда	32 321 500,00		31 753 700,	567 800,00
Приобретение работ, услуг, всего, из них:	14 688 800,	5,3	14 016 800,00	672 000,00
Услуги связи	478 400,00		453 400,00	25 000,00
Транспортные услуги	50 000,00		30 000,00	20 000,00
Коммунальные услуги	5 714 400,00		5 687 400,00	27 000,00
Работы, услуги по содержанию имущества, в т.ч.:	4 474 400,00		3 906 400,00	568 000,00
Содержание в чистоте помещений, зданий, дворов, иного имущества	440 700,00		440 700,00	
Текущий ремонт (ремонт)	371 900,00		171 900,00	200 000,00
Капитальный ремонт	200 000,00			200 000,00
Другие расходы по содержанию имущества	3 461 800,00		3 293 800,00	168 000,00
Прочие работы, услуги, из них:	3 971 600,00		3 939 600,00	32 000,00
Услуги по охране (в т.ч. вневедомственной и пожарной)	396 200,00		396 200,00	
Услуги по страхованию	137 500,00		137 500,00	
Услуги в области информационных технологий	212 300,00		212 300,00	
Типографические работы, услуги	166 700,00		166 700,00	

Продолжение таблицы 20

Медицинские услуги и санитарно-эпидемиологические работы и услуги (не связанные с содержанием имущества)	75 200,00		75 200,00	
Иные работы и услуги	2 983 700,00		2 951 700,00	32 000,00
Социальное обеспечение, всего, из них:	9 712 000,00	3,5	9 712 000,00	
Пособия по социальной помощи населению	9 712 000,00		9 712 000,00	
Прочие расходы, всего, из них:	5 570 000,00	2,0	5 470 000,00	100 000,00
Уплата налогов (включаемых в состав расходов), государственных пошлин и сборов, разного рода платежей	5 520 000,00		5 460 000,00	60 000,00
Иные расходы, относящиеся к прочим	50 000,00		10 000,00	40 000,00
Расходы по приобретению нефинансовых активов, всего, из них:	106 470 000,00	38,6	105 590 000,00	880 000,00
Основные средства	280 000,00			280 000,00
Материальные запасы	106 190 000,00		105 590 000,00	600 000,00

Источник: [111]

Представим процентное соотношение статей расходов по годам на графике (рис. 17).

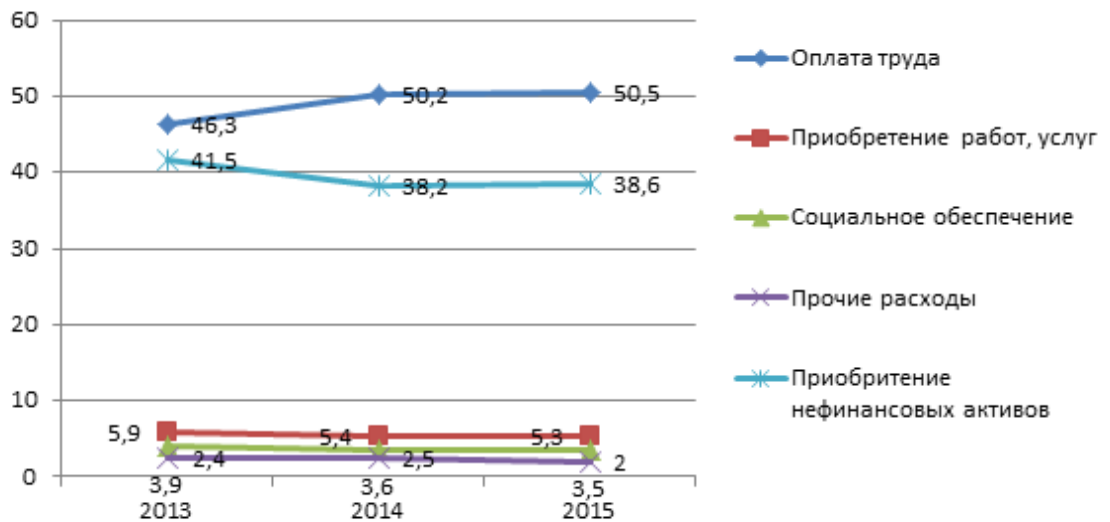


Рис. 17. Процентное соотношение статей расходов по годам

Источник: составлено автором

Из таблиц и графика видно, что руководство Станции планирует увеличить расходы на оплату труда и уменьшить приобретение нефинансовых активов, остальные статьи расходов остаются приблизительно на одном уровне.

Если рассмотреть план по финансовому обеспечению Станций переливания крови в России на период с 2012 по 2015 гг., то размер бюджетных ассигнований на выполнение расходных обязательств РФ в сфере заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов характеризуются нижеприведенными данными (таблица 21).

Таблица 21

Исполнение расходных обязательств РФ в сфере заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и её компонентов

Показатель	2012 г. млн. руб.	2013 г.		2014 г.		2015 г.	
		млн. руб.	Изменения к предыдущему году, %	млн. руб.	Изменения к предыдущему году, %	млн. руб.	Изменения к предыдущему году, %
Подраздел «Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов» всего	7 067,0	6 811,9	96,4	6 828,8	100,2	2080,9	30,5
в том числе:							
Обеспечение выполнения функций государственными органами, казенными учреждениями (без учета ФЦП)	2 259,0	1 500,0	66,4	1 500,0	100,0		
Межбюджетные трансферты (без учета ФЦП)	2 550,0	2 805,0	110,0	2 570,0	91,6		
Предоставление субсидий федеральным, бюджетным, автономным учреждениям и иным некоммерческим организациям (без учета ФЦП)	2 258,0	2 506,9	111,0	2 758,8	110,0	2 080,9	75,4

Источник: [4]

Также были предусмотрены дополнительные бюджетные средства в размере 2 300 млн. рублей ежегодно на строительство в 2013 - 2015 годах завода по изготовлению препаратов крови в г. Кирове.

Из таблицы следует, что величина бюджетных ассигнований на заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов становится меньше к 2015 году в сравнении с 2012 годом. Причиной этому служит то, что финансирование большинства мероприятий национального проекта "Здоровье" (в том числе связанных с развитием службы крови) с 1 января 2015 года осуществляется посредством денежных поступлений из ТФОМС [3] в соответствии с внесенными изменениями в Федеральный закон № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" [10].

Таким образом, Станциям, наоборот, нужно развивать деятельность, приносящую им доход, а не рассчитывать на бюджетные средства. Тем более, исходя из соотношения доходов и расходов Станции переливания крови в республике Башкортостан в 2012 г., денежного финансирования из бюджета не хватает, а с каждым годом расходы растут быстрее, чем размеры субсидий.

Также для того, чтобы Станции не были ограничены в своих возможностях закупать новое оборудование, другие нефинансовые активы, осуществлять определенные виды работ и услуг, стимулировать своих работников, они должны учиться зарабатывать деньги, например, через систему ОМС, т.е. основным источников финансирования должны стать средства ОМС. Это так же позволит сделать работу Станций более эффективной.

ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФОРМ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ СЛУЖБЫ КРОВИ В РОССИИ

3.1 Организационно-экономическая стратегия по пропаганде донорства, направленная на увеличение волонтерских донорских кадров в стране

Вопросы донорства относятся к важной социальной проблеме. Если говорить об ответственности общества перед государством и граждан друг перед другом, то по количеству доноров можно судить об уровне развития этого общества, его моральных и нравственных качествах. Поэтому во многих развитых странах донорство крови развивается исключительно на добровольном, гуманном, бескорыстном выполнении своего гражданского долга перед государством и другим человеком. В мировом сообществе донорство представляется как моральная обязанность здоровых людей по отношению к больным [21], а снабжение лечебных учреждений донорской кровью и ее компонентами полностью зависит от уровня развития волонтерского донорского движения [72], наличия постоянных кадровых доноров. Такой подход отвечает требованиям Международной Организации Здравоохранения, Европейского Совета, Международной Федерации Красного Креста и Международного Общества по переливанию крови, так как основан на этических нормах и социальной справедливости. Поэтому донорство в России не должно строиться на принципе платности.

Однако медработники и специалисты учреждений службы крови понимают, что сдача крови или ее компонентов является определенной нагрузкой на организм. В связи с этим у доноров сначала берется кровь на исследование с целью выявить возможность быть донором, проводится осмотр у терапевта. Только после проведенного обследования донор может сдавать кровь. После донации медработники также следят за состоянием

донора, дают рекомендации по быстрому восстановлению организма после сдачи крови, а при необходимости готовы оказать ему первую помощь [70] [34] [96] [104] [105].

Также важно не лишать сразу возможности стать донором людей, у которых показатели крови имеют незначительные отклонения от норм. Необходимо назначать лечение таким лицам с целью последующего у них забора крови. Например, доноры, которые имеют низкий уровень гемоглобина, от числа всех отведенных доноров составляют около 16 %. Если назначить определенную терапию препаратами железа, то таким образом можно вернуть к донорству где-то 9,5 % доноров [103].

Для построения эффективной политики по привлечению доноров полезным становится проведение опроса по исследованию мотивации к донорству и определение социального портрета донора в различных субъектах РФ, т.к. он может отличаться в зависимости от региона. Определение социального портрета необходимо для того, чтобы понять на какую часть населения больше всего действуют информационно-просветительские мероприятия, пропаганде какой части населения надо уделить большее внимание. Социальный портрет формируется под воздействием различных факторов: социальных, профессиональных, моральных, демографических и т.д. [85].

Рассмотрим социальный портрет донора в Перми. Было опрошено 3700 доноров и проведен анализ карт доноров, которые участвовали в сдаче крови и ее компонентов в Пермском НПО «Биомед» и на выездах за период 2006 – 2011 гг. [66]

В ходе проведенного исследования было установлено, что 53 % доноров крови и ее компонентов – это женщины и чуть меньше составило мужское население - 47 %.

По возрастному критерию все доноры были разделены на 6 групп. Результаты опроса представим в таблице 22.

Таблица 22

**Сравнительный анализ принадлежности доноров по половому,
возрастному и профессиональному критериям отбора**

Пол/возраст	Показатель, %				
	Профессия				
	безработный	рабочий	служащий	студент	Итого (пол/возраст)
Женский	14,59	27,30	10,00	1,35	53,24
18-20	0,27	0,54	-	0,81	1,62
21-30	2,16	5,68	0,54	0,54	8,92
31-40	4,86	9,46	4,05	-	18,38
41-50	3,51	7,57	4,32	-	15,41
51-60	3,51	4,05	1,08	-	8,65
61 и старше	0,27	-	-	-	0,27
Мужской	11,62	30,00	4,05	1,08	46,78
18-20	1,08	0,81	-	0,81	1,89
21-30	1,62	6,22	1,08	0,27	9,73
31-40	2,70	10,27	2,16	-	15,14
41-50	4,59	8,65	0,27	-	13,78
51-60	1,62	4,05	0,54	-	6,22
Итого (профессия)	26,22	57,30	14,05	2,43	100,00

Источник: [66]

Из таблицы видно, что подавляющее число доноров составляют люди, находящиеся в возрасте от 31 года до 50 лет (63 %), при этом преобладают женщины, тогда как группа людей, находящихся в возрасте от 18 до 30 лет, представлена в основном мужчинами (рис. 18).

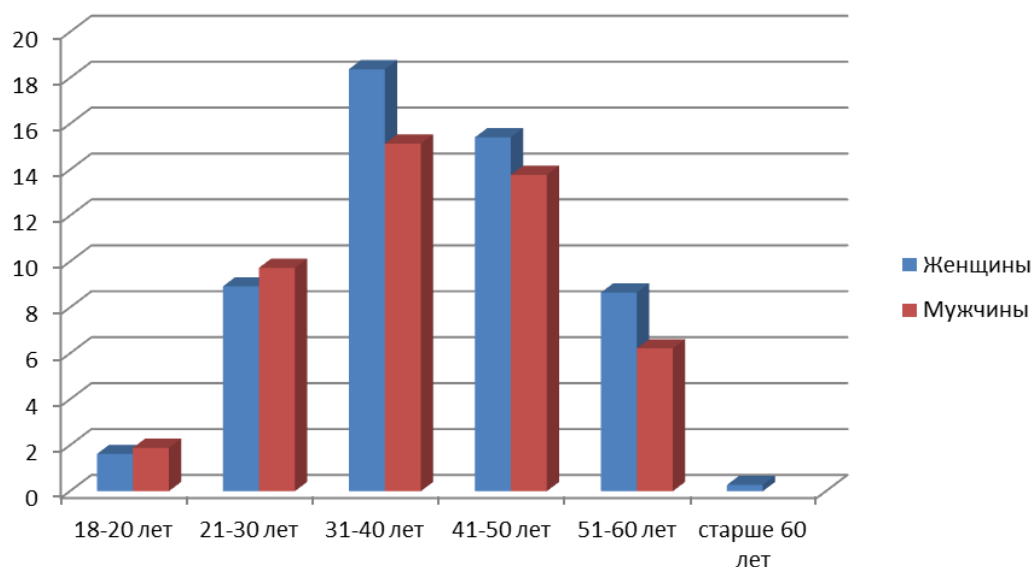


Рис. 18. Половозрастная структура доноров, %

Источник: [66]

Если рассматривать профессиональную принадлежность доноров с учетом пола и возраста, то мы видим, что в группе рабочих доминируют мужчины в возрасте от 31 до 40 лет (10,27% всех доноров), женщины в этой профессиональной и возрастной категории составили 9,46 %. Служащие мужчины и женщины от 31 до 40 лет составили 4,05 % и 2,16 % соответственно. Безработные женщины в возрасте от 31 до 40 лет – 4,86 %, безработные мужчины – 4,59 %, но только в возрастной категории от 41 до 50 лет. Как ни странно, но самыми немногочисленными среди доноров выступают студенты – всего 2,43 %, при этом среди них женщин и мужчин от 18 до 20 лет по 0,81 % (рис. 19).

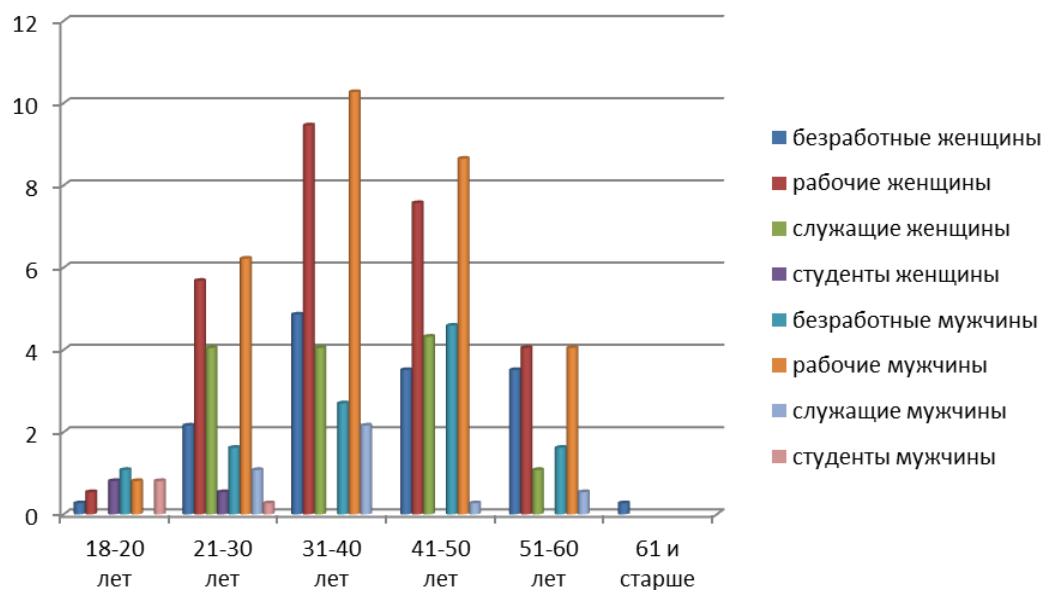


Рис. 19. Половозрастная структура доноров по профессиональной принадлежности, %

Источник: [66]

Для постоянного удовлетворения нужд больниц в донорской крови и непрерывного изготовления препаратов крови важно наличие постоянных (кадровых) доноров, которые сдают кровь довольно часто и с приблизительно одинаковой периодичностью. Поэтому была проанализирована продолжительность донорского стажа. Были выделены 3 группы: доноры, чей стаж по сдаче крови составляет от 0 до 5 лет, вторая группа – лица, чей донорский стаж составляет от 5 до 10 лет, и третья группа – лица, чей донорский стаж составляет от 10 лет и более.

Как показало исследование, большинство доноров имеют стаж до 5 лет (62 % всех доноров). Сюда входят первичные доноры – 9 %, активные доноры – 41 % и доноры резерва – 11 %. 21 % составили доноры со стажем от 5 до 10 лет. Доноры с донорским стажем более 10 лет составили 18 %, из них 16 % - это активные доноры и 2 % - это доноры резерва. В общем, первичные доноры составили 9 % от общего числа доноров, 76 % - активные доноры и 15 % - доноры резерва. Таким образом, основной категорией

доноров явились люди, имеющие донорский стаж менее 5 лет, но при этом большинство из них – это активные доноры, сдающие кровь более 3-х раз в год.

Из вышеприведенного исследования получается, что социальный портрет донора в Перми выглядит следующим образом: это женщина в возрасте от 31 до 50 лет, которая работает и имеет удовлетворительное материальное состояние, без вредных привычек, являющаяся кадровым донором, но участвующая в донациях менее 5 лет. Мотивацией к донорству служат альтруистические и материальные позиции.

В столице социальный портрет донора отличается. В настоящее время большинство доноров сейчас представлено преимущественно мужской частью населения (73,3%) [57]. По роду занятий: 58,3 % - студенты, 29 % - рабочие и служащие, 8,7 % - домохозяйки и безработные, меньше всего среди доноров руководителей каких-либо организаций (2,7 %) и пенсионеров (1,3 %) (рис. 20). Семейное положение около 2/3 опрошенных людей (70,7 %) холостое.

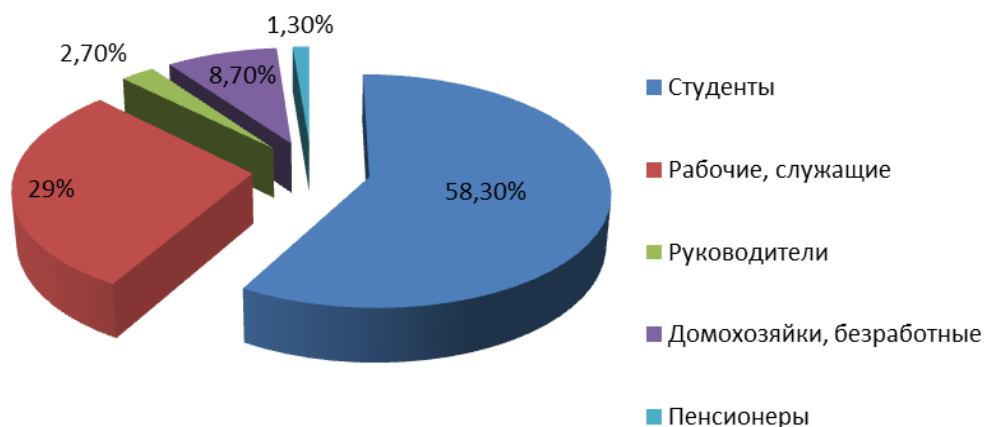


Рис. 20. Распределение доноров службы крови Департамента здравоохранения г. Москвы по роду занятий, %

Источник: [57]

По уровню образования доноры распределились следующим образом: самая малочисленная группа – это доноры с высшим образованием (10 %), большую часть респондентов составили люди со средним и средним специальным образованием 68,3 %, из них 6 % имеют незаконченное среднее образование и меньше четверти опрошенных (21,7%) - незаконченное высшее (рис. 21).

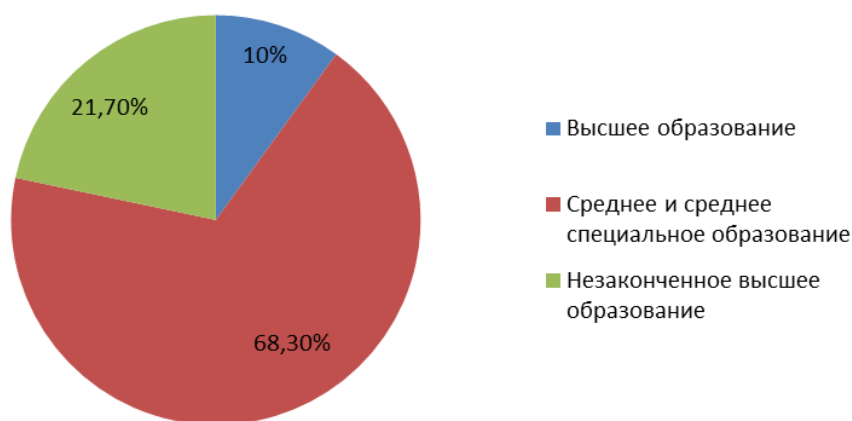


Рис. 21. Дифференциация доноров крови Москвы и Московской области по уровню образования

Источник: [57]

Если проанализировать активность доноров, то можно отметить практически равные доли (по 1/5 от общего числа доноров) между кадровыми и первичными донорами – 21 % и 21,3 % соответственно. Люди, проводящие донации раз в несколько лет или пришедшие на кроводачу 2-ой раз в жизни, занимают 2/3 от всего донорского контингента – 28,7 % и 29 % соответственно. Получается, что регулярными донорами столицы является лишь пятая их часть.

Из числа остальных дифференциация респондентов следующая: доноры, готовые к постоянным кроводачам (3 и более раз в год) – больше половины (60,7 %), 26,5 % пока не определились и 12,8 % отказались вовсе от дальнейшего участия в донациях (рис. 22).

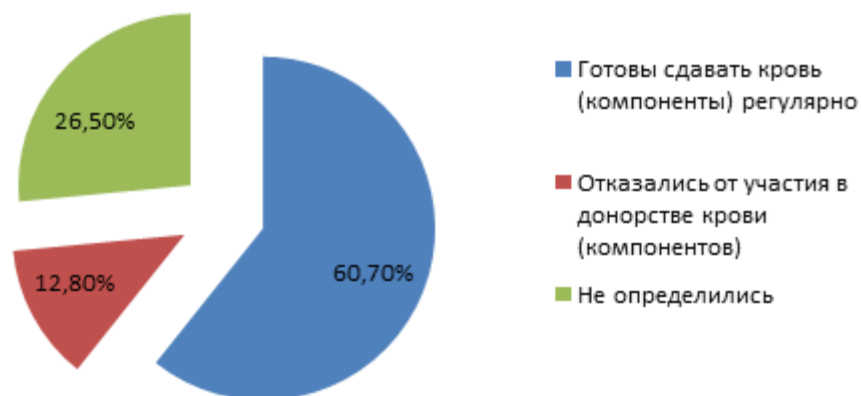


Рис. 22. Готовность доноров учреждений службы крови ДЗМ быть кадровыми донорами

Источник: [57]

Таким образом, социальным портрет столичного донора выглядит следующим образом – это студент с незаконченным высшим или средним профессиональным образованием, который сдает кровь раз в несколько лет.

В Москве основным фактором, побуждающим население становиться донором крови, является желание помочь больному (56 %). На втором месте стоит такой фактор, как материальная заинтересованность (33,8 % респондентов), и лишь 5 % ответили, что донором быть престижно. Остальные опрошенные пришли в донорство крови по различным причинам: пример друзей, знакомых, простое любопытство, повлиял личный опыт (столкнулись с необходимостью переливания крови сами или члены семьи), проверить состояние здоровья (5,2 %) (рис. 23).

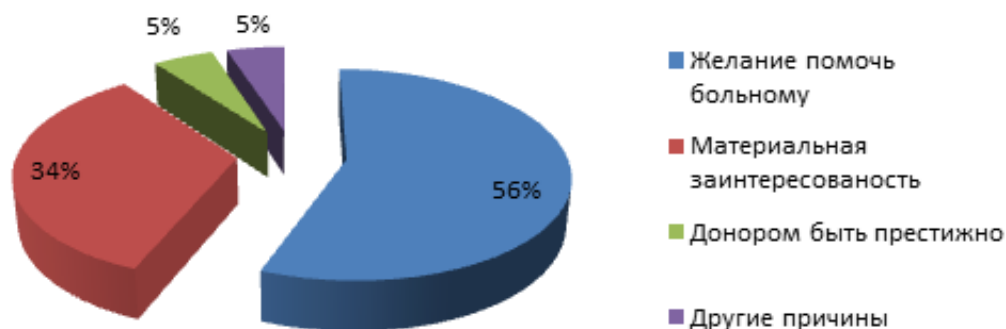


Рис. 23. Факторы, побуждающие население столицы становиться донорами и сдавать кровь

Источник: [57]

Данный факт свидетельствует о том, что идея донорства в общественном сознании по-прежнему легка для восприятия, до сих пор люди руководствуются таким понятием как «милосердие».

Рассмотрим теперь, что, по мнению людей, может повлиять на рост кадрового донорского потенциала и какие проблемные вопросы ставят перед собой люди, которые идут на кроводачу (рис. 24, 25).



Рис. 24. Что, по мнению людей, может повлиять на увеличение количества кадровых доноров

Источник: [57]



Рис. 25. Приемлемые формы вознаграждения донорам крови и ее компонентов

Источник: [57]

Подавляющее большинство респондентов ответили, что материальное вознаграждение донору должно быть обязательно. При этом если рассматривать льготы, то 36 % предлагают их на оплату услуг ЖКХ, 28 % - на оказание медицинской помощи.

Значение государства в решении проблемы нехватки донорской крови и ее компонентов определяется следующим образом. Меньше половины опрошенных (46,7 %) считают, что уровень имеющейся рекламы и пропаганды донорства посредством СМИ не достаточен, необходимо сделать его более масштабным. 26,7 % выступают за расширение возможностей льготного муниципального обслуживания по месту жительства. Немаловажная роль, по мнению анкетированных, должна отводиться регулярному проведению донорских акций (Дней донора) по месту работы и учебы. 13,3 % выступает за увеличение их числа и большое разнообразие участвующих в этом учреждений.

Практически равные доли поделили между собой выступающие за расширение проектов, направленных на безвозмездное донорство – 3,3 %, и

сторонники популяризации платы за сданную кровь или ее компоненты – 3,7 %.

Пересмотр организации работы учреждений службы крови столицы (расширение сети пунктов сдачи и изменение режима их работы) необходим – считают 6 % опрошенных. И лишь малая доля (0,3 %) отводит место развитию донорского движения посредством привлечения населения известными личностями, предполагая их участие в агитационно-пропагандистских кампаниях и сдачах крови или ее компонентов (рис. 26).

Что касается, режима работы и расширения сети пунктов сдачи крови, то было проведено исследование [41], в ходе которого было выявлено, что если перевести работу учреждений службы крови на 6-дневную рабочую неделю и/или сделать график работы, например, до 20 часов вечера, то количество доноров сразу возрастет за счет работающего населения. 52,3 % учреждений службы крови работают по 5-дневной рабочей недели и лишь 1,6% - по 6-дневной. Также процент учреждений, принимающих доноров после 14 часов, всего около 12,9 %, 30 % учреждений в стране принимают доноров до 12 часов.

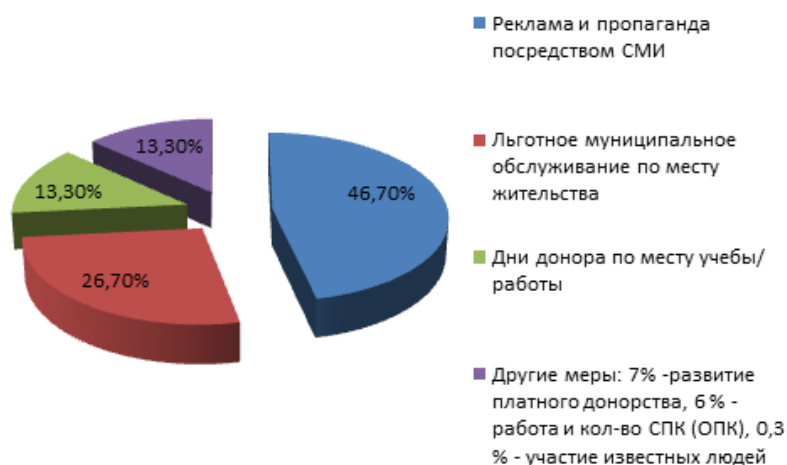


Рис. 26. Необходимые государственные меры, направленные на решение проблемы нехватки донорской крови и ее компонентов, по мнению анкетированных доноров

Источник: [57]

Условия в учреждениях переливания крови, созданные для доноров, половина опрошенных отметили как удобные и комфортные. Расположение пунктов сдачи крови (СПК и ОПК) приблизительно равное количество испытуемых считают неудобным (24%), а ожидание в очереди на проведение донации слишком продолжительным (24 %). Лишь 2 % анкетированных отметили грубость персонала СПК и не совсем удобный график работы учреждений.

Проанализируем информированность населения столицы о проблеме донорства крови и источники получения этой информации (рис. 27, 28).

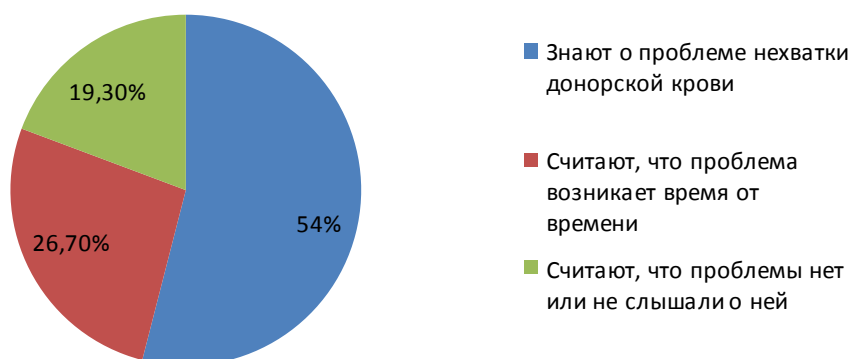


Рис.27. Информированность населения столицы по поводу существующей проблемы донорства крови и ее компонентов

Источник: [57]

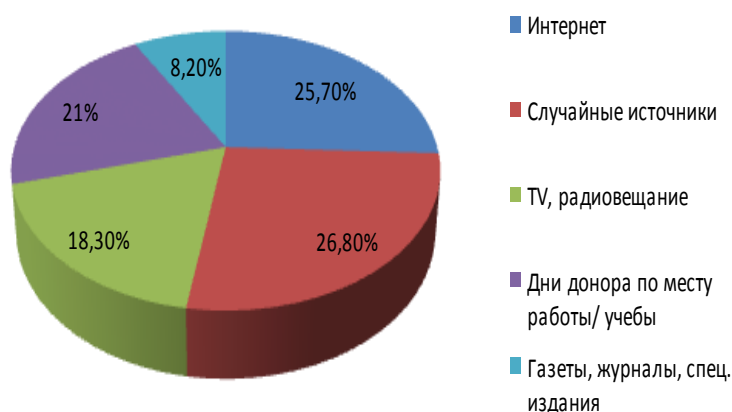


Рис. 28. Источники информации о донорстве крови (компонентов) в г. Москве

Источник: [57]

Таким образом, для развития безвозмездного донорства необходимо развивать политику по его пропаганде. Почти половина населения не знает о проблеме донорства крови, а если и узнаёт, то случайным образом.

Привлечение доноров крови в столице отличается от региональной политики. Как выше было сказано, это связано с нехваткой донорской крови в Москве из-за большого числа медицинских учреждений, куда эта кровь поставляется. Поэтому Департаменту здравоохранения г. Москвы приходится привлекать доноров и за денежную компенсацию. Несмотря на то, что она не предусмотрена ФЗ № 125-ФЗ, действуют приказы Министерства здравоохранения РФ, предусматривающие случаи платных донаций. И в Москве для многих людей это служит одним из главных стимулов на пути к донорству, так как цены в столице одни из самых высоких.

Если Станции перевести на систему обязательного медицинского страхования, то их активность в области разработки политики по пропаганде донорства увеличится, так как донорская кровь является основным расходным материалом при заготовке компонентов и изготовлении препаратов крови, поэтому они будут заинтересованы в большей пропаганде.

Политика по пропаганде волонтерского донорского движения должна проводиться при поддержке государства, поэтому организационно-экономическая стратегия может быть следующей.

1. Отмена платного донорства и развитие льготной политики для стимулирования регулярного контингента доноров. В качестве желаемой формы вознаграждения большинство респондентов (рис. 25) высказались за льготы, поэтому с учетом российских социальных условий целесообразно развивать льготную политику. Например, ввести единоразовые льготы на оплату коммунальных услуг или предоставлять единоразовые льготы на получение медицинской помощи (например, оказание платных медицинских услуг в государственных медицинских учреждениях со скидкой), или единоразовые льготы при пользовании городским транспортом и пр. Льготы

должны получать не только почетные доноры. Должна быть разработана таблица льгот в зависимости от количества донаций. Государственным органам необходимо обеспечить контроль и субсидирование выполнения льготных обязательств.

2. Увеличить информированность населения о проблемах донорства через СМИ: распространять буклеты в торговых центрах, вставлять ролики с социальной рекламой по телевидению, радио, в Интернете (в социальных сетях и на других электронных ресурсах, где много молодежи). Для каждой Станции создать свой интернет-сайт, где размещать информацию о необходимой потребности конкретного региона в донорской крови.

3. Активно проводить Дни донора в различных организациях. Доводить до руководства различных фирм и крупных предприятий о существующих проблемах в службе крови, чтобы те охотнее отпускали своих сотрудников для сдачи крови на СПК и ОПК.

4. Давать рекомендации и назначать бесплатное лечение лицам, чьи показатели крови незначительно отличаются от требуемых норм, с целью дальнейшей возможности стать донором.

5. За счет государственных денежных средств или за счет средств ОМС обеспечить доноров сбалансированным питанием перед донацией и после нее для восстановления физических сил организма. Например, предоставлять бесплатное питание донорам в столовой на территории СПК или ОПК (соответственно, создать эти столовые), либо в близлежащих организациях общественного питания, которые сотрудничают на договорной основе с СПК или ОПК.

6. Активизировать работу некоммерческих организаций по пропаганде донорства (основной такой организацией является Российский Красный Крест). Подключить к пропаганде донорства в помощь СПК новые некоммерческие организации. Сегодня в донорском движении активно участвуют порядка 20 некоммерческих организаций по всей России.

7. Оптимизировать режим работы учреждений службы крови: продлить работу учреждений службы крови, например, до 20.00 и/или сделать 6-дневную рабочую неделю.

8. Внедрять бенчмаркинг в работу учреждений службы крови, т.е. перенимать опыт у успешно работающих зарубежных центров крови, например, открывать стационарные донорские пункты вне медицинских организаций, в местах общественного доступа.

9. Активно использовать информационные технологии: часть отношений с потенциальными донорами осуществлять посредством Интернета (например, организовывать запись на донацию); заменить существующие программы отчетности на более современные, позволяющие проводить анализ и обеспечивающие оперативность работы.

10. Уменьшить число платных доноров во многом поможет развитие социальной политики в нашей стране, увеличение заработных плат, повышение уровня жизни. Таким образом, работа по пропаганде донорства должна идти параллельно с развитием социальной политики.

Политика должна быть направлена на интенсивное развитие пропаганды донорства, она должна мотивировать население на безвозмездное донорство. Тогда денежные средства из государственного бюджета будут выделяться не на оплату донаций, а на развитие политики по пропаганде безвозмездного донорства.

3.2 Организационно-экономическая форма оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ

Составной частью социального страхования является обязательное медицинское страхование, которое дает возможность населению получить необходимую медицинскую помощь при возникновении страхового случая [36].

Важнейшими элементами финансового механизма ОМС в РФ являются:

- базовая программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинских услуг;
- система медицинских стандартов;
- порядки оказания медицинской помощи;
- федеральный подушевой норматив финансовых затрат на оплату бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека в год;
- одноканальная система финансирования;
- тарифы оплаты медицинской помощи;
- тарифы страхового взноса на ОМС [65].

Базовая программа ОМС устанавливает единые требования к территориальным программам ОМС и утверждается Правительством РФ. Обязательное требование для всех территориальных программ – перечень заболеваний, виды и объем медицинской помощи в территориальной программе ОМС не могут быть меньше, чем в Базовой программе. Они могут только корректироваться.

Система медицинских стандартов – это усредненный для однородной группы больных норматив, который устанавливает медицинские манипуляции и средства лечения при соответствующем заболевании. На основании стоимости услуг, цен на лекарства и прочих компонентов лечения просчитывается стоимость стандарта, т.е. усредненная стоимость лечения определенного заболевания. Зная показатель заболеваемости конкретным видом заболевания, можно рассчитать стоимость лечения всех больных этим заболеванием в стране или в отдельном регионе.

Порядки оказания медицинской помощи – это рекомендованная последовательность оказания медицинской помощи пациенту – от получения полиса ОМС до окончательной реабилитации больного. Это обязательные требования к ЛПУ и стандарты их оснащения. Кроме того, порядки

закрепляют временные периоды, в рамках которых помощь можно считать своевременной.

Для каждого ЛПУ также прописаны свои стандарты оснащения медицинским оборудованием, штатное расписание. Такие порядки формируют единые направления развития каждого медицинского профиля, помогают в лицензировании медицинской деятельности ЛПУ [65].

Федеральный подушевой норматив финансовых затрат на оплату бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека в год. Это расчетная величина, которая должна рассчитываться как частное от деления запланированного объема финансирования Программы государственных гарантий (ПГГ) на общую численность населения в стране. Запланированный объем должен предусматривать сбалансированный объем и потребность в ресурсах исходя из потребности населения и возможности (степени) ее удовлетворения.

Общий объем финансирования Программы – это сумма средств, утвержденная в консолидированном бюджете страны на ПГГ бесплатной медицинской помощи, и планируемая сумма страховых взносов на ОМС на предстоящий год. Последняя составляющая определяет объем и долю финансирования Базовой программы ОМС в ПГГ.

Одноканальная система финансирования предполагает объединение и целевое использование всех средств, предназначенных для финансирования медицинских услуг по Базовой программе ОМС, в территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Из ТФОМС через систему страховых медицинских организаций (СМО) финансируются медицинские организации за предоставление застрахованным гражданам медицинских услуг. Одноканальная система финансирования является ключевым звеном построения централизованной системы управления в здравоохранении страны.

С 2009 г. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) начал мониторинг перехода регионов на одноканальное

финансирование. Эксперимент с одноканальным финансированием позволил законодательно закрепить ряд норм, позволяющих распространить его на все регионы. К ним относятся следующие новации:

- изменение статуса платежей за неработающих граждан, которые приобрели статус страховых взносов, что важно для всей системы учета и бюджетирования ОМС;
- расширение статей расходов на медицинские услуги, финансируемых за счет средств ОМС;
- закрепление ответственности по реализации территориальной программы ОМС за органами власти субъекта РФ.

Медицинским организациям, безусловно, выгодно работать по одноканальной системе, когда покрываются все расходы из одного источника. Но одноканальная система, как и любая другая, не решает проблему сбалансированности потребности в ресурсах с бюджетными возможностями большинства субъектов РФ. В среднем в 2009 г. дефицит средств ТФОМС по стране составил 28,4 %.

Тарифы оплаты медицинской помощи. Оплату медицинским организациям за оказанную застрахованным гражданам медицинскую помощь осуществляют СМО, работающие с медицинскими организациями на территории субъекта РФ. В случае отсутствия СМО оплату услуг медицинских организаций осуществляет ТФОМС.

С 1 января 2011 г. по 31 декабря 2012 г. в тариф на оплату медицинской помощи Базовой программы ОМС было разрешено включать расходы:

- на оплату труда (или их часть) и начисления на выплаты по оплате труда;
- на оплату услуг связи;
- на оплату транспортных и коммунальных услуг;
- на оплату работ и услуг, связанных с содержанием имущества;
- на оплату арендной платы за использование имущества;
- на оплату программного обеспечения;

- на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ;
- прочие издержки;
- на приобретение оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей за единицу [87, п 2, ч. 3, ст.51].

С 1 января 2013 г. осуществляется финансирование за счет средств ОМС скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) [86, п.5, ст.51].

С 1 января 2015 г. за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи [86, п.6, ст.51].

Тарифы страхового взноса на ОМС. Тариф страхового взноса на ОМС устанавливается федеральным законом о бюджете ФФОМС ежегодно. Ставка тарифа для всех субъектов Федерации всегда устанавливалась и устанавливается единая, вне зависимости от факторов, влияющих на уровень региональной потребности в медицинской помощи всех застрахованных.

В соответствии с положениями ст.58.2 закона №212-ФЗ (а также - ст.33.1 закона №167-ФЗ) тариф страховых взносов в ФФОМС составляет 5,1 % в пределах установленной предельной величины базы для начисления страховых взносов.

База для начисления страховых взносов в отношении каждого физического лица устанавливается Постановлениями Правительства РФ. В 2014г. она составила 624 000 руб.[7].

Одноканальное финансирование необходимо для того, чтобы:

- 1) сформировать единую систему финансирования учреждений здравоохранения;
- 2) стимулировать работу медицинского персонала через организацию системы оплаты труда, так как в случае системы страхования заработная плата медицинского персонала зависит от выполненных объемов и качества оказания медицинской помощи;

3) сократить неэффективные расходы посредством повышения эффективности управления ресурсами государственных учреждений здравоохранения;

4) осуществить внедрение полноценного страхования здоровья граждан.

Основные методы оплаты медицинских услуг:

1) оплата детальных медицинских услуг (комплексные – посещение врача, простые - лабораторные исследования, процедуры);

2) сметное финансирование;

3) оплата по законченному случаю лечения;

4) финансирование по подушевому принципу.

Рассмотрим достоинства и недостатки каждого метода (таблица 23).

Таблица 23

Достоинства и недостатки основных методов оплаты медицинских услуг

Метод	Достоинства	Недостатки
Оплата детальных медицинских услуг	1) заинтересованность медицинских работников в оказании максимального объема услуг каждому пациенту; 2) стимулирует оказание медицинской помощи максимальному числу пациентов; 3) возможность предоставления детальной информации об объеме и структуре услуг; 4) позволяет напрямую увязать объем оказанной медицинской помощи с полученными ресурсами; 5) существует прямая зависимость дохода от объема деятельности; 6) простота расчета с ЛПУ	1) нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья пациентов через профилактическую работу; 2) отсутствие стимулов в эффективном использовании финансовых ресурсов; 3) превышение оптимального объема оказываемых медицинских услуг; 4) трудности планирования общего объема расходов, который заранее непредсказуем; 5) нет экономической взаимосвязи с другими этапами помощи; 6) большой объем данных об оказанных услугах вызывает повышенные затраты на их

Продолжение таблицы 23

		обработку у страховщиков и в медицинских учреждениях; 7) невозможность полного выявления приписок.
Сметное финансирование	1) объемы финансирования заранее полностью предсказуемы; 2) простота финансирования	1) нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения; 2) нет заинтересованности врача в снижении уровня госпитализации, в снижении направлений на консультации к узким специалистам и обследования; 3) нет экономической взаимосвязи с другими видами помощи; 4) нет заинтересованности в эффективном использовании финансовых ресурсов
Оплата по законченному случаю лечения	1) простота финансирования; 2) увеличиваются проф - осмотры, так как врач получает за них финансовые средства; 3) врач получает зарплату за проделанный труд; 4) заинтересованы в сокращении сроков лечения (кратность посещений)	1) экономически затратный механизм финансирования; 2) нет заинтересованности в улучшении показателей здоровья населения; 3) отсутствие возможности полного выявления приписок в представленных реестрах; 4) нет экономической взаимосвязи с другими видами помощи; 5) рост консультаций узкими специалистами; 6) рост числа лабораторных исследований; 7) объем финансирования непредсказуем; 8) рост болезненности населения
Финансирование по подушевому принципу	1) увеличивается заинтересованность первичного звена в сохранении здоровья прикрепленного населения и уменьшении частоты обращения за медицинской помощью, стимулируется проведение ряда	1) Расширение необоснованных направлений и к узким специалистам, и в стационар, т.е. ограничение объема собственной деятельности врачей первичного звена по лечению прикрепленных пациентов. Для компенсации данного

	профилактических мероприятий, визиты к пожилым пациентам и др.; 2) повышается степень предсказуемости расходов; 3) сокращается объем обрабатываемой экономической информации, и, как следствие, снижаются расходы. - в этом его достоинство для страховщиков; 4) возможно косвенное воздействие на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда).	риска рекомендуются следующие действия: - ужесточение проведения экспертизы обоснованности направлений на госпитализацию и к узким специалистам; - использование подушевого норматива на собственную деятельность первичного звена, дополненного обязательством по выполнению согласованных объемов соответствующих внешних услуг, за выполнение которых предусматриваются стимулирующие выплаты, т.е. внедрять условное фондодержание.
--	---	---

Источник: [54]

Смешанные формы оплаты амбулаторной медицинской помощи применяются в 36 субъектах РФ, стационарной медицинской помощи – в 28 субъектах.

Тариф на оплату медицинской помощи складывается из базовой части и расширенного перечня статей расходов, необходимых для деятельности медицинской организации в целом. Основными способами включения в тариф расширенного перечня расходов являются:

- передается 1/12 от годовой суммы необходимых средств, связанных с содержанием медицинского учреждения с учетом переданных из бюджета средств и поправочных коэффициентов;
- оценивается финансовое соответствие нормативов предыдущего расчетного периода текущему периоду;

- используется поправочный коэффициент в соответствии с типом учреждения;
- расчет делается по рекомендованной структуре финансовых затрат в составе тарифа;
- используются индивидуальные коэффициенты для каждой медицинской организации (в зависимости от факта исполнения);
- устанавливается дополнительный коэффициент на затраты, связанные с содержанием медицинского учреждения и включающие расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, программного обеспечения и прочих услуг [54].

Передача 1/12 от годовой суммы необходимых средств, связанных с содержанием медицинского учреждения с учетом переданных из бюджета средств и поправочных коэффициентов предусматривает, что сумма средств для финансирования «надтарифной части» (расходы на содержание ЛПУ и коммунальные услуги) ежемесячно направляется в страховые медицинские организации в размере 1/12 от годовой суммы, переданной из бюджета субъекта на финансирование данных статей расходов и не включается в расчет дифференцированных подушевых нормативов. В медицинскую организацию сумма «надтарифной части» ежемесячно направляется в составе общей суммы перечисленных средств. Включение суммы «надтарифной части» в общую сумму средств, перечисляемых в медицинскую организацию, осуществляется путем применения повышающего поправочного коэффициента к тарифам по реестрам предъявленных к оплате счетов. Поправочный коэффициент для медицинских организаций, финансирование которых осуществляется в пределах финансового обеспечения государственного (муниципального) задания определяется по формуле:

$$K_{нч} = (C_{сч} + C_{нч}) / C_{сч},$$

где $C_{сч}$ – сумма по предъявленным к оплате счетам за отчетный месяц;

$C_{нч}$ – 1/12 годовой суммы «надтарифной части».

Оценка финансового соответствия нормативов предыдущего расчетного периода текущему периоду. Тарифы в части расходов на текущее содержание медицинских организаций (МО) рассчитываются по видам медицинской помощи, исходя из плановых объемов медицинской помощи и суммы средств, направляемой в рамках Соглашения о финансовом обеспечении перехода медицинских организаций субъекта на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования.

Установление дополнительного коэффициента на затраты, связанные с содержанием медицинского учреждения и включающие расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, программного обеспечения и прочих услуг. Дополнительный тариф включает расходы медицинских организаций, не входящие в базовый тариф, финансирование которых осуществляется ТФОМС субъекта за счет и в пределах средств межбюджетных трансфертов, передаваемых из областного бюджета в бюджет ТФОМС субъекта в рамках одноканального финансирования через систему ОМС. Структура дополнительного тарифа определяется по каждой организации индивидуально на основании финансового плана (сметы доходов и расходов), согласованного(ой) организацией с департаментом здравоохранения.

Величина (суммовое выражение) дополнительного тарифа рассчитывается Фондом по каждому ЛПУ ежемесячно по формуле:

$$Дт = \sum tr / V,$$

где $\sum tr$ – сумма средств межбюджетного трансферта, поступивших на счет Фонда за расчетный месяц за исключением структурных подразделений и видов медицинской помощи, не входящих в базовую программу ОМС;

V – объемы средств медицинской помощи, принятые к оплате СМО в расчетном месяце (без объемов медицинской помощи по иногородним гражданам).

Установление дополнительного коэффициента на затраты, связанные с содержанием медицинского учреждения и включающие расходы на оплату

услуг связи, транспортных услуг, программного обеспечения и прочих услуг можно проводить двумя способами.

1 вариант. Дополнительный коэффициент определяется с целью покрытия расходов медицинских организаций на оплату услуг связи, транспортных услуг, программного обеспечения и прочих услуг (далее - прочие расходы) в рамках межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета субъекта бюджету ТФОМС на указанные цели.

Дополнительный коэффициент (Кдоп) рассчитывается как сумма принятых к оплате реестров за выполненные объемы медицинской помощи, которые сформированы по результатам медико-экономического контроля, проведенного в отчетном месяце. Кдоп не влечет за собой изменение запланированной стоимости государственного или муниципального задания в рамках базовой программы ОМС и рассчитывается по формуле:

$$\text{Кдоп} = \text{Рп} / \text{Слеч},$$

где Рп - объем средств на прочие расходы, предусмотренный нормативным актом органа управления здравоохранения субъекта;

Слеч – общая стоимость лечения по государственному или муниципальному заказу в рамках базовой программы ОМС.

2 вариант. Коэффициент увеличения тарифов (Кув.) определяется по следующей формуле:

$$\text{Кув} = ((\text{См.п.} + \text{Сб}) / \text{См.п.}) - 1,$$

где См.п. – стоимость медицинской помощи, предоставленной учреждением к оплате за месяц по сведениям, полученным от ЛПУ;

Сб – сумма бюджетных средств на дополнительные виды расходов, определенная для медицинской организации на соответствующий месяц в разбивке, предусмотренной пунктом тарифного соглашения, с учетом фактического поступления средств из областного бюджета и (или) бюджетов муниципальных образований в соответствующем месяце.

Установление дополнительных коэффициентов представляется наиболее оптимальным вариантом [54].

Для учреждений службы крови больше подходит оплата детальных медицинских услуг и финансирование по подушевому принципу, то есть оказание платных услуг (например, платные лабораторные анализы крови, возмездная передача компонентов крови в больницы, которые они оплачивают за счет средств ОМС), и работа в системе ОМС (сдача анализа крови на возможность быть донором, осмотр у терапевта).

Для наглядного представления рассмотрим существующую и предлагаемую модели финансирования СПК и их филиалов (рис. 29 и рис. 30).



Рис. 29. Существующие источники финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей расходов

Источник: составлено автором



Рис. 30. Предлагаемые источники финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов и расходов

Источник: составлено автором

Таким образом, новая модель финансирования будет способствовать повышению самостоятельности и ответственности руководителей Станций и их филиалов в части планирования и расходования средств – значит,

появляется мотивация для сокращения неэффективных и нерациональных расходов. На Станциях и их филиалах нужно развивать менеджмент. Эффективный менеджмент означает, что все отделения учреждения должны быть разделены на 2 блока: доходные и затратные (вспомогательные) [19]. Доходные отделения – подразделения, в которых выполняются основные функции. Доходными отделами в учреждениях службы крови могут быть донорское отделение, где непосредственно ведется взятие крови, отдел по переработке донорской крови на компоненты.

Затратные подразделения помогают обеспечивать работу отделений учреждения, выполняющих основную его функцию, то есть доходных отделений. Например, административное отделение, столовая, бухгалтерия, приемное отделение, юридическая служба, охрана, а также статьи расходов (амортизация оборудования и здания или плата за аренду).

Эффективный менеджмент означает, что затраты вспомогательных отделений распределяются между доходными, то есть издержки вспомогательных отделений являются косвенными.

Для всей системы здравоохранения одноканальное финансирование – это повышение эффективности и прозрачности использования финансовых средств.

Основной проблемой, с которой могут столкнуться учреждения службы крови при переходе на систему ОМС на начальном этапе – нехватка денежных средств. Поэтому переход должен проходить с поддержкой государства.

Однако в последнее время с переходом на одноканальное финансирование более остро возникла проблема нехватки денежных средств ОМС. Во многом это связано с неэффективным и зачастую неэкономным расходованием денежных средств фондов ОМС (деньги ОМС иногда идут на закупку дорогостоящего оборудования или на строительство медицинских организаций, когда эти статьи затрат должны покрываться из федерального и региональных бюджетов). Исключение страховых

медицинских организаций из цепочки работы системы ОМС может быть дополнительным источником экономии средств [114].

3.3 Методика организационно-экономической оценки результативности работы учреждений службы переливания крови с учетом предлагаемой модели хозяйствования

В настоящее время существует медико-организационный анализ деятельности учреждений службы крови, который учитывает специфику их работы в рамках бюджетирования [56]. В основу оценки положено определение показателей и их анализ.

Система показателей призвана стать инструментом дальнейшего совершенствования деятельности учреждений переливания крови при решении следующих задач:

- донорами крови и ее компонентов должно быть относительно здоровое население;
- донорство должно выступать в большинстве случаев как акт гуманизма и добродетели;
- предоставление соответствующих условий для сдачи крови и ее компонентов;
- развитие организационной структуры и системы управления донорством и учреждениями переливания крови;
- удовлетворение потребностей ЛПУ в донорской крови и ее компонентах;
- повышение биологической безопасности при проведении трансфузионной терапии;
- развитие материально-технической базы учреждений переливания крови;

- увеличение количества изготовления препаратов крови на основе внедрения новых технологий, расширение номенклатуры выпускаемых препаратов;

- формирование системы управления запасами донорской крови и ее компонентов;

- развитие современной системы организационно-методического и информационно-аналитического обеспечения в учреждениях службы крови.

Оценка деятельности проводится по показателям деятельности станций и отделений переливания крови, а также их структурных подразделений.

На основании данного алгоритма в работе разработана методика, с помощью которой можно проводить организационно-экономическую оценку результативности деятельности учреждений службы крови. Разработка данной методики позволит оценить работу учреждений службы крови в новых условиях – в рамках новых источников финансирования. Расчет входящих в методику показателей позволит выявить слабые стороны в работе учреждения, обратить на них внимание и скорректировать их, что становится наиболее значимо, когда станции переливания крови и их отделения будут работать практически в рыночных условиях.

Построим алгоритм с выделением нескольких разделов показателей, которые сопряжены с целями, направленными на достижение организационно-экономической оптимизации в сфере услуг здравоохранения [24]:

- оптимизация хозяйствования медицинских организаций и медицинского персонала с целью повышения эффективности предоставления медицинских услуг;

- достижение высоких показателей здоровья населения и ожидаемой продолжительности жизни в РФ;

- обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными специалистами;

- инновационное развитие здравоохранения;

- информатизация здравоохранения;
- развитие трансплантационных и донорских услуг в сфере здравоохранения.

1. Развитие донорских услуг.

Показатель количества доноров на 1000 человек населения свидетельствует об уровне развития донорства в регионе.

Количество доноров на 1000 населения

$$= \frac{\text{Число доноров}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

Показатели удельного веса первичных доноров, уровня и кратности донаций характеризуют активность доноров, оптимальное значение которой зависит от физиологических особенностей индивидуума.

$$\text{Удельный вес первичных доноров} = \frac{\text{Число первичных доноров}}{\text{Общее число доноров}} \times 100 \%$$

$$\text{Уровень донаций} = \frac{\text{Общее число донаций}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

$$\text{Кратность донаций} = \frac{\text{Общее число донаций}}{\text{Общее число доноров}}$$

Заготовлено крови от доноров — волонтеров

$$= \frac{\text{Объем заготовленной крови от безвозмездных доноров}}{\text{Фактический объем заготовленной крови}} \times 100\%$$

Заготовлено крови от доноров за плату

$$= \frac{\text{Объем заготовленной крови от платных доноров}}{\text{Фактический объем заготовленной крови}} \times 100\%$$

2. Финансовое обеспечение.

Оптимизация деятельности за счет внедрения системы ОМС и эффективного контракта в работу учреждений службы крови.

Соотношение источников финансирования:

$$\text{бюджет} = \frac{\text{Доходы из государственного бюджета}}{\text{Величина всех доходов}} \times 100\% ;$$

$$\text{ОМС} = \frac{\text{Доходы из ТФОМС}}{\text{Величина всех доходов}} \times 100\% ;$$

$$\text{платные услуги} = \frac{\text{Доходы от платных услуг}}{\text{Величина всех доходов}} \times 100\% .$$

$$\text{Соотношение доходов и затрат} = \frac{\text{Доходы}}{\text{Расходы}} \times 100\%$$

Соотношение доходов и расходов по статьям:

$$\text{пропаганда донорства} = \frac{\text{Доходы из государственного бюджета}}{\text{Расходы на пропаганду донорства}} \times 100\% ;$$

$$\text{основная деятельность} = \frac{\text{Доходы из ТФОМС}}{\text{Расходы на основную деятельность}} \times 100\% ;$$

$$\text{инновационное развитие} = \frac{\text{Доходы от платных услуг}}{\text{Расходы на инновационное развитие}} \times 100\% .$$

$$\begin{aligned} & \text{Недополученный доход} \\ & = 100\% - \frac{\text{Доходы из ТФОМС на предварительные осмотры}}{\text{Расходы на предварительные осмотры}} \times 100\% \end{aligned}$$

Эффективность работы сотрудников, занятых в заготовке крови

$$= \frac{\text{Доходы учреждения из ТФОМС, руб.}}{\text{Количество сотрудников, занятых в заготовке крови}}$$

3. Уровень пропаганды донорства и информатизации в учреждениях службы крови.

$$\begin{aligned} & \text{Уровень пропаганды донорства через СМИ} \\ &= \frac{\text{Количество доноров, узнавших о необходимости донорства через СМИ}}{\text{Общее число доноров}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Уровень привлечения доноров посредством Дней донора,} \\ & \text{проводимых в различных организациях} \\ &= \frac{\text{Количество доноров, узнавших о необходимости донорства посредством Дней донора}}{\text{Общее число доноров}} \times 100\% \end{aligned}$$

$$\text{Доля родственных доноров} = \frac{\text{Количество родственных доноров}}{\text{Общее число доноров}} \times 100\%$$

Единая информационная база данных по донорам должна вестись на каждой СПК, ОПК и филиалах, где происходит заготовка крови, и должна быть связана с общей единой информационной базой данных по донорам в стране. При организационно-экономической оценке важно наличие и ведение этой базы в учреждении.

4. Обеспеченность высококвалифицированными специалистами в учреждении службы крови.

$$\begin{aligned} & \text{Объем заготовленной крови на одну штатную должность} \\ &= \frac{\text{Фактический объем заготовленной крови, л}}{\text{Общее число штатных должностей}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{Удельный вес должностей, занятых в заготовке крови и ее компонентов} \\ &= \frac{\text{Общее число должностей, занятых в заготовке крови, ее компонентов}}{\text{Общее число штатных должностей}} \times 100\% \end{aligned}$$

**Объем заготовленной крови на одну должность, занятую
в заготовке крови и ее компонентов**

$$= \frac{\text{Фактический объем заготовленной крови, л}}{\text{Общее число должностей, занятых в заготовке крови, ее компонентов и стандартных сывороток}}$$

5. Инновационное развитие учреждений службы крови.

Показатель удельного веса цельной крови, заготовленной методом афереза, позволяет оценить материально-техническую базу учреждения, а также степень внедрения новых технологий при заготовке компонентов крови.

Удельный вес цельной крови, заготовленной методом афереза

$$= \frac{\text{Объем цельной крови, заготовленной методом афереза}}{\text{Объем заготовленной крови}} \times 100\%$$

Заготовлено плазмы методом плазмафереза

$$= \frac{\text{Фактический объем плазмы, заготовленной методом плазмафереза}}{\text{Общий объем плазмы}} \times 100\%$$

Удельный вес плазмы, подвергнутой вирусинактивации

$$= \frac{\text{Фактический объем плазмы, подвергнутой вирусинактивации}}{\text{Общий объем плазмы}} \times 100\%$$

6. Итоговые показатели работы учреждений службы крови, влияющие на уровень здоровья населения.

Показатель среднего объема заготовленной цельной крови на 1 жителя является значимым и информативным, поскольку показывает уровень обеспечения населения донорской кровью и ее компонентами.

Средний объем заготовленной цельной крови на 1 жителя, мл

$$= \frac{\text{Объем заготовленной цельной крови за год}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Заготовлено консервированной крови на 1 койку, мл

$$= \frac{\text{Фактический объем заготовленной крови}}{\text{Число коек}}$$

Выполнение плана по заготовке крови

$$= \frac{\text{Фактический объем заготовленной крови, л}}{\text{Плановый объем заготовки крови, л}} \times 100\%$$

Удельный вес компонентов крови,
списанных по истечении срока годности

$$= \frac{\text{Количество форменных элементов крови, списанных по истечении срока годности}}{\text{Общий объем заготовленных форменных элементов крови}} \times 100\%$$

Удельный вес компонентов крови, выданных на переливание

$$= \frac{\text{Объем компонентов крови, выданных на переливание}}{\text{Общий объем заготовленной крови}} \times 100\%$$

Удельный вес проданной консервированной крови заводам
по изготовлению препаратов крови

$$= \frac{\text{Передано консервированной крови на изготовление препаратов крови}}{\text{Общий объем консервированной крови}} \times 100\%$$

$$\text{Удельный вес забракованной крови} = \frac{\text{Объем забракованной крови}}{\text{Объем заготовленной крови}} \times 100\%$$

Расчет интегральной оценки работы учреждения службы крови складывается из нескольких этапов.

1. Каждому оцениваемому показателю (П) деятельности учреждения службы крови присваивается экспертным путем весовой коэффициент (ВК). Весовой коэффициент проставляется от 1 до 5 баллов, в зависимости от степени значимости критерия для эффективной работы учреждения.

2. Для сравнения фактического значения показателя вводится нормативный показатель (Н) – стандарт, значение которого может

варьироваться в зависимости от конкретной необходимой потребности учреждения.

3. Фактические значения показателей сравниваются с нормативными, путем деления фактического показателя (Ф) на нормативный (Ф/Н). Получаем коэффициент соответствия (КС).

4. Организационно-экономический интегральный показатель (И) работы учреждения службы крови рассчитывается по формуле:

$$И = \sum_1^{32} (КСi \times ВKi) / \sum_1^{32} ВKi,$$

где И – организационно-экономический интегральный показатель работы учреждения службы крови;

КС – коэффициент соответствия;

ВК – весовой коэффициент.

Коэффициент соответствия (КС) определяется по формуле в зависимости от показателя:

1) если показатель, величина которого «чем больше, тем лучше», то по формуле:

$$КС = Ф/Н;$$

2) если показатель, величина которого «чем меньше, тем лучше», то по формуле:

$$КС = 1 - Ф/Н.$$

Представим алгоритм расчета организационно-экономической оценки работы учреждений службы крови в виде таблицы (таблица 24).

**Организационно-экономическая оценка работы учреждений
службы крови**

№ п/п	Показатель (П)	Весовой коэффициент (ВК)*	Нормативный показатель (Н)**	Фактически й показатель (Ф)	Коэффицие нт соответств ия (КС), формула расчета
I. Развитие донорских услуг					
1	Количество доноров на 1000 населения, чел.	3,4	25		Ф/Н
2	Удельный вес первичных доноров, %	3,1			Ф/Н
3	Уровень донаций на 1000 населения, чел.	4,1			Ф/Н
4	Кратность донаций	4,1			Ф/Н
5	Заготовлено крови от доноров-волонтеров, %	4,2	99 %		Ф/Н
6	Заготовлено крови от доноров за плату, %	2,5	1 %		1 - Ф/Н
II. Финансовое обеспечение					
1	Соотношение источников финансирования, %: бюджет	2,2	10 %		Ф/Н
2	ОМС	4,9	75 %		Ф/Н
3	платные услуги	3,8	15 %		Ф/Н
4	Соотношение доходов и затрат, %	4,5	100%		Ф/Н
5	Соотношение доходов и расходов по статьям, %: пропаганда донорства	3,8	100%		Ф/Н

Продолжение таблицы 24

6	основная деятельность	4,5	100 %		Ф/Н
7	инновационное развитие	3,3	100 %		Ф/Н
8	Недополученный доход, %	2,5	1 %		1 - Ф/Н
9	Эффективность работы сотрудников, занятых в заготовке крови, руб.	4,2			Ф/Н
III. Уровень пропаганды донорства и информатизация в учреждениях службы крови					
1	Уровень пропаганды донорства через СМИ, %	4,5	50 %		Ф/Н
2	Уровень привлечения доноров посредством Дней донора, проводимых в различных организациях, %	3,8	30%		Ф/Н
3	Доля родственных доноров, %	3,3	20 %		Ф/Н
4	Наличие единой информационной базы данных по донорам	4,3	100%		Ф/Н
IV. Обеспечение высококвалифицированными специалистами					
1	Объем заготовленной крови на 1 штатную должность, л	4,2			Ф/Н
2	Удельный вес должностей, занятых в заготовке крови и ее компонентов, %	4,2			Ф/Н
3	Объем заготовленной крови на 1 должность, занятую в заготовке крови и ее компонентов, л	4,2			Ф/Н

V. Материально-техническая база, степень внедрения новых технологий***					
1	Удельный вес цельной крови, заготовленной методом афереза, %	4,4			Ф/Н
2	Заготовлено плазмы методом плазмафереза, %	4,4			Ф/Н
3	Удельный вес плазмы, подвергнутой вирусиактивации, %	4,5			Ф/Н
VI. Итоговые показатели работы учреждений службы крови, влияющие на уровень здоровья населения					
1	Средний объем заготовленной цельной крови на 1 жителя, мл	3,3			Ф/Н
2	Заготовлено консервированной крови на 1 койку, мл	3,5			Ф/Н
3	Выполнение плана по заготовке крови, %	4,8	100 %		Ф/Н
4	Удельный вес компонентов крови, списанных по истечению срока годности, %	3,3	1 %		1 - Ф/Н
5	Удельный вес компонентов крови, выданных на переливание, %	4,8			Ф/Н
6	Продано консервированной крови заводам по производству препаратов крови, %	4,2			Ф/Н
7	Удельный вес забракованной крови, %	3,9	1 %		1 - Ф/Н

* За основу берутся уже рассчитанные экспертным путем весовые коэффициенты из медико-организационного анализа (см. ссылку 56).

****** Нормативные показатели в таблице проставлены не везде, т.к. для каждого учреждения они будут иметь свои значения в зависимости от региональной потребности в донорской крови.

******* По мере внедрения новых технологий в работу учреждений службы крови данный раздел пополняется новыми формулами, принцип расчета которых сохраняется в соответствии с предыдущими.

Источник: составлено автором

После вычисления организационно-экономического интегрального показателя работы учреждения службы крови проводится качественная оценка данного показателя (таблица 25).

Таблица 25

**Шкала качественной оценки организационно-экономического
интегрального показателя**

№ п/п	Границы значения интегральной оценки	Качественная оценка интегрально- го показателя
1	Выше 0,9	высокая
2	0,7 – 0,8	выше средней
3	0,5 – 0,6	средняя
4	0,3 - 0,4	ниже средней
5	Ниже 0,2	низкая

Источник: [56]

Соответственно, чем больше значение организационно-экономического интегрального показателя, тем более высокого результата в работе достигает учреждение службы крови.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Служба крови, главным образом, тематика медицинская – чаще всего освещаются медицинские вопросы трансфузий. Показатели донорства крови и ее компонентов, их динамика в различных регионах в основном изучаются в рамках организационных аспектов. В представленной работе служба крови впервые была рассмотрена с организационно-экономической позиции.

То, что служба крови практически не рассматривалась с организационно-экономической позиции, легко объяснимо. Учреждения службы крови – это специализированные ЛПУ, которые всегда находились в государственном ведении, так как это стратегически важная служба. Вопросам эффективности работы данной службы не уделялось должного внимания. Одной из главных проблем в службе крови всегда считалась проблема по привлечению доноров, которая чаще всего решалась посредством проводимой государством политики.

В настоящее время продолжается реформирование системы здравоохранения РФ с целью повышения эффективности работы государственных медицинских учреждений, которое связано, прежде всего, с переходом на одноканальное финансирование, когда основными их доходами становятся средства ОМС. Но не все службы здравоохранения подвергаются организационно-экономической модернизации. По мнению автора, учреждения службы крови также нуждаются в повышении эффективности работы, а финансирование преимущественно за счет средств ОМС станет стимулом на пути к этому. Государство лишь проводит различные программы по развитию добровольного донорства крови, которые не всегда дают желаемые результаты, а иногда даже порождают «побочные действия». К таким «побочным действиям» можно отнести платное донорство, когда люди понимают, что они могут зарабатывать на этом деньги. Как следствие, кровь не всегда соответствует требуемым нормам и увеличивается количество брака.

В данной исследовательской работе строится организационно-экономическая модель хозяйствования учреждений службы крови с выделением потенциальных потребителей и источников финансирования, следование которой как раз и позволит повысить эффективность работы учреждений данной службы. Данная модель предполагает выделение альтернативных бюджету источников финансирования и соответствующих этим источникам потенциальных потребителей. Обеспечение основной деятельности Станций переливания крови предполагается за счет поступлений из ТФОМС, которые перечисляют Станциям государственные медицинские учреждения, приобретая у них компоненты донорской крови для переливания. Тем самым услуги учреждений службы крови (донорские и трансфузиологические) надо рассматривать как смешанное общественное благо.

Также автором предлагается организационно-экономическая стратегия по пропаганде донорства, направленная на увеличение волонтерских донорских кадров. Политика строится на основе проведенного исследования донорства крови в различных регионах страны, определения социального портрета донора в некоторых городах, социологических опросов, а также учитывает успешный опыт в этом направлении зарубежных стран (бенчмаркинг) и специфику развития донорства крови в нашей стране.

Автор предлагает организационно-экономическую форму оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ – переход на систему ОМС с одновременным развитием платных услуг. Перевод учреждений службы крови практически на самостоятельное финансирование по аналогии с тем, как работают сейчас многие ЛПУ, послужит стимулом для руководства Станций более рационально подходить ко всем затратам и стараться грамотно распределять свои доходы, в том числе на развитие учреждения, закупку нового оборудования и нефинансовых активов. Следует начать развивать в учреждениях службы крови эффективный менеджмент, чтобы

минимизировать необоснованные расходы и рациональнее использовать доходы. При этом пропаганда донорства будет проходить при поддержке государства, изготовление препаратов крови перейдет в отдельную отрасль – фармацевтическую промышленность. На основе данного перехода автором предлагается новая модель финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов и расходов.

Также автором была разработана методика организационно-экономической оценки результативности деятельности учреждений службы переливания крови с учетом предлагаемой модели хозяйствования. Данная методика позволит оценить работу учреждений службы крови в новых условиях – в рамках новых источников финансирования. Расчет входящих в методику показателей позволит выявить слабые стороны в работе учреждения, обратить на них внимание, скорректировать их, что становится наиболее значимо, когда станции переливания крови и их отделения будут работать практически в рыночных условиях. Строится алгоритм расчета с выделением нескольких групп показателей, которые сопряжены с целями, направленными на достижение организационно-экономической оптимизации всей отрасли здравоохранения. Оценка проводится по следующим 6 разделам: развитие донорских услуг; финансовое обеспечение; информатизация в учреждениях службы крови; обеспечение высококвалифицированными специалистами; материально-техническая база, степень внедрения новых технологий; итоговые показатели работы учреждений службы крови, влияющие на уровень здоровья населения.

Таким образом, служба крови – это структура, в которой оказываются донорские (по заготовке крови) и трансфузиологические (по переливанию крови) услуги, к рассмотрению которых целесообразно подходить не только с медицинской точки зрения, но и с организационно-экономической, благодаря чему повышается эффективность работы данной службы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные документы

1. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации (утверждена распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года)
2. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года.
3. Основные подходы к формированию расходов федерального бюджета на 2013-2015 годы. Доступ из справочно-правовой системы Консультант плюс.
4. Пояснительная записка к проекту ФЗ «О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»
5. Пояснительная записка к проекту ФЗ «О Федеральном бюджете на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов»
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 г. Москва Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов
7. Постановление Правительства РФ от 30.11.2013г. №1101 «О предельной величине базы для начисления страховых взносов в государственные внебюджетные фонды с 1 января 2014 г.»
8. Приказ Минздрава России от 17.12.2012г. №1069н "Об утверждении случаев, в которых возможна сдача крови и (или) ее компонентов за плату, а также размеров такой платы"
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 августа 2013 г. N 529н "Об утверждении номенклатуры медицинских организаций"
10. ФЗ от 29.11.10г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ»
11. ФЗ от 30.11.11 г. № 354 « О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения»

12. ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов» от 20.07.2012 № 125-ФЗ

Книги, монографии, учебники, статьи

13. Асадов Ч.Д, Гаджиева П.Ш., Аббасова Г.Б., Гаджиев А.Б. Демографические, социальные аспекты и мотивация донорства крови в Азербайджане // Вестник службы крови России. – 2011.- № 4. – С.10-15
14. Аганбегян А.Г. Социально-экономическое развитие России. – М., 2008.
15. Анализ эффективности информационно-разъяснительной кампании и динамики отношения к институту донорства / Аналитический отчет по результатам количественного опроса населения. – М.: ВЦИОМ, 2008.
16. Афонин Н.И. Донорство в РФ // Вестник службы крови России. – 2002. – № 3.
17. Афонин Н.И. Донорство крови: трудности и решения // Вестник службы крови России.- 2004.- № 2.
18. Ахинов Г.А., Жильцов Г.Н. Экономика общественного сектора: учеб.пособие. – М.: ИНФРА-М. – 2008.
19. Бояринцев Б.И., Гладышев А.А. Экономика здоровья населения. – М.: Экономический факультет, ТЕИС, 2001.
20. Бояринцев Б.И. Социальная экономика (институты, инфраструктура, модернизация) – М. ТЕИС, 2010, с .107
21. Бояринцев Б.И. «Экономика здоровья» журнал «Экономика здравоохранения» № 3/12, 1996.
22. Бояринцев Б.И. Экономические основы хозяйствования медицинских коллективов. – М.: Профиздат, 1990.
23. Бояринцев Б.И., Клименко И.С. Организационно-экономические формы донорства населения регионов России // Уровень жизни населения регионов. - № 3. – 2015.

24. Бояринцев Б.И., Клименко И.С. Организационно-экономическая оптимизация хозяйствования в сфере услуг здравоохранения // Аудит и финансовый анализ, №4, 2015 г.
25. Бородина Т.А. Экономический механизм финансирования здравоохранения: монография / Т.А. Бородина. – Воронеж: ГОУ ВПО «Воронежский государственный технический университет». – 2010. – 132 с.
26. Варнавский В.Г. Партнерство государства и частного сектора: формы, проекты, риски. М., 2005.
27. Васнецова О.А. Маркетинговые исследования в здравоохранении // Учебно-методическое пособие. – Москва: Авторская академия. – 2008. – 209 с.
28. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Управление и экономика здравоохранения, 3-е издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 664 с.
29. Вялков А.И., Щепин В.О. Проблемы и перспективы реформирования здравоохранения (материалы социологического исследования) / под ред. Акад. РАМН О.П. Щепина. – М., 2001.
30. Гапоненко А.Л. Управление экономическим развитием. – М., 2008.
31. Галкин В.Н., Майорова О.А., Ширшова Е.Н. Станьте донором, помогите людям! – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2009. – 32 с.
32. Гринкевич Л.С., Банин С.А. Социально ориентированная и эффективная система одноканального финансирования региональных медицинских организаций России. – Томск: Изд-во НТЛ, 2012. – 264 с.
33. Гришина О.В. Опыт и перспективы государственного регулирования проблем донорства крови// Трансфузиология 3-4, 2009
34. Гришина О.В., Замуриев А.В. О необходимости реализации специальных программ коррекции обмена железа у доноров крови // Вестник службы крови России. – 2008. - № 1. – С. 3-5
35. Донор имеет право... // Московский комсомолец. – 2013.

36. Жильцов Е.Н., Казаков В.Н. Экономика социальных отраслей сферы услуг: Учебное пособие / Е.Н. Жильцов, В.Н. Казаков. - М.: Экономический факультет МГУ; ТЕИС, 2007.
37. Жибурт Е.Б., Е.А. Ключева, А.В. Караваев, Е.А. Шестаков Служба крови Японии //Трансфузиология № 2, 2010
38. Жибурт Е.Б., Максимов В.А., Губанова М.Н. и др. Современные тенденции отбора доноров // Вестник службы крови России. -2007. - № 3.
39. Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р. Особенности национальных правил переливания крови // Менеджер здравоохранения. – 2013. - № 12
40. Жибурт Е.Б., Мадзаев С.З., М.В. Зарубин Развитие службы крови США // Гематология и трансфузиология, т.59, №3, 2014 г., с. 49-54
41. Зарубин М.В., Жибурт Е.Б. Особенности национального режима донаций крови // Вестник службы крови, №4, 2014 г. – С. 27-30
42. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / Под редакцией О.П. Щепина, В.А. Медика. – М., 2011.
43. Инновационное развитие сферы услуг: учеб. пособие / Под ред. Е.В. Егорова, Т.Б. Беляевой. – М.: Экономический факультет МГУ имени М.В. Ломоносова – 2010.
44. Коробкова О.К. Организационно-экономические основы системы здравоохранения: Монография. – М.: Издательство «Спутник+», 2010. – 300 с.
45. Канакина Т.А. Основы экономики аптечного предприятия: учебное пособие. – Томск: СибГМУ, 2011. – 216 с.
46. Карчевская С.А. (засл. экономист РФ, зам. Председателя ФФОМС) Одноканальное финансирование // Экономика ЛПУ в вопросах и ответах, №1, 2013 г.
47. Кича Д.И., Фомина А.В. Основы экономики и финансирования здравоохранения: учебно-методическое пособие. – М.: Издательство РУДН. – 2005. 67 с.

48. Клименко И.С. Развитие организационно-экономических форм хозяйствования в учреждениях службы крови // Управление экономическими системами. - № 6. – 2013.
49. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. – М.: ГЭОТАР-Медика. – 2010. – 512 с.
50. Майорова О.А. 60 лет станции переливания крови города Москвы. 1952-2012. Сборник научных и практических материалов. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012.
51. Медик В.А., Юрьев В.А. Общественное здоровье и здравоохранения: учебник – 3-изд. – М.: ГЭОТАР-Медика. – 2012. – 288 с.
52. Мадзаев С.Р., Гапонова Т.В., Жибурт Е.Б. Служба крови Нидерландов // Гематология и трансфузиология, т. 59, №1, 2014 г., с.51-53
53. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник: 2 т./под ред. В.З. Кучеренко – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т.2. – 160 с. ил.
54. Обухова О.В. (зав. отделением экономики и ресурсным обеспечением здравоохранения ЦНИИОИЗ) Эффективные способы оплаты амбулаторной медицинской помощи – слайды
55. Перепелкина Н.Ю., Гильмутдинов Р.Г., Екимов А.К., Воронов В.П. Экономическая эффективность деятельности Оренбургской областной станции переливания крови // Менеджер здравоохранения. - № 10. – 2011. – С.26
56. Попкова Н.Г., Смирнова Н.И., Соловьев А.Ф., Чернова Т.В. Медико-организационный анализ деятельности учреждений службы крови//Научно-практический медицинский журнал. – Екатеринбург, 2007.
57. Потапский В.М., Неминущая Е.И. Аналитические выводы и пути решения проблемы донорства крови (компонентов) на основе социологического опроса (анкетирования) доноров учреждений службы крови ДЗ г. Москвы // Трансфузиология. – № 1 (том 14). – 2013. – С.12-26.

58. Потапский В.М., Неминущая Е.И. Методический сборник. Донорство крови и ее компонентов. Организационные и специализированные вопросы. – М.: Изд-во ООО «Артофис», 2012. – 32 с.
59. Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация новые задачи – М.: Издательство «Дело» РАНХ 2010.- 232 с.
60. Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация новые задачи – М.: Издательство «Дело» РАНХ 2013.- 232 с.
61. Платное донорство никто не отменял // Медицинская газета. – 2013. – № 12.
62. Райзберг Б.А., Н.Б. Кузьмина Российское здравоохранение. Вхождение в рынок. – М., 2008.
63. Русанов В.М., Левин И. Служба крови и препараты плазмы (Международный аналитический обзор). – М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. – 316 с.
64. Русанов В.М. Тенденции развития мировой индустрии препаратов плазмы и состояние проблемы в Российской Федерации//60 лет станции переливания крови города Москвы. 1952-2012. Сборник научных и практических материалов. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2012.
65. Роик В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика. – М.: Дело и Сервис. – 2013. – 208 с.
66. Ренева Л.В., Волкова Л.В., Орлова Е.В., Казьянин А.В. Мониторинг донорских кадров – основной способ изучения социального портрета доноров // Вестник службы крови России. – 2012. - № 3. – С.14-15
67. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. – М.: ГЭОТАР Медиа. – 2010. – 271с.
68. Селиванов Е.А., Чечеткин А.В., Григорьян М.Ш., Макеев А.Б., Воробей Л.Г. Современное состояние донорства крови и ее компонентов в РФ// Трансфузиология. – 2012. - №3. – С. 4-13

69. Селезнева Т.Д., Исковских Л.К. К вопросу о сохранении донорских кадров // Вестник службы крови России. – 2008.- № 3.
70. Суханов Ю.С., Бродская Д.П., Люблинский С.Л. Профилактика дефицита железа у доноров крови – важная социальная проблема // Вестник службы крови России. – 2003. - № 3. – С. 27-29
71. Садчиков И.А., А.И. Балашов Экономика фармацевтической отрасли: монография. – Спб: СПбГИЭУ, 2009. – 217 с.
72. Селиванов Е.А., Бессмельцев С.С., Дуткевич И.Г., Данилова Т.Н., Лаврова В.А., Чечеткин А.В., Красняков В.К., Щелкунова Л.В., Дегтерева И.Н., Григорян М.Ш. Современные проблемы донорства в РФ // Вестник службы крови России. – 2011. - № 1. – С. 5-14
73. Селиванов Е.А., Чечеткин А.В., Григорьян М.Ш., Макеев А.Б., Воробей Л.Г. Современное состояние донорства крови и ее компонентов в РФ // Трансфузиология. – 2012. - №3.
74. Тельнова Е.А. Государственное регулирование цен на лекарственные средства и актуальность его совершенствования на современном этапе. Доклад на Всероссийской конференции по вопросам государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. - М., 2009.
75. Традиции и модернизация в службе крови: приоритеты – качество и безопасность. Сборник научно-практических работ № 3. – г. Воронеж, 2012 г. – 362 стр.
76. Трансфузиология: научно-практический журнал № 4 (том 11) /2010/ Под редакцией Неизвестновой Е.М., Никоновой Г.Н. – Екатеринбург: Артикул, 2011. – 108 с.
77. Трансфузиология: научно-практический журнал № 3 (том 12) /2011/ Под редакцией Неизвестновой Е.М., Никоновой Г.Н. – Екатеринбург: Артикул, 2011. – 72 с.
78. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. - 2009. - 664 с

79. Управление инфраструктурой здоровья населения СНГ: монография / Под общей редакцией профессора Б.И. Бояринцева.- АР Крым, 2012. – 156 с.

80. Учет донорской крови и ее компонентов на станциях переливания крови // Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2013. – № 3.

81. Хлябич Г.Н., Ю.С. Суханов, В.В. Лаптев, Л.В. Персанова Служба крови. Время перемен // Вестник службы крови, № 1, 2012 г. – С.6

82. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. Учеб. Пособие / Под общей редакцией проф. В.П. Колесова (Экономический факультет МГУ). 2-е изд. Доп. И перераб. М.: Права человека, 2008.

83. Чечеткин А.В., М.Ш. Григорьян, А.Б. Макеев, Л.Г. Воробей, В.В. Данильченко Служба крови РФ в 2012 году// Трансфузиология № 3 (том 14), 2013 г. – С.12-13.

84. Чечеткин А.В., М.Ш. Григорьян, А.Б. Макеев, Л.Г. Воробей, Солдатенков В.Е. Донорство компонентов крови в РФ // Трансфузиология № 2 (том 14), 2013 г.

85. Чугриев А.Н., Стефанович В.В., Гришаева И.В., Мрук А.А. Социально-демографический состав доноров и варианты мотивации к донорству // Вестники службы крови России. – 2013.- № 2. – С. 14-15.

86. Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции. – ж. «Управление здравоохранением», 2005, № 1.

87. Шарыгин С.Л., Зайцева Г.А., Ковтунова М.Е. Состояние и перспективы развития донорства крови в Кировской области // Вестник службы крови России. -2004. - № 2.

88. Шиффман Ф. Дж. Патифизиология крови / Пер. с англ. под ред. Е.Б. Жибурта, Ю.Н. Токарева. – М., Спб: БИНОМ – Невский диалект, 2000. – 448 с.

89. Шишкин С.В., Шейман И.М., Колосницына М.Г. Экономика здравоохранения. – М.: ГУ-ВШЭ. - 2009. - 480 с.
90. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения. – М: Издательский дом НИУ ВШЭ. – 2012.
91. Экономика сферы платных услуг / Под ред. Е. Н. Жильцова. — Казань, 1996.
92. Экономика и инновационные процессы в здравоохранении / Под ред. В.З. Кучеренко – М., 2006.
93. Экономика здравоохранения: учебное пособие / под ред. И.М. Шейниса. – М.: ТЕИС, 2001.
94. Юрьев А.С. (Заместитель Руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития) Государственный контроль донорской крови, её компонентов и препаратов – слайды.

Источники на иностранных языках

95. Boulton F. Evidence-based criteria for the caky and selection of blood donors, with some comments on the relationship to blood supply, and emphasis on the management of donation-induced iron depletion // Transfus. Med. – 2008. - № 1.
96. Concado RD, Chiattonе CS, Alonso FF, LanghiDMJr, Alves RD. Iron deficiency in blood donors // Sao Paulo Med J. – 2001. – Vol.119 (4). – P.132-134
97. Dr. Yasmin Ayob Reducing unnecessary transfusions: strengthening the clinical interface//World Health Organization Department of Essential Health Technologies Blood Transfusion Safety Unit, 2008
98. France C.R., France J.L., Kowalsky J.M., Cornett T.L. Education in donation coping strategies encourages individuals to give blood: further evaluation of a donor recruitment brochure // Transfusion. – 2010. – № 1.
99. Nguyen D.D., DeVita D.A., Hirschler N.V., Murphy T.L. Blood donor satisfaction and intention of future donation // Transfusion. – 2008. – № 4.

100. Sarah Thomson, Tom Foubister, Josep Figueras, Joseph Kutzin, Govin Permanand, Lucie Bryndova Addressing financial sustainability in health systems. – 2009. – 36 p.
101. Sunquin Blood Supply URL: [http:// www.sanquin.nl/en](http://www.sanquin.nl/en)
102. Van der Poel C.L., Janssen M.P., Behr-Gross V.-E. The collection, testing and use of blood and blood components in Europe. 2008 report // Directorate for the quality of medicines and healthcare of the Council of Europe (EDQM). – 2011. – 60 p.
103. White L.K., Waxman D.A. Does Low Dose Iron supplement Therapy Increase Blood Donations by Women? // Transfusion. – 2004. – Vol.44 - № 95. – P. 79A.
104. Zheng H., Cable R. et al Iron stores and vascular function in voluntary blood donors // Arteriosclerosis, Thrombosis and vascular Biology. – 2005. – Vol. 25. – P. 1577.
105. Zou S., Musavi F., Notari E.P. et al. Donor deferral and resulting donor loss at the American Red Cross Blood Services, 2001 through 2006 // Transfusion. – 2008. – Vol.48. – №12. – P.2531 – 2539.

Электронные ресурсы

106. Официальный сайт Станции переливания крови в Санкт-Петербурге [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://spbgs.pk.ru>
107. Официальный сайт Станции переливания крови в Москве [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.spkdzm.ru>
108. Официальный сайт Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru>
109. Официальный сайт ФФОМС РФ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://ora.ffoms.ru/portal/page/portal/top/index>
110. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.who.int/ru/>

111. Официальный сайт станции переливания крови в республике Башкортостан [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://rspk.bashmed.ru/info.html>

112. Российское агентство медико-социальной информации АМИ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.przrf.ru/news>

113. Служба крови в России [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.yadonor.ru>

114. Улумбекова Гузель Летом 2015 года ЛПУ столкнутся с дефицитом средств и будут вынуждены сокращать расходы на бесплатную медицинскую помощь // издание «Коммерсант». - 2014 г. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.zdrav.ru/articles/interview/detail.php?ID=96942>

115. Электронная газета Inopressa. Источник Newsweek [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.inopressa.ru/article/17Aug2010/newsweek/best.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ**Приложение 1****Форма макета программы повышения квалификации**

Министерство образования и науки Российской Федерации

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

СОГЛАСОВАНО
Руководитель
организации заказчика

(подпись) И.О. Фамилия
С.П. Аветисян
" " 20__ г.



УТВЕРЖДАЮ
Руководитель организации

(подпись) И.О. Фамилия
" " 20__ г.

МАКЕТ ПРОГРАММЫ
повышения квалификации

**Экономическая эффективность и менеджмент в учреждениях
службы крови**

(наименование программы)

Москва – 2014 г.

1. Цель реализации программы

Программа предназначена для руководителей, сотрудников финансовой службы, сотрудников отдела пропаганды донорства учреждений службы крови. Данный курс позволит повысить профессиональные навыки работников в области экономики, менеджмента и социальной политики по привлечению доноров в процессе включения учреждений службы крови в систему обязательного медицинского страхования и последующем их развитии.

2. Формализованные результаты обучения

Обладая полученными знаниями, руководители Станций переливания крови смогут построить эффективную политику управления в своем учреждении и наиболее легко справиться с периодом перехода на систему ОМС.

3. Содержание программы

Учебный план

программы повышения квалификации

«Экономическая эффективность и менеджмент в учреждениях службы крови»

Категория слушателей (требования к слушателям) – руководители, сотрудники финансовой службы, отдела пропаганды донорства учреждений службы крови

Срок обучения – 9 час.

Форма обучения – без отрыва от работы, в вечернее время, раз в неделю

№ п/п	Наименование разделов	Всего, час.	В том числе	
			лекции	практич. и лаборат. занятия
1	Организационно-экономический механизм хозяйствования служб здравоохранения	3	3	-
2	Развитие организационно-экономических форм хозяйствования учреждений службы крови в России	6	6	-
Итоговая аттестация		Зачет		

Учебно-тематический план
программы повышения квалификации
«**Экономическая эффективность и менеджмент в учреждениях службы
крови**»

№ п/п	Наименование разделов и тем	Всего, час.	В том числе	
			лекции	практич. и лаборат. занятия
1	2	3	4	5
1	Организационно-экономический механизм хозяйствования служб здравоохранения	3	3	-
1.1	Существующие и наиболее эффективные модели управления службами здравоохранения	1	1	-
1.2	Организационно-экономические формы хозяйствования учреждений службы крови. Услуги учреждений переливания крови.	1	1	-
1.3	Специфика развития услуг службы крови в России по сравнению с зарубежными странами	1	1	-
2	Развитие организационно-экономических форм хозяйствования учреждений службы крови в России	6	6	-
2.1	Организационно-экономическая стратегия по пропаганде донорства, направленная на увеличение волонтерских донорских кадров в стране	2	2	-
2.2	Организационно-экономическая форма оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ	2	2	-
2.3	Методика организационно-экономической оценки результативности работы учреждений службы переливания крови с учетом предлагаемой модели хозяйствования	2	2	-

Учебная программа
повышения квалификации
«Экономическая эффективность и менеджмент в учреждениях службы крови»

Раздел 1. Организационно-экономический механизм хозяйствования служб здравоохранения (3 часа)

Тема 1.1 Существующие и наиболее эффективные модели управления службами здравоохранения (1 час)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

1. Понятие услуг здравоохранения, их свойства
2. Номенклатура медицинских организаций в России
3. Модели здравоохранения

Тема 1.2 Организационно-экономические формы хозяйствования учреждений службы крови. Услуги учреждений переливания крови (1 час)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

1. Федеральный закон № 125-ФЗ от 20 июля 2012 г. « О донорстве крови и ее компонентов»
2. Существующая организационно-экономическая форма хозяйствования учреждений службы крови
3. Услуги учреждений службы крови
4. Предлагаемая организационно-экономическая модель хозяйствования учреждений службы крови с выделением потенциальных потребителей и источников финансирования

Тема 1.3 Специфика развития услуг службы крови в России по сравнению с зарубежными странами (1 час)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

1. Служба крови Японии
2. Служба крови США
3. Обзор службы крови в других зарубежных странах
4. Сравнительная характеристика служб крови в России, Японии и США

Раздел 2. Развитие организационно-экономических форм хозяйствования учреждений службы крови в России (6 часов)

Тема 2.1 Организационно-экономическая стратегия по пропаганде донорства, направленная на увеличение волонтерских донорских кадров в стране(2 часа)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

1. История развития донорства крови
2. Динамика развития донорства крови в настоящее время
3. Существующая политика по привлечению донорских кадров
4. Результаты социологических опросов доноров крови, формирование социального портрета донора

5. Рекомендации по разработке стратегии, направленной на увеличение волонтерских донорских кадров

Тема 2.2 Организационно-экономическая форма оптимизации финансирования деятельности учреждений службы переливания крови и их филиалов в РФ (2 часа)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

1. Существующая система финансирования учреждений службы крови в России
2. Система ОМС
3. Одноканальное финансирование, формирование тарифов на медицинские услуги при одноканальном финансировании
4. Предлагаемая система финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов и расходов

Тема 2.3 Методика организационно-экономической оценки результативности работы учреждений службы переливания крови с учетом предлагаемой модели хозяйствования (2 часа)

Вопросы, раскрывающие содержание темы:

1. Организационно-экономическая оптимизация в сфере услуг здравоохранения
2. Методика организационно-экономической оценки работы учреждений службы крови в новых условиях

4. Материально-технические условия реализации программы

Занятия производятся в аудиториях МГУ имени М.В. Ломоносова

5. Учебно-методическое обеспечение программы

В учебном процессе обучающиеся будут обеспечены методическим пособием, в котором отражены основные вопросы по темам и ответы к ним.

6. Требования к результатам обучения

Итоговая аттестация будет происходить в устной форме в виде ответов на вопросы:

1. Понятие услуг здравоохранения, их свойства.
2. Модели здравоохранения.
3. Федеральный закон № 125-ФЗ от 20 июля 2012 г. « О донорстве крови и ее компонентов». Услуги учреждений службы крови.
4. Существующая организационно-экономическая форма хозяйствования учреждений службы крови. Предлагаемая организационно-экономическая модель хозяйствования учреждений службы крови с выделением потенциальных потребителей и источников финансирования.
5. Организация учреждений службы крови в зарубежных странах.

6. Сравнительная характеристика служб крови в России, Японии и США.
7. История развития донорства крови. Существующая политика по привлечению донорских кадров.
8. Результаты социологических опросов доноров крови, формирование социального портрета донора. Рекомендации по разработке стратегии, направленной на увеличение донорских кадров.
9. Существующая система финансирования учреждений службы крови в России. Система ОМС. Одноканальное финансирование, формирование тарифов на медицинские услуги при одноканальном финансировании.
10. Предлагаемая система финансирования СПК и их филиалов с расшифровкой статей доходов и расходов.
11. Организационно-экономическая оптимизация в сфере услуг здравоохранения.
12. Методика организационно-экономической оценки работы учреждений службы крови в новых условиях.

Оценка уровня освоения программы осуществляется преподавателем по системе зачет/не зачет

7. Составители программы

Руководитель: д.э.н., проф. экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова Бояринцев Б.И.

Составитель: аспирантка экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова Клименко И.С.

Приложение 2

**Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области
«Воронежская областная станция переливания крови»**

Транспортная, 56, г. Воронеж, 394024
тел./факс (473) 237-29-56 e-mail: vospkl@mail.ru

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**БУЗВО «Воронежская областная станция переливания крови»
за 9 месяцев 2013 года.**

БУЗВО «Воронежская областная станция переливания крови» состоит из базовой станции – «Воронежская областная станция переливания крови» и 8 филиалов: Борисоглебский, БСМП, Электроника, Бобровский, Калачеевский, Острогжский, Павловский, Россошанский.

В январе 2013 г. закрыт филиал БУЗВО ВОСПК Бутурлиновский, приказ БУЗВО ВОСПК №130 от 14.11.2012г., согласован с департаментом здравоохранения Воронежской области.

Основные показатели работы за 9 месяцев 2013 г.

Таблица № 1

Выполнение плана заготовки	2013 г.			2012 г.		
	План	Выполнение	% выполнения	План	Выполнение	% выполнения
цельной крови, л	16266,0	15203,6	94	15545,0	15212,5	98
СЗП м.ПФ, л	7297,0	5787,2	79	6872,0	5818,4	85

БУЗВО ВОСПК работает стабильно. Плановое задание по заготовке донорской крови, плазмы методом плазмафереза БУЗВО ВОСПК выполнено на 93%, СЗП МПФ – на 79%. Заготовка плазмы методом плазмафереза - на уровне 2012г.

Станция полностью выполняла заявки ЛПУ, отказов не было.

Заготовка донорской крови производилась в объеме, необходимом для выполнения заявок лечебных учреждений на гемокомпоненты. Заготовка СЗП методом плазмафереза проводилась в объемах, необходимых для пополнения запасов «лечебной СЗП». Заготовка с целью дальнейшей переработки плазмы значительно сокращена, так как в стране единственное предприятие не может освоить существующие объемы плазмы.

За 9 месяцев 2013г. направлена 2 тонны плазмы для переработки, за аналогичный период 2012г. передано в НИИ трансплантологии (г. Москва) – 303,2 л карантинизированной штрихкодированной плазмы.

Проводилась планомерная работа по реализации Закона №125-ФЗ «О донорстве крови...» на территории Воронежской области.

В соответствии с постановлением Правительства РФ № 1447 от 27.12.2012г в 2013 г. Воронежская область в числе 16 субъектов **вошла в федеральную программу «Развитие службы крови России»** - дооснащение филиалов ВОСПК и ОПК ВОКБ№1 на сумму более 146,7 млн. руб. Реализация мероприятий проводится в соответствии с планом.

Вся Служба крови Воронежской области будет включена в единую информационную программу службы крови России (АИСТ), обеспечивающую прослеживаемость каждой донации и состояния донора (все анализы).

Целевые показатели деятельности учреждения выполнены в соответствии с запланированными.

План выполнения заготовки цельной крови

Таблица № 2

Выполнение плана	за 9 месяцев 2013 г.			за 9 месяцев 2012 г.		
№ филиала	План по цельной крови, л	Выполнение цельной крови, л	% выполнения цельн. крови	План по цельной крови, л	Выполнен цельной крови, л	% выполнения цельн. крови
ВОСПК	6133,0	5878,5	96	5834,0	5876,9	101
Борисоглебский	2580,0	2119,6	107	2410,0	2548,8	101
БСМП	2738,0	2767,6	101	2590,0	2752,7	106
Электроника	1695,0	1579,9	93	1609,0	1598,0	99
Бобровский	568,0	469,9	83	490,0	422,0	86
Бутурлиновский	-	-	-	248,0	199,6	80
Калачеевский	656,0	696,5	106	564,0	650,1	99
Острогожский	379,0	261,4	69	340,0	278,6	82
Павловский	687,0	668,7	97	605,0	361,0	60
Россошанский	830,0	761,5	92	754,0	614,8	81
ВСЕГО:	7297,0	15203,6	94	15545,0	15212,5	98

Вся кровь заготавливается только в пластикатную тару.

Заготовка в районных филиалах ориентирована на обеспечение близлежащих лечебных учреждений в первую очередь эритро массой.

Таблица № 3

Выполнение плана	за 9 месяцев 2013 г.			за 9 месяцев 2012 г.		
№ филиала	План по СЗП, л	Выполнено по СЗП, л	% выполнения СЗП	План по СЗП, л	Выполнено по СЗП, л	% выполнения СЗП
ВОСПК	2946,0	1884,0	64	2920,	2025,0	69
Борисоглебский	1474,0	1158,0	79	1430,0	1445,1	101
БСМП	1314,0	1251,9	95	1221,0	1202,3	100
Электроника	811,0	693,2	86	828,0	757,3	91
Бобровский	163,0	145,2	89	101,0	97,2	97
Калачеевский	183,0	191,1	104	120,0	111,3	93
Острогожский	80,0	61,2	77	50,0	50,1	100
Павловский	163,0	188,4	116	101,0	31,8	32
Россошанский	163,0	214,2	131	101,0	98,3	97
ВСЕГО:	7297,0	5787,2	79	6872,0	5818,4	85

Выдача компонентов крови в ЛПУ за 9 месяцев 2013 года

Таблица № 4

Наименование	2013 г.	2012 г.	Отклонение
Эритроцитная масса, л.	3022,0	3240,0	- 218 (7%)
Эритроцитная взвесь с удаленным ЛТС, доз	31	186	- 155 (83%)
Эритроцитная масса, фильтрованная, доз.	116	70	+ 46 (66%)
СЗП, карантинизованная, л.	5529,1	5833,7	- 304,6 (5%)
в т.ч. СЗП вирусиактивированная, л	71,3	219,7	- 148,4(66%)
Тромбоконцентрат, доз (всего)	1645	1040	+ 605 (58%)
в т.ч. аферезные тромбоциты (аппаратные), доз	203	135	+ 68 (50%)
Плазма на переработку, л	2000,4	303,2	+1697 (в 7 раз)

Отмечается незначительное снижение выдачи эритроцитсодержащих компонентов крови: выдача эритроцитной массы уменьшилась на 7%, эритроцитной массы, фильтрованной - на 66%. Эритроцитная взвесь и фильтрованная эритроцитная масса заготавливаются строго по заказам лечебных учреждений. Все заявки на данные компоненты крови выполняются в полном объеме.

При этом выдано тромбоконцентрата на 58% больше, чем в прошлом году; тромбоконцентрата, заготовленного методом аппаратного цитафереза, произведено на 50% больше.

В отчетном периоде выдано на 5% больше СЗП, в том числе в 2 раза больше вирусиактивированной плазмы, чем за аналогичный период 2012г.

Производство стандартных сывороток и эритроцитов прекращено в 2012 году до получения лицензии на их производство.

Общий **брак** компонентов крови при заготовке крови в отчетном периоде составил 3,5% от заготовленных гемокомпонентов, в 2012 г. - 3,6%. Брак эритромаcсы по сроку хранения равен 0,9% от заготовленной эритромаcсы (33,8 л, в 2012г. – 22,2 л – 0,6 %), что связано с неравномерным ритмом заготовки в выездных условиях.

Брак по гемотрансмиссивным инфекциям от заготовленных гемокомпонентов снизился по сравнению с прошлым годом: 2013г. – 0,7% (98,5 л), 2012г. – 2% (520л).

Структура брака аналогична прошлому году: 35% - АлАТ (2012г-38%), 25% - гемотрансмиссивные инфекции (2012г – 27%), нарушение герметичности – 14-12%. Среди гемотрансмиссивных инфекций: 1 место – ВГС (52%), 2 место – RW (31%). Удельный вес брака за счет брака эритромаcсы по сроку хранения составил 8% всего брака.

Вся донорская кровь обследуется методом ИФА на ВИЧ-инфекции, вирусные гепатиты «В» и «С», сифилис. За 9 месяцев обследовано около 12 тысяч человек, поведено около 106 тысяч анализов, в 2012г – более 8 тыс. человек, проведено более 106 тыс. анализов.

Положительные анализы в 0,17% донаций, 1% доноров, в 2012г. – данные показатели аналогичные.

Продолжалась работа по проведению **карантинизации** плазмы. В 2013 г. процент снятия плазмы с карантина всего по БУЗВО ВОСПК – 70%. За отчетный период прошлого года: всего - 70%; по отделу заготовки крови ВОСПК карантинизация СЗП равна 78%; плазмы, заготовленной МПФ, - 80%.

В лечебные учреждения выдавалась только карантинизованная или вирусиактивированная плазма.

За 9 месяцев 2013 года на станции переливания крови и ее филиалах сдали кровь около 12 тысяч **доноров**, в 2012 году – 11,7 тысяч доноров. Количество обратившихся доноров достаточно для заготовки необходимых объемов крови для выполнения заявок ЛПУ в компонентах крови.

Всего за этот период осуществлено более 21,3 тысяч донаций, в 2012 г. – более 20,7 тысяч. Из числа доноров, первичные доноры составляют 40 %, в 2012 г. – 48 %.

В **отделе комплектования донорских кадров** ведется постоянная работа по обновлению информационной базы доноров и «Антидоноров».

С апреля 2009 г. СПК города Воронежа полностью перешла на новую федеральную информационную программу «АИСТ» по учету заготовки

крови и базы доноров, полученную в рамках национальной программы «Развитие службы крови России». На сегодняшний день в систему АИСТ включены городские филиалы ВОСПК (БСМП и Электроника).

С 2010 г. включены в единую сеть АИСТ 5 лечебных учреждения Воронежской обл.: Центр СПИД, Кожвендиспансер, Противотуберкулезный диспансер, Наркодиспансер, Областная инфекционная больница (Гепатокабинет) для поддержания информационной базы «Антидонор» с целью повышения безопасности заготовки крови.

Продолжалась работа по представлению доноров к награждению нагрудным знаком «Почётный донор России». За 9 месяцев 2013 года направлены в МЗ РФ 3 списка на награждение 143 донора Воронежской области, в 2012 году – 85 доноров были представлены к награждению за этот период.

На 01.07.2013 г. в Воронежской области проживают **6656 Почетных доноров, из них 1118 - Почетный доноров СССР.**

ВОСПК проводит планомерную работу по пропаганде добровольного донорства. Стало регулярным проведение **Донорских акций**. Работа по **пропаганде добровольного донорства** ведется по нескольким направлениям: с постоянными донорами, молодыми донорами, корпоративными донорами, в том числе донорами административных структур, волонтерами донорства, спонсорами донорского движения.

Массовые мероприятия по пропаганде добровольного донорства.

Донорские акции.

За 9 месяцев в Воронежской области проведены 5 **Всероссийских** донорских акции: «Национальный день донора крови», «АвтоМотоДонор», «Национальный день донора крови», «Суббота доноров», «День донорского совершеннолетия», 5 **региональных акции** в Калаче: «Донор-медработник», «Мне уже 18, и мой долг – ко Дню Победы стать донором крови», «Я воин-афганец», «Донор Калачеевского района», «Капля жизни в новый год».

В рамках акций прошли 32 мероприятия: 26 Дней донора крови, в том числе 14 выездных, 6 торжественных мероприятий - чествование доноров, вручение донорам удостоверений «Почетный донор России», сувениров с символикой Службы крови, в Калаче «розыгрыш» ценных подарков.

В мероприятиях по пропаганде добровольного донорства приняли участие всего 2740 человек, в том числе 1910 доноров, представителей администрации различного уровня 220 человек, волонтеров 542 человека.

Подана Заявка – проект «Воронежский Калач – город открытых сердец» на участие в национальной **премии «Гражданская инициатива»** в номинации «Сохрани жизнь», организованный некоммерческой организацией «Фонд Кудрина по поддержке гражданских инициатив» и Комитетом гражданских инициатив.

Заявлено согласие на участие в реализации федерального проекта «Единая молодежная информационная сеть» в Воронежской области.

Выездная работа в районах области: за 9 месяцев 2013 г. в ЛПУ районов области с целью мониторинга организации трансфузионной помощи осуществлено 22 учебно-методических выезда, проконсультировано 172 больных, в 2012 году было 21 выезд, осмотрено 242 больных. Грубых нарушений не выявлено. Во время выездов в ЛПУ сотрудники ВОСПК оказывали практическую консультативную помощь по вопросам организации трансфузионной помощи

Посттрансфузионных осложнений у доноров и реципиентов не зарегистрировано.

Выезды Мобильного пункта заготовки крови: всего – 41 выезд, принято доноров – 2751, в районы области – 27 выездов, осмотрено – 1761 донор, по городу – 14 выездов, 996 доноров.

В 2012 г.: всего – 46 выездов, принято доноров – 2549, в районы области – 27 выездов, осмотрено – 1773 донора, по городу – 14 выездов, 776 доноров.

На базе **лабораторного отдела** постоянно проводится практические занятия по обучению медперсонала лабораторий ЛПУ г. Воронежа и Воронежской области по вопросам иммуногематологических исследований. Обучены на рабочем месте за 9 месяцев 2013г. 6 человек, в 2012 г. – 8 медработников. Проведены 589 консультации (2012г. - 1045) по трудным вопросам из различных ЛПУ (стационары, женские консультации, поликлиника). Проведено 88 (2012г. - 97) индивидуальных подборов реципиенту донора крови.

Штаты ВОСПК

Таблица № 5

	Врачи	Средний медперсонал
Штаты	67,25	149
Физические лица	32	91
Имеют сертификаты (человек)	32	72

Снижение укомплектованности врачами и средним медперсоналом связано с низкой привлекательностью профессий, укомплектованность врачами 48%, средним медперсоналом 61%.

Сертифицированность врачей - 100%, среднего медицинского персонала - 100%. (имеющий диплом специалиста, с исключением медрегистраторов).

В рамках национальной программы «Развитие службы крови» (2008 г.) получено современное лабораторное оборудование с использованием

гелевых и нанотехнологий, что повысило точность и специфичность анализов и уменьшило время, затрачиваемое на проведение анализов.

Все оборудование, полученное по национальному проекту, работает в полном объеме.

Улучшилось качество заготовки компонентов крови за счет использования современных аппаратов: аппаратного плазма- и цитофереза.

Повысилась безопасность выпускаемых компонентов крови, как за счет улучшения лабораторной диагностики, так и за счет применения современных методов заготовки крови, использования метода вирусной инактивации плазмы.

Задачи на IV квартал 2013 года:

1. Обеспечение ЛПУ качественными компонентами крови согласно утверждённым стандартам качества в Службе крови.

2. Обеспечить выполнение мероприятий Программы «Развитие службы крови» в 2013 году в соответствии с постановлением Правительства РФ № 1447 от 27.12.2012г. о распределении субсидий федерального бюджета на софинансирование мероприятий по развитию службы крови, по обновлению медицинского оборудования службы крови области.

3. Обеспечить выполнение показателей подпрограммы 2.11 «Развитие службы крови» долгосрочной ОЦП «Развитие здравоохранения Воронежской области на 2013-2020 гг.».

4. Продолжить работу по передаче плазмы на фракционирование.

5. Продолжить проведение специалистами ВОСПК мониторинга организации оказания трансфузионной помощи в ЛПУ.

6. Продолжить работу по усовершенствованию врачей и средних медработников по трансфузиологии на базе ФПМО ВГМА и ВБМК.

7. Продолжить работу по оформлению документов на представление доноров к награждению нагрудным знаком «Почетный донор России».

8. Продолжить работу по пропаганде добровольного донорства с привлечением средств массовой информации.

Главный врач БУЗВО ВОСПК

А.В. Бахметьев

Зав. ОМО Гуртовщикова
237-29-56

Показатели работы Службы крови Воронежской обл., ВОСПК (по форме №39)
2008-2012 г

Воронежская обл.	РФ 2012 г.	2012 г.	2011 г.	2010 г.	2009 г.	2008 г.	РФ 2011
Число Почетных доноров 01 января		6662 СССР-1168	6816 (СССР-1214)	6269		6110	
Общее число доноров		20403	17853	19888	18046	31191	
Всего население ВО, тыс. человек		2331,5	2335,2	2261,6	2270,0	2280,4	
Число доноров на 1 тыс. населения	12,4	9	7,5	9	8	13,7	12
число первич. доноров % (на 1 тыс)	36,7% (4,1)	36,6% (3)	41%	42%	29%	34%	34% (4)
Число доноров плазмы %	14%	14,6%	13,5%	19%	31%	26%	16%
Всего донаций		39441	33494	36923	46044	49645	
Всего кроводач		22560	21591	19728	22004	27036	
Всего плазмодач		16881	11903	17195	24040	22609	
Число донаций на 1 тыс. населения		17	14	16	20	22	
Кратность кроводач от 1 донора	1,4	1,3	1,4	1,2	1,8	1,2	1,3
кратность плазмодач от 1 донора	3,8	5,7	4,9	4,5	4,3	2,8	2,9
Заготовлено цельной крови, тонн		28,2	22,0	25,4	31,4	30,3	
Заготовлено цельной крови, мл на 1 жителя	12,9	12,1	9,4	11,2	14	13,2	13,2
Заготовлено эритроплазмы, л(ф. 39)		5958,4	5458,4	4984	4886	4474,7	
Заготовлено СЗП м. ПФ, л	40,3	9702,6 – 58%	6668,5- 58%	9808,0-	13070,0	12977,3	43,5
Заготовлено СЗП аппарат.м ПФ,л	21,3%	1385,7 – 8,5%	718,7- 6%	774,4 – 8%	800,2 – 6%	9,1- 0,07%	20%
ВОСПК							
Общее число доноров		13190	10966	13800	12153	23007	
Всего донаций		29326	24292	28033	36596	40141	
Всего кроводач		14897	14292	13372	15729	20446	
Всего плазмодач		14429	10000	14661	20867	19695	

ВОСПК	РФ 2012 г.	2012 г.	2011 г.	2010 г.	2009 г.	2008 г.	РФ 2011
Число первичных доноров, %	37%	31%	39,4%	41%	22%	35%	
Число доноров плазмы, чел., %	14%	2614 - 20%	2052-19%	3508-25%	5200-43%	5581-24%	
Сред. объем кроводачи, мл	440	440	440	465	416	470	
Сред. объем плазмодачи, мл	411	575	560	570	544	530	
Заготовлено цельн. крови, тонн		21,9	16,7	20,0	25,5	25,0	
Заготовлено эритроплазмы, л		4339,1	3836,6	3556,5	3397,5	3212,3	
Заготовлено СЗП, л (всего)			8664,3				
Заготовлено СЗП м. дискрет. ПФ, л	40,3%	57,7% (8491,0-73)	5618,4 65%	8 433,2 %	11 278 %	12 977 %	43,5%
в том числе, СЗП аппарат, л (от СЗП мПФ)	21,3%	8,5% (букл-1265,4-11%)	683,3 - 7,8%	774,4-5%	800-4,5%	9,1-0,05%	18%
Выдано в ЛПУ: Эритроплазмы, л		3968,4	3736,4	3370	3314	2928	
ЭМОЛТ, доз (2012 -фильтрованн)		112	148	163	91	104	
Эритроцитная взвесь, доз		186					
СЗП, л (всего)		7993,3	7759,5	6976,6	7306	7510	
Вирусинактивированная СЗП			94,1	435,6	5,5	-	
Тромбоконцентрат, доз		2818/ руч-1132	2946	1749	3055	3117	
в т.ч. аппарат. тромбы, доз		1686	1377-13%	1751-18%	1110-13%	0	
СЗП – прошло карантинизацию, %			62%	60%	60%	51%	
Общий брак (без ОКП), л, % от суммы заготовленных компонентов		572,6 – 3,5%	1744,3-13,7%	600,8 - 4,1%	1048,0- 3,5%	988,0- 5,5%	
Абсолютн.брак консер.крови, л, %	3,4	380,8 – 1,6% (ВО 1,8%)	414,0 - 2,1%	366,5- 1,7%	788- 2,7%	700,0-2,5%	3,6
Брак эритроплазмы по сроку, л, % от заготовки эритроплазмы	3,8% (форм.эл)	27,2 – 1,6%	55,6 – 1,5%	33,5- 0,9%	132,2-3,9%	207,0- 6,4%	3,9%

ВОСПК	РФ 2012 г.	2012 г.	2011 г.	2010 г.	2009 г.	2008 г.	РФ 2011
(ф.39)							
Брак СЗП, л. (ф. 39)	4.29 (брак СЗП)	3075,6 - 21%	12%	2,1%			3,5% (брак СЗП)
ОКП брак, л.		2871,6	1299,3	181,14	233,3	398,3	
Израсход. Эритромаcсы на ком- ты. %		99%	97%?	97,6%	94,5%	94%	76,4
Израсходован. плазмы на компоненты. %		69%	91%?	70%	60,9%	57%	35,8

**Динамика показателей развития донорства
и заготовки крови в Воронежской области
в 2010-2013гг.**

показатели	2010	2011	2012	до 01.06.2013
Станции переливания крови	1	1	1	1
ОПК	1	1	1	1
Число безвозмездных доноров	19888	17853	20403	10608
Из этого числа:				
первичных доноров	8324	7369	7463	4431
доноров плазмы	3811	2407	2974	2609
иммунных доноров	0	0	0	0
изоиммунных доноров	3	0	0	0
доноров клеток крови	388	547	567	381
Общее число кроводач (без учета плазмодач)	19728	21591	22560	9701
в том числе безвозмездных	19728	21591	22560	9701
общее число плазмодач	17195	11903	16881	6539
в том числе безвозмездных	17195	11903	16881	6539
Заготовлено цельной донорской крови, л	25388,5	22028,4	28200,7	11055,7
в том числе от безвозмездных доноров, л	25388,5	22028,4	28200,7	11055,7
Средняя разовая доза крови от безвозмездного донора, мл	440	469	440	440
Заготовлено плазмы, л	14044,4	11521,2	14647,2	6044,3
Заготовлено плазмы методом прерывистого плазмафереза, л	9033,9	5949,8	8457,9	3671,2
Заготовлено плазмы методом аппаратного плазмафереза, л	744,4	718,7	1244,7	254,5
Количество доноров на 1 тысячу населения	9	7,5	9	4,5
Число кроводач на 1000 населения	9	9	10	4,2
Число плазмодач на 1000 населения	7,6	5	7	2,8
Общее число донаций на 1000 населения	16	14	17	7

03.07.2013г в МЗ

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области**«Воронежская областная станция переливания крови»**

Транспортная, 56, г. Воронеж, 394024
 тел./факс (473) 237-29-56 e-mail: vospk1@mail.ru

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**БУЗВО «Воронежская областная станция переливания крови»
за 2012 год.**

БУЗВО «Воронежская областная станция переливания крови» состоит из базовой станции – «Воронежская областная станция переливания крови» и 9 филиалов: Борисоглебский, БСМП, Электроника, Бобровский, Бутурлиновский, Калачеевский, Острогожский, Павловский, Россошанский.

Основные показатели работы за 2012 год.

Таблица № 1

Выполнение плана заготовки	за 2012 год			за 2011 год		
	План	Выполнение	% выполнения	План	Выполнение	% выполнения
цельной крови, л	22000,0	21895,4	99,5	19270,0	16667,5	86,5
СЗП м.ПФ, л	9870,0	8491,0	86	6500,0	5716,5	88

Плановое задание по заготовке донорской крови БУЗВО ВОСПК не выполнено за счет снижения заготовки плазмы методом плазмафереза.

План по заготовке плазмы методом плазмафереза за год выполнен на 86%, в 2011г. на 88%. Следует отметить, что заготовлено в 2012 г цельной донорской крови на 30% больше, чем в прошлом году, СЗП – на 48% больше.

Станция полностью выполняла заявки ЛПУ, отказов не было.

Заготовка крови производилась в объеме, необходимом для выполнения заявок лечебных учреждений.

В 2012г. заготовка в филиалах, расположенных в районах, была направлена на обеспечение близлежащих ЦРБ эритро массой.

Заготовка СЗП методом плазмафереза проводилась в объемах, необходимых для пополнения запасов «лечебной» СЗП. Заготовка с целью дальнейшей переработки плазмы значительно сокращена, так как в стране проблема переработки СЗП на препараты не решена.

В 2012г. в НИИ трансплантологии (г. Москва) передано 600,0 л карантинизированной штрихкодированной плазмы и на фракционирование передано около 300,0 л плазмы.

Целевые показатели эффективности деятельности организации службы крови выполнены в соответствии с запланированными значениями, некоторое снижение показателей укомплектованности медицинскими кадрами связано с увольнением сотрудников в связи с низкой зарплатой.

Вся кровь заготавливается только в пластикатную тару.

Посттрансфузионных осложнений в лечебных учреждениях Воронежской области за 2012 и 2011 гг. не зарегистрировано.

Вся донорская кровь обследуется методом ИФА на ВИЧ-инфекции, вирусные гепатиты «В» и «С», сифилис. За 2012 год обследовано более 13,2 тысяч человек, проведено более 145 тысяч анализов, в 2011г.: около 11 тыс. доноров, более 100 тыс. анализов. Положительные анализы в 0,8% донаций за отчетный период, в 2011 г.- 1% донаций. Отвод доноров по положительным ИФА анализам составляет в 2012г. – 2% доноров, в 2011г. – 3% доноров, по России в 2011г.- 2%.

На ВОСПК и двух городских филиалах используется штрих-кодирование гемокомпонентов, ведется персонифицированный учет каждой донации донорской крови, существует информационная база доноров и «антидоноров» в режиме реального времени. Защита персональных данных осуществляется с помощью сервера с программно-аппаратным комплексом АРГУС.

План выполнения заготовки цельной крови

Таблица № 2

Выполнение плана	за 2012 год			за 2011 год		
№ филиала	План по цельной крови, л	Выполнен цельной крови, л	% выполнения цельн. крови	План по цельной крови, л	Выполнен цельной крови, л	% выполнения цельн. крови
ВОСПК	7996,0	8624,9	108	7700	6885,0	89
Борисоглебский	3500,0	3504,4	100	2370	2118,1	89
БСМП	3650,0	3802,2	104	3100	3058,9	99
Электроника	2278,0	2195,7	96	2060	1823,3	89
Бобровский	770,0	618,7	80	760	364,8	48
Бутурлиновский	350,0	282,3	81	380	258,8	68
Калачеевский	890,0	870,6	98	650	491,8	76
Острогожский	513,0	427,5	83	480	316,7	66
Павловский	927,0	589,9	64	850	592,9	70
Россошанский	1126,0	979,2	87	920	766,2	83
ВСЕГО:	22000,0	21895,4	99,5	19270	16676,5	86,5

Более 80% цельной донорской крови заготовлено на станции г. Воронежа и в трех крупных филиалах (Борисоглебский, БСМП, Электроника), 90% от заготовленной плазмы МПФ заготовлено также на этих пунктах.

В городе Воронеже заготовлено 67% всей заготовки крови (14,6 тонн) и 70% плазмы МПФ (7,6 тонн из 8,5).

Удельный вес плазмы, заготовленной МПФ, увеличился с 66% в 2011г. до 72% в 2012г. (по России в 2011г. – 42%), в том числе аппаратным методом заготовлено СЗП – 10% (в 2011г. – 6%) (по России в 2011г. – 20%). По сравнению с прошлым годом объем СЗП, заготовленной аппаратным МПФ, увеличился на 73%.

План выполнения заготовки по СЗП

Таблица № 3

Выполнение плана	за 2012 год			за 2011 год		
№ филиала	План по СЗП, л	Выполнено СЗП, л	% выполнения СЗП	План по СЗП, л	Выполнено СЗП, л	% выполн СЗП
ВОСПК	4000,0	2848,2	71	3595,0	1874,1	65
Борисоглебский	2000,0	2008,2	100	1000,0	1073,4	107
БСМП	1750,0	1717,3	98	1000,0	1519,8	152
Электроника	1180,0	1069,8	91	905	1004,5	111
Бобровский	200,0	162,0	81	-	42,6	-
Бутурлиновский	0	5,7	-	-	7,5	-
Калачеевский	240,0	219,0	91	-	51,9	-
Острогожский	100,0	111,6	112	-	32,4	-
Павловский	200,0	133,8	67	-	47,4	-
Россошанский	200,0	215,1	108	-	63,0	-
ВСЕГО:	9870,0	8490,7	86	6500,0	5716,5	88

Выдача компонентов крови в ЛПУ за 2012 год

Таблица № 4

Наименование	2012 г.	2011 г.	Отклонение
Эритроцитная масса, л.	3968,4	3736,4	+ 232,0 (6%)
Эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами, фильтрованная, доз.	112,0	148	- 36
Эритроцитная взвесь, ЛТС, доз	187,0	0	+ 187
СЗП, карантинизованная, л.	7993,31	7759,5	+ 233,8
в т.ч. СЗП вирусиактивированная	270,4	95,1	+ 175,3
Тромбоконцентрат, доз.	2818	2946	- 128
в т.ч. аферезные тромбоциты (аппаратные) (1 доз= 2×10^{11}), доз	1686	1347	+ 339
Плазма на переработку, л	600,14	704,4	- 104,26

Выдача эритроцитсодержащих компонентов крови увеличилась в 2 раза за счет эритроцитсодержащих компонентов крови с улучшенными характеристиками: эритроцитная взвесь, эритроциты фильтрованные.

Выдача СЗП увеличилась на 3%, в том числе вирусиактивированной плазмы выдано в 2,4 раза больше, чем в прошлом году. Удельный вес вирусиактивированной плазмы составил в 2012г. – 3,4% от выданной СЗП, в 2011г. -1,2%.

Выдачи концентрата тромбоцитов незначительно уменьшилась на 4%, при этом тромбоконцентрата, заготовленного методом аппаратного цитафереза, выдано на 25% больше.

Благодаря внедрению с 2009 года метода глицеролизации эритроцитной массы создан запас замороженной эритроцитной массы редких групп крови с длительным сроком хранения. На сегодняшний день имеется 15,0 л.

Абсолютный брак консервированной крови при заготовке – 1,6%, в 2011г. – 2%, по России в 2011г. – 3,5%.

Общий **брак** компонентов крови при заготовке крови на уровне прошлого года - 3,6% от заготовленных гемокомпонентов (по России в 2011г. – 4%). Брак эритромаcсы по сроку хранения снизился в 2 раза по сравнению с прошлым годом, удельный вес этого вида брака – 0,6% от заготовленной эритромаcсы, (в 2012 г. – 27,2 л, 2011 г. – 55,6 л) (по России в 2011г. – 11%).

Брака за счет гемотрансмиссивных инфекций составил 0,9% (149,3 л) от заготовленных гемокомпонентов (в 2011 г. - 1% (167,0 л), уменьшился на 11% (17,7 л).

Структура брака аналогична предыдущему году АЛТ – 38%, гемотрансмиссивные инфекции - 26% (2011г. - 32%). Среди гемотрансмиссивных инфекций брак по ВИЧ+ уменьшился в 2 раза, брак по RW - в 1,5 раза увеличился.

Продолжалась работа по проведению **карантинизации** плазмы.

В 2010 - 2012 гг. прошло карантинизацию 60% от заготовленной СЗП. По отделу заготовки крови ВОСПК – 74 % плазмы, в предыдущем году - 62 %, СЗП, заготовленная методом плазмафереза снята с карантина на 88%.

В лечебные учреждения выдавалась карантинизированная или вирусиноактивированная плазма.

За 2012 год на станции переливания крови и в филиалах сдали кровь 13,2 тысяч **доноров**, в 2011 году – 10 тысяч доноров. Число доноров увеличилось на 19% за счет доноров плазмы.

Количество обратившихся доноров достаточно для заготовки необходимых объемов крови для выполнения заявок ЛПУ в компонентах крови. Первичные доноры составляют 30 %, в 2011 г. – 39 % за счет доноров крови, по России первичные доноры в 2011г. – 34% .

Всего за этот период осуществлено донаций более 29 тысяч, в 2011 г. – 24 тысячи. Число донаций увеличилось за счет увеличения кроводач на 4%, плазмодач – на 44%.

По Воронежской области:

Таблица №6

	2012 г	2011г.	по России 2011г.
число доноров на 1 тысячу населения	9	8	11
число донаций на 1 тысячу населения	17	14	22

В отделе комплектования донорских кадров ведется постоянная работа по обновлению информационной базы доноров и «Антидоноров».

С апреля 2009 г. СПК города Воронежа полностью перешла на новую федеральную информационную программу «АИСТ» по учету заготовки крови и базы доноров, полученную в рамках национальной программы «Развитие службы крови России». На сегодняшний день в систему АИСТ включены городские филиалы ВОСПК: БСМП и Электроника.

В единую сеть АИСТ входят лечебные учреждения Воронежской обл.: Центр СПИД, Кожвендиспансер, Противотуберкулезный диспансер, Наркодиспансер, Областная инфекционная больница (Гепатокабинет) для поддержания информационной базы «Антидонор» с целью повышения безопасности заготовки крови.

Продолжалась работа по представлению доноров к награждению нагрудным знаком «Почётный донор России». За 2012 год направлен в МЗ РФ список на награждение 167 доноров Воронежской области, в 2011 году – 158 доноров были представлены к награждению за этот период.

На 01.10.2012 г. в Воронежской области проживают **6662 Почетных доноров, из них 1168 - Почетный доноров СССР.**

ВОСПК проводит планомерную работу по пропаганде добровольного донорства. Работа по **пропаганде добровольного донорства** ведется по нескольким направлениям: с постоянными донорами, молодыми донорами, корпоративными донорами, в том числе донорами административных структур, волонтерами донорства, спонсорами донорского движения. В области развивается корпоративное донорство.

Стало регулярным **проведение Донорских акций:**

Проводится чествование доноров, приуроченные к Национальному дню донора (20 апреля), Всемирному дню донора (14 июня) с широким привлечением СМИ.

В работе используются различные формы: информационная (СМИ), различные формы выражения признательности и благодарности: письма, дипломы, сувениры, в Калачеевском филиале проведение лотереи-розыгрыша ценных подарков, предоставленных спонсорами.

За 2012 год проведены **массовые мероприятия**, направленные на пропаганду добровольного донорства, в которых приняли участие 1870 человек, из них 1800 доноров:

1. Донорские акции. На территории области проведено **5 Всероссийских донорских акций** («Национальный день донора крови», «Поезд инноваций», «АвтоМотоДонор», «Всемирный день донора крови», «Суббота доноров»), в рамках которых прошли 18 донорских акций (сдача крови) и

2 торжественных мероприятий (чествование доноров), и

6 региональных акции – 9 мероприятий (Дней донора):

- «Мне 18 и мой долг ко дню победы стать донором», донорская студенческая акция и торжественное мероприятие в Калачеевском филиале ВОСПК;

- «Международный день молодого донора» (20 сентября. 28 ноября), студенческая акция ВГУ, главный корпус Молодежное движение доноров Воронежа «Качели»;

- студенческая акция ВГПУ «Добрый ангел» на ВОСПК (4 декабря);

- донорская акция на ВОСПК «Парламентарии и молодое поколение спасают жизнь» (4 октября);

- 16 ноября Городская акция «Дорожная безопасность - зависит от нас» «Мирное кровопролитие» ВОСПК В рамках Всемирного дня памяти жертв ДТП, проводимого в соответствии с Резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН от 25.10.2005 г.

За 2012 год проведены студенческие Дни донора в ВГУ, ВГМА, ВГПУ, в Аграрном техникуме в г. Калач, в 3 Профтехучилищах в г. Боброве, в училище г. Борисоглебска.

2. В холле или коридоре всех высших учебных заведений и лечебных учреждений г. Воронежа помещены плакаты «Стань донором» и «кармашек» с буклетами по вопросам донорства.

3. Поданы 6 заявок на участие в 2-х **Всероссийских конкурсах**, проводимых Координационным центром по пропаганде добровольного донорства крови при Общественной палате РФ. В номинации «То, что нас объединяет» работа ВОСПК «Воронежский Калач – город открытых сердец» вошла в пятерку лучших проектов России по пропаганде донорства крови.

Выездная работа в районах области: за 2012 год было 29 выездов в ЛПУ 21 районов с организационно-методической целью, анализа организации трансфузионной помощи в ЛПУ, в 2011 году было 29 выездов (26 ЛПУ). Кроме того, были выезды в 6 областных лечебных учреждения. Грубых нарушений не выявлено. Посттрансфузионных осложнений у пациентов не зарегистрировано. Во время выездов в ЛПУ сотрудники ВОСПК оказывали практическую консультативную помощь по вопросам организации трансфузионной помощи.

Проведено 62 выезды в г. Воронеж и районы области с целью заготовки компонентов крови (в 2011 г – 64 выезды), во время которых проведены профилактические осмотры населения-доноров: за 2012 г - 3450 человек, в 2011 г - 3870 человек. Из них в районы области: выездов – 48, осмотрено - 2507 человек, в 2011 г: выездов – 39, осмотрено - 2745 человек.

Количество доноров уменьшилось в связи увеличением процента повторных доноров с 20% в 2010 году до 50% в 2012 году.

На базе **лабораторного отдела** постоянно проводятся практические занятия по обучению медперсонала лабораторий ЛПУ г. Воронежа и Воронежской области по вопросам иммуногематологических исследований. В 2012г. обучены на рабочем месте 10 человек: 2 врачей, 5 биологов и 3

лаборантов) (2011г. – 29:7 врачей, 9 биологов и 13 лаборантов) из ЛПУ. Проведено 1397 (2011г. -1908) консультаций по трудным вопросам изосерологии из различных ЛПУ (стационары, женские консультации, поликлиника). Проведено 131 (2011г.- 89) индивидуальных подборов реципиенту донора крови, проба Кумбса -125.

Кадры

Штаты ВОСПК

Таблица № 5

	Врачи	Средний персонал, в т. ч. медрегистраторы
Штаты	73,0	170,25
Физические лица	33	102
Имеют сертификаты (человек)	33	82

Низкая укомплектованность врачами и средним медперсоналом связана с низкой заработной платой персонала.

Укомплектованность врачами – 2012г. - 45%, 2011г. - 50%, средним медперсоналом 2012г. - 60%, 2011г. -60, на уровне прошлого года.

Сертифицированность врачей - 100%, среднего медицинского персонала -100%.

Прошли обучение 4 врача: 2 – ПП, 2 – Ус.

Обучение среднего медперсонала 61 человек, в 2011г. – 26 человек.

Имеют категорию

категория	высшая	1	2	Без категории
Врачи	13	7	3	4
Средний медперсонал	30	28	10	14

Подтвердили квалификационную категорию 5 врачей, 9 среднемедицинского персонала, в 2011г. – 12 сотрудников.

В 2012г. 2 врачам ВОСПК присвоены призовые места в областном конкурсе «Лучший врач года», в 2011г. – 2 врачам.

За три года участвовали в Конкурсе 7 врачей, стали призерами – 5 врачей.

Обеспеченность холодильным оборудованием удовлетворительная. Обеспеченность низкотемпературным оборудованием: мощность оборудования в БУЗВО ВОСПК без филиалов составляет 12 тонн. Необходимо обновление технологического и морозильного оборудования в филиалах ВОСПК.

В рамках национальной программы «Развитие службы крови» получено современное лабораторное оборудование с **использованием гелевых и нанотехнологий**, что повысило точность и специфичность анализов и уменьшило время, затрачиваемое на проведение анализов.

Все оборудование, полученное по национальному проекту, работает в полном объеме.

Улучшилось качество заготовки компонентов крови за счет использования современных аппаратов: аппаратного плазма- и цитофереза.

Повысилась безопасность выпускаемых компонентов крови, как за счет улучшения лабораторной диагностики, так и за счет применения современных методов заготовки крови, использования метода вирусной инаktivации плазмы.

Участие в региональной программе «Модернизация учреждений здравоохранения Воронежской области в 2010-2012гг.» по задаче 3 «Информатизация учреждений здравоохранения» в 2012 проведены мероприятия на сумму 178,37 тыс. руб., получены 2 АРМ (компьютера), проведена сеть, установлен сервер

Капитальный ремонт. Проведен капитальный ремонт отопительной системы лаборатории ИФА на 127 тысяч рублей за счет бюджетных средств.

Медицинское оборудование. Приобретено медицинское оборудование за счет предпринимательской деятельности на сумму 69,4 тыс. руб.:

Машина упаковочная для гемаконов (65,0 тыс. руб.),

сканер для лабораторного оборудования – определение белков сыворотки крови УФ-01 (АСТРА).

Санитарный автотранспорт не приобретался.

Задачи на 2013 год:

1. Обеспечение ЛПУ качественными компонентами крови согласно утверждённым стандартам качества.
2. Продолжить работу по пропаганде донорства крови с привлечением средств массовой информации.
3. Продолжить карантинизацию плазмы.
4. Продолжить работу по обновлению холодильного оборудования службы крови.
5. Продолжить работу по включению филиалов в единую информационную программу «АИСТ».
6. Продолжить проведение специалистами ВОСПК мониторинга организации оказания трансфузионной помощи в ЛПУ.
7. Продолжить работу по усовершенствованию врачей и средних медработников по трансфузиологии на базе ФПМО ВГМА и ВБМК.
8. Продолжить работу по оформлению документов на представление доноров к награждению нагрудным знаком «Почетный донор России».

Главный врач БУЗВО ВОСПК

А.В. Бахметьев

Зав. ОМО Гуртовщикова

ОТРАСЛЕВАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОТЧЁТНОСТЬ

ОКАТО 4527756000 ОКВЭД 85.14.3 ОКФС 13 ОКОПФ 81

КОМУ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Республика, край, область Российская Федерация

Организация (учреждение) ГБУЗ СПК ДЗМ + 16 ОПК

Адрес 125284, Москва, ул. Поликарпова, д. 14, кор. 3

Министерство, ведомство ДЗ г. Москвы

Телефон (095) 945-71-49

Факс (095) 945-74-69

СВОД №1 (Б73) 2011 г.

39-здрав	1	2	73
Формы докум. по ОКВЭД	Органы-составл. докум. по ОКПО	Территория по СОАТО	

ОТЧЁТ СТАНЦИИ, ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ, БОЛЬНИЦЫ, ВЕДУЩЕЙ ЗАГОТОВКУ КРОВИ за 2011 год

1. Количество реакторов, 9 шт.
 2. Общий объём реакторов, 3473л
 3. Количество фракционных столов, 0 шт.
 4. Количество суперцентрифуг, шт. 8
 5. Количество рефрижераторных центрифуг с крест ротором, шт. 74
 6. В том числе на 6 стаканов, шт. 59
 7. Общее количество низкотемпературных прилавок и шкафов, шт. 282
 8. Количество аппаратов для проведения плазмафереза, шт. 130

(3/1100) 1. Штаты на конец отчётного года.

Наименование показателей	Код строки	Число должностей в целом по учреждению		Физические лица (основные работники)
		штатные	занятые	
Врачи	4/1	367,5	279,75	176
Средний медицинский персонал	2	812,5	672,75	420
Младший медицинский персонал	3	365,5	283,0	109
Прочий персонал	4	231,5	177,5	110
Инженерно-технический персонал	5	194,0	145,0	87
Всего (сумма строк 01-05)	6	1971,0	1558,0	902
Общее число должностей занятых в заготовке крови, её компонентов и стандартных сырьевых	7	X	995,25	X
Общее число должностей занятых в производстве препаратов крови	8	X	184,25	X

(3/2000) 2. Доворы и кроводачи

Наименование показателей	Код строки	1.	2.	3.
Число платных доноров	4/1		28368	
Число безвозмездных доноров	2		45935	
Общее число доноров (платных, безвозмездных)	3		74303	
Из этого числа:				
Первичных доноров	3.1		36797	
Доноров плазмы	3.2		10312	
Иммуных доноров	3.3		25	
Изоиммунных доноров	3.4		21	
Доноров клеток крови	3.5		1101	
Общее число кроводач (без учёта плазмодов)	4		82419	
Доноров в том числе безвозмездных	4.1		54177	
Общее число плазмодов	5		56852	
Общее число безвозмездных	5.1		7038	

(3/3000) 3. Заготовка крови и переработка плазмы

Наименование показателей	1.	2.	3.	4.	5.
Заготовлено цельной донорской крови, л			117125,2		113153,4
Заготовлено цельной крови от безвозмездных доноров, л (Всего)			33978,8		X
в том числе методом плазмафереза, л			9223,3		X
Переработано плазмы на препараты в лабораториях, отделах и корпусах фракционирования, л			14915,2		X

(3/4000) 4. Использование донорской крови

Виды продукции	Код строки	Приход		Расход					Остаток на конец отчётного года
		Остаток на начало отчётного года	Заготовлено	Получено из других лечебных учреждений	Выдано в лечебные учреждения для переливания	На приготовление компонентов, препаратов и стандартных сырьевых	На бактериологический контроль	На лабораторные исследования	
Кровь консервированная, л	4/01		126200,9		15,9	121350,7	644,1		13.
Кровь без гемоконсерванта, л	02		3218,9			479,9			12.
								11.	
								10.	
								11.	
								12.	
								13.	
								14.	
								15.	
								16.	
								17.	
								18.	
								19.	
								20.	
								21.	
								22.	
								23.	
								24.	
								25.	
								26.	
								27.	
								28.	
								29.	
								30.	
								31.	
								32.	
								33.	
								34.	
								35.	
								36.	
								37.	
								38.	
								39.	
								40.	
								41.	
								42.	
								43.	
								44.	
								45.	
								46.	
								47.	
								48.	
								49.	
								50.	
								51.	
								52.	
								53.	
								54.	
								55.	
								56.	
								57.	
								58.	
								59.	
								60.	
								61.	
								62.	
								63.	
								64.	
								65.	
								66.	
								67.	
								68.	
								69.	
								70.	
								71.	
								72.	
								73.	
								74.	
								75.	
								76.	
								77.	
								78.	
								79.	
								80.	
								81.	
								82.	
								83.	
								84.	
								85.	
								86.	
								87.	
								88.	
								89.	
								90.	
								91.	
								92.	
								93.	
								94.	
								95.	
								96.	
								97.	
								98.	
								99.	
								100.	

(3/5000) 5. Причаты абсолютного брака крови

Наименование	Всего	Положительное исследование на:				Брак крови			
		Сифилис	HBsAg	HCV	ВИЧ	Антигены	Антигены	Антигены	Антигены
Кровь консервированная	4190,2	245,9	92,5	353,9	29,2	2344	325,9	808,8	
Кровь целая, л	161,1	10,0	4,1	15,3	1,3	87,8	0	42,6	
Доноры	8248	464	180	661	53	4121	666	2103	

(4/8000) 8. Подготовка кадров

Наименование	Всего	Подготовка кадров				Клинико-диагностический персонал			
		Подготовлено	Код строки	Врачей	Среднего медицинского персонала	Клинико-диагностический персонал	Клинико-диагностический персонал	Клинико-диагностический персонал	Клинико-диагностический персонал
По производственной трансфузиологии				4/01	43	46	57		
По клинической трансфузиологии				02	282	330	4		

УКАЗ 4527/556000 ОКВЭД 85.14.3
ОКФС 13 ОКОПФ 81

Формы документов по ОКУД	Организация инициативы отчеты по ОКНО	Кураторы по СОАТО
КОДЫ (предоставляет организация составитель отчета)		

Утверждена Приказом Минздрава Российской Федерации от 20.11.92 № 584 Форма № 39
Почтовый - годовой

Населения 10354 тысяч Предоставляют 5 января:
(при составлении отчета о состоянии крови (больницы, ведущие заготовку крови) - рай (гор) здравоохранения (главному врачу района, города) и в исполнительные руководящие органы: органы управления службами крови; органы управления службами крови - органу управления здравоохранением территории.

Койки 81624

от лица, дом)

ЛИВАНИЯ КРОВИ, БОЛЬНИЦЫ, ВЕДУЩЕЙ ЗАГОТОВКУ КРОВИ
в 19 2007 год СВОД 1

8

открыт ротатором, шт. [86] 7. Общее количество инъекционных препаратов и инфузий, шт. [217]
[49] 8. Количество аппаратов для проведения плазмафереза, шт. [117]

(3/2000) 2. Доноры и кроводачи

Наименование показателя	Код строки	Всего	Без учета брака
Число платных доноров	41	16432	
Число безвозмездных доноров	2	30104	
Общее число доноров (платных, безвозмездных)	3	46536	
из этого числа:			
крупных доноров	3.1	25720	
доноров плазмы	3.2	6607	
малых доноров	3.3	160	
малых доноров	3.4	50	
доноров эритроцитов	3.5	563	
Общее число кроводач (без учета плазмы)	4	45095	
из этого числа:			
тех, чье безвозмездное	4.1	31729	
Общее число плазматич	5	37306	
из этого числа безвозмездных	5.1	1870	

(3/3000) 3. Заготовка крови и переработка плазмы

Наименование показателя	Код строки	Всего	Без учета брака
Заготовка цельной донорской крови, и заготовка цельной крови от безвозмездных доноров, и (Всего)	41	71799,0	69807,9
в том числе методом плазмафереза	2	10702,4	x
Переработано плазмы на препараты в лабораториях, отделах и корпусах фракционирования, и	2.1	4466,6	x
	3	8575,6	x

(3/8000) 8. Подготовка кадров

Подготовлено	Код строки	Врачи	Среднего медицинского персонала	Инженерно-технический персонал
По производственной трансфузиологии	401	29	29	
По клинической трансфузиологии	02	373	260	

Р а с х о д

Исходные данные	На приготовление компонентов, препаратов и стандартных сывороток	На бактериологический контроль	На лабораторные исследования	Выдано в другие учреждения	Абсолютный брак	Списание по истечении срока хранения	Остаток на конец отчетного года
70,0	75492,7	357,7	x		2483,5		
	120,1	x	1554,5		106,5	x	

Распределение на

УСВ	ВНЧ	Аллергическо-трансфузия	Бактериальная загрязненность	Безопасность, нарушение герметичности	Другие причины
373,2	24,8	1440,6		46,5	359,3
16,2	1,0	59,1		2,4	17,2
498	43	2500		106	986

за 2008 год

(3/2008) 2. доноры и кроводачи

Наименование показателя	Код строки	
1.	2.	3.
Число платных доноров	(4/1	18169
Число безвозмездных доноров	2	39496
Общее число доноров (платных, безвозмездных)	3	57665
Из этого числа:		
Первичных доноров	3.1	30421
Доноров плазмы	3.2	7143
Иммунных доноров	3.3	130
Изоиммунных доноров	3.4	51
Доноров клеток крови	3.5	858
Общее число кроводач (без учёта плазмодач)	4	57336
в том числе безвозмездных	4.1	42423
Общее число плазмодач	5	36231
в том числе безвозмездных	5.1	2687

(3/2000) 2. Доноры и кроводачи

за 2009 год

Наименование показателя	Код строки	
1.	2.	3.
Число платных доноров	(4/1	34929
Число безвозмездных доноров	2	47173
Общее число доноров (платных, безвозмездных)	3	82102
Из этого числа:		
Первичных доноров	3.1	41520
Доноров плазмы	3.2	10913
Иммунных доноров	3.3	46
Изоиммунных доноров	3.4	12
Доноров клеток крови	3.5	1184
Общее число кроводач (без учёта плазмадач)	4	83038
в том числе безвозмездных	4.1	45449
Общее число плазмадач	5	56263
в том числе безвозмездных	5.1	4514

(3/2000) 2. Доноры и кроводачи

за 2010 год

Наименование показателя	Код строки	
1.	2.	3.
Число платных доноров	(4/1	37574
Число безвозмездных доноров	2	42177
Общее число доноров (платных, безвозмездных)	3	79751
Из этого числа:		
Первичных доноров	3.1	39868
Доноров плазмы	3.2	11147
Иммунных доноров	3.3	94
Изоиммунных доноров	3.4	73
Доноров клеток крови	3.5	1280
Общее число кроводач (без учёта плазмадач)	4	83927
в том числе безвозмездных	4.1	50300
Общее число плазмадач	5	62315
в том числе безвозмездных	5.1	5902

(3/2000) 2. Доноры и кроводачи

за 2011 год

Наименование показателя	Код строки	
1.	2.	3.
Число платных доноров	(4/1	28368
Число безвозмездных доноров	2	45935
Общее число доноров (платных, безвозмездных)	3	74303
Из этого числа:		
Первичных доноров	3.1	36797
Доноров плазмы	3.2	10312
Иммунных доноров	3.3	25
Изоиммунных доноров	3.4	21
Доноров клеток крови	3.5	1101
Общее число кроводач (без учёта плазмодач)	4	82419
в том числе безвозмездных	4.1	54177
Общее число плазмодач	5	56852
в том числе безвозмездных	5.1	7038