

ISSN 1811-0185

# Менеджер здравоохранения

№12. 2007



# Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



ГРУППА КОМПАНИЙ  
**МЕДКОР**

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ  
МЕДИЦИНА

**(495) 775-65-65**

**www.medcore.ru**



Made for Life  
**Toshiba**

**FUJINON**  
FUJIFILM

**STERIS®**  
≡

**BANDEQ**

**MINDRAY**

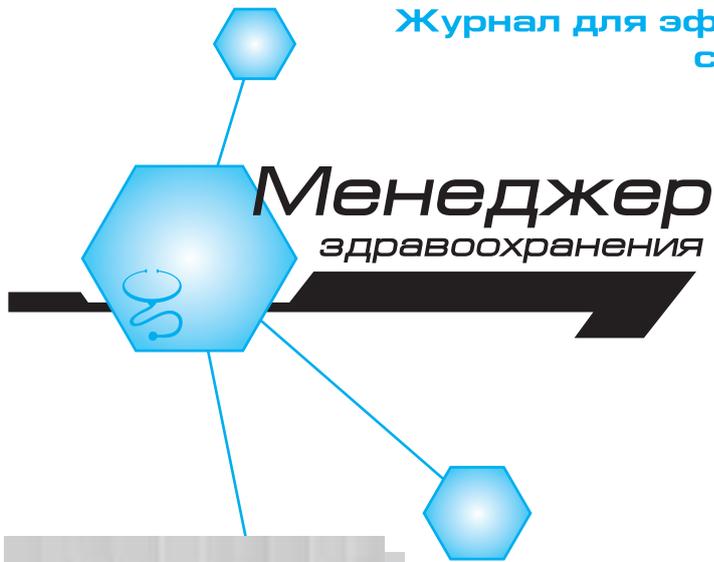
**tyco**  
Healthcare

**Söring**  
Made in Germany

Проектирование, строительство и оснащение медицинским оборудованием учреждений здравоохранения различного профиля, в том числе и сдача объектов "под ключ" с привлечением кредитных линий европейских банков сроком до 10 лет



**Группа компаний "МЕДКОР" – участник приоритетного национального проекта "Здоровье"**



## ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

**В** течение всего 2007 года я внимательно следил за публикациями «МЗ», рассматривая их как «систему обратной связи», позволяющую лучше понимать реакцию профессионального сообщества на реализуемые в отрасли перемены.

Хочу поблагодарить всех заинтересованных и неравнодушных авторов, обратившихся к нам со своими материалами, комментариями, вопросами и предложениями. Именно благодаря Вам журнал имеет репутацию по-настоящему актуального, информационно значимого и полезного издания.

Наступающий год продолжит начатые в здравоохранении преобразования. Работать во времена перемен непросто, но положительная динамика процессов, в которые мы сегодня вовлечены, очевидна. Здоровья, удовлетворенности, оптимизма всем Вам в Новом году!

**Главный редактор**

**В.И. Стародубов**

# Менеджер здравоохранения

**Главный редактор:**  
СТАРДУБОВ Владимир Иванович,  
академик РАМН, профессор

**Заместитель главного редактора:**  
КАДЫРОВ Фарит Накипович,  
д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

**Шеф-редактор:**  
КУРАКОВА Наталия Глебовна,  
д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

**Редакционная коллегия:**  
ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,  
д.м.н., заместитель директора Департамента развития  
медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ  
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,  
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ Росздрава  
МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,  
д.м.н., заместитель Главы администрации г.Ставрополя

№12  
2007

## В номере:

### РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Здравоохранение в 2008-2015 гг.**

4-8

**Настоящее и будущее льготного лекарственного обеспечения**

*Н.В. Юргель, Е.А. Тельнова*

9-15

**Государственное задание на оказание высокотехнологичной  
медицинской помощи гражданам Российской Федерации:**

**итоги выполнения за 9 месяцев 2007 года**

*И.Б. Харитоновна, В.И. Перхов*

16-25

**К вопросу о состоянии ортопедо-травматологической  
помощи населению и перспективах ее развития**

*О.А. Каплунов*

26-33

**Медико-техническое обеспечение системы здравоохранения  
— проблемы и пути решения**

*Ю.С. Кудрявцев, О.Л. Филонова, В.Я. Зиниченко, С.В. Новиков*

34-42

**Органайзер**

43

### МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Внедрение механизмов аутсорсинга в региональной системе  
здравоохранения Пермского края**

*А.Ю. Зубарев, Ш.А. Биктаев, А.С. Гаврилов*

44-47

### С МЕСТА СОБЫТИЙ

**Проблемы финансирования здравоохранения и качества  
оказания медицинской помощи**

*Материалы Круглого стола комиссии по вопросам  
здравоохранения Общественной палаты РФ. Москва, 2 ноября 2007 г.*

48-54

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

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

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

**Адрес редакции:**

127254, г.Москва,  
ул. Добролюбова, д. 11, офис 406  
idmz@mednet.ru  
(495) 618-07-92

**Главный редактор:**

академик РАМН,  
профессор В.И.Стародубов  
idmz@mednet.ru

**Зам. главного редактора:**

д.э.н. Ф.Н.Кадыров  
kadyrov@peterlink.ru

**Шеф-редактор:**

д.б.н. Н.Г.Куракова  
kurakov.s@relcom.ru

**Директор отдела распространения и развития:**

к.б.н. Л.А.Цветкова  
(495) 618-07-92  
idmz@mednet.ru  
idmz@yandex.ru

**Автор дизайн-макета:**

А.Д.Пугаченко

**Компьютерная верстка и дизайн:**

ООО «Допечатные технологии»

**Литературный редактор:**

Л.И.Чекушкина

**Подписные индексы:**

Каталог агентства «Роспечать»  
Годовая — **20102**  
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в  
типографии «Стрит Принт»  
Заказ № 1764

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

**ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,**

д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения

**ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,**

д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова

**РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,**

д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГПУ им. Н.И.Баумана

**ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,**

д.м.н., профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте РФ

**ОРЛОВ Олег Игоревич,**

д.м.н., генеральный директор фонда «Телемедицина»

**ШЕИМАН Игорь Михайлович,**

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

**ФЛЕК Виталий Олегович,**

д.м.н., профессор, советник заместителя Министра здравоохранения и социального развития

## В России проблемами скорой медицинской помощи должны заниматься все

Материалы Второго Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи, Москва, 31 октября-2 ноября 2007 г.

**55-61**

## Обратная связь

- Учреждены номинации Издательского дома «Менеджер здравоохранения» за лучшие публикации года

**62**

- Виртуальный круглый стол «МЗ»: Актуальные вопросы организации работы скорой медицинской помощи

**62-63**

- Виртуальный круглый стол «МЗ»: Проблемы подготовки организаторов здравоохранения

**64-65**

## Полезная ссылка

Microsoft открыла медицинский сервис HealthVault, а Google откроет ее аналог

**66**

## Консультирует МЗ

И.С.Хайруллина. Порядок введения должностей: директор учреждения, заместитель по хозяйственным вопросам, начальник хозяйственного отдела

**67-68**

## Вопросы и ответы

О.Г.Коган. Платные услуги

**69-71**

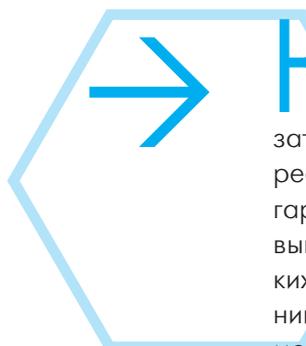
## Указатель статей, опубликованных в журнале в 2007 году

**72-80**



## ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В 2008–2015 ГГ.

### Начнется глубокая модернизация отечественного здравоохранения



**К**ак заявил первый заместитель председателя Государственной думы РФ Олег Викторович Морозов, предполагается, прежде всего, устранить дисбаланс между государственными обязательствами в сфере здравоохранения и реальными финансовыми ресурсами. Сегодня дефицит средств по программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи покрывается вынужденными расходами пациентов на оплату лекарств и медицинских услуг. По факту, на основе сети бюджетных медицинских учреждений, сформировалась скрытая, но почти узаконенная система платной медицинской помощи, в которой нет никакой социальной справедливости. В результате государственные гарантии на деле оказались лишь декларацией. Это подрывает доверие населения к государству, его институтам социальной защиты.

Необходимо также ввести единую модель обязательного медицинского страхования (сейчас сколько субъектов Федерации, столько и моделей), единый полис, действующий на всей территории России, единые тарифы на медицинские услуги, единые стандарты.

Необходимо, наконец, ликвидировать разрыв в финансировании территориальных программ оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на одного жителя, который доходит сейчас до 15 раз! Конечно, преодоление территориальных различий — дело не одного дня. Потребуются время, строго выверенная, последовательная политика федерального центра, усилия всех регионов, в том числе, разумеется, и регионов-доноров. Но в любом случае задача стоит того, чтобы всерьез взяться за ее решение. Реализация конституционного права гражданина России на получение бесплатной медицинской помощи не может и не должна зависеть от места его проживания.

Цель и смысл модернизации здравоохранения — повышение качества и доступности медицинской помощи. В конечном счете речь идет о том, чтобы перейти от здравоохранения, интересующегося человеком только по факту его болезни, к охране здоровья населения, то есть, к профилактическому здравоохранению.



## Будут определены направления развития и совершенствования законодательства в сфере здравоохранения



**А**нализ результатов реализации пилотного проекта позволит разработать модельные законодательные инициативы по обеспечению конституционных прав граждан на бесплатную помощь.

Одной из первоочередных задач является подготовка законопроектов о страховании профессиональной ответственности медицинских работников и защите прав пациентов. Для выработки основных положений указанных законопроектов в рамках пилотного проекта в субъектах Российской Федерации будет определен механизм внедрения лицензирования медицинских работников и аккредитации учреждений здравоохранения.

Предстоит подготовить законопроекты, которые будут регулировать источники и порядок финансирования здравоохранения, создадут информационную систему для учета объемов медицинской помощи, усовершенствуют организационно-правовые формы учреждений здравоохранения, урегулируют правоотношения участников рынка медицинских услуг, определяют права субъектов, участвующих в оказании медицинской помощи. После их принятия можно будет приступить к совершенствованию законодательства об обязательном медицинском страховании и охране здоровья граждан.

На рассмотрение в Государственную думу будут внесены проекты федеральных законов:

- об обязательном медицинском страховании;
- о государственных гарантиях медицинской помощи;
- о страховании профессиональной ответственности медицинских работников;
- о правах пациентов;
- о регулировании частной медицинской деятельности;
- о здравоохранении в Российской Федерации.

## Минздравсоцразвития РФ разработает стратегию здравоохранения сроком не менее чем на десять лет



**С**тратегию здравоохранения планируется принять с 2009 г. Министр здравоохранения и социального развития Т.А. Голикова объяснила, что такие серьезные программные действия необходимы для того, чтобы достичь целей, поставленных президентом Владимиром Путиным в «Концепции демографической политики РФ на период до 2025 года», то есть к 2016 году снизить смертность





на 30% и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 70 лет, а к 2025 году снизить смертность на 60% и увеличить ожидаемую продолжительность жизни до 75 лет.

Новая концепция будет включать в себя конкретные цели, механизмы реализации, предложения по изменению нормативно-правовой базы, мероприятия и индикаторы для контроля. Для их разработки планируется проведение ряда коллегий Минздравсоцразвития и заседаний общественного Совета при министерстве.

Кроме этого, для увеличения финансирования здравоохранения ведомство планирует в кратчайшие сроки рассмотреть вопросы развития нацпроекта «Здоровье».

## **Одобрены изменения в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) на 2008 г. и на плановый период 2009 и 2010 гг.»**



Госдума внесла изменения в бюджет ФФОМС на 2008–2010 гг. Законопроектом предлагается включить в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» денежные выплаты участковым терапевтам, участковым педиатрам, врачам общей (семейной) практики и медицинским сестрам соответствующих врачей в расчет среднего заработка при предоставлении им отпуска, при направлении в служебные командировки, выплате пособий при временной нетрудоспособности и при направлении на повышение квалификации с отрывом от работы. Также предлагается продолжить в 1 полугодии 2008 года «пилотный» проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения с поэтапным переходом на преимущественно одноканальное финансирование в порядке, определенном правительством РФ.

## **В 2008 году отпускные начнут начислять с учетом дополнительных доходов**



Всем работникам первичного звена здравоохранения, получающим доплаты в рамках ПНП «Здоровье», отпускные начнут начислять с учетом дополнительных доходов, заявил заместитель министра здравоохранения и социального развития России Владимир Стародубов. По его словам, в следующем году медики получат деньги и за отпуска 2007 года. Соответствующее решение принято совместно Минздравсоцразвития и Минфином России. «Средства на эти цели есть в ФФОМС», — заверил замминистра.



**С 2009 г. будет изменен механизм осуществления выплат медикам**



**С** 2009 г. предполагается изменить механизм выплат дополнительных средств, предусмотренных в рамках ПНП «Здоровье». Средства будут направляться в регионы уже не через Федеральный фонд ОМС, а через Росздрав. При расчете субсидий учтут численность населения, уровень заболеваемости и т.д.

«Реализация нацпроекта заканчивается в конце 2009 г.», — заявил заместитель министра здравоохранения и социального развития России Владимир Стародубов. «Однако это не лишит медиков возможности получать установленные нацпроектом доплаты в 5 и 10 тыс. руб. Просто расходы на это будут предусмотрены уже не отдельной строкой в рамках нацпроекта, а войдут в качестве составляющих в федеральный бюджет. То же произойдет и с финансированием мероприятий по диспансеризации населения. Все эти программы имеют продолжение в бюджете 2010 г., но механизм их осуществления и финансирования будет меняться», — сказал замминистра.

**Развитие высокотехнологичной медицинской помощи населению Российской Федерации пойдет по следующим направлениям:**



- расширение возможностей участия медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, в оказании ими ВМП в 2008–2009 годах, в том числе по направлениям «педиатрия», «детская онкология», «гематология»;
- увеличение не менее чем в три раза объемов оказания ВМП больным, нуждающимся во вспомогательных репродуктивных технологиях;
- введение в эксплуатацию центров высоких медицинских технологий с целью наращивания объемов ВМП и максимального приближения указанной помощи к населению Российской Федерации.

В целях эффективного использования бюджетных средств Минздравсоцразвития России внесена в проект федерального закона «О федеральном бюджете на 2007 год» текстовая статья, предусматривающая использование остатков средств федерального бюджета по состоянию на 1 января 2007 года на счетах Федерального казначейства, образовавшиеся в связи с неполным использованием бюджетных ассигнований 2006 года, предусмотренных на финансирование строительства Центров, на те же цели в качестве дополнительного источника финансирования указанных мероприятий в 2007 году.





В соответствии с указанными изменениями в 2008 году планируется обеспечить ввод в эксплуатацию 11 Центров в Красноярске, Тюмени, Хабаровске, Барнауле, Владивостоке, Калининграде, Новосибирске, Перми, Смоленске, Челябинске, Москве.

Подготовка кадров для Центров будет осуществляться не только во всех ВУЗах, подведомственных Росздраву, но и в научно-исследовательских организациях здравоохранения, имеющих лицензии на право ведения образовательной деятельности.

### **В России будет создана федеральная телемедицинская сеть**



«Мы предполагаем уже в следующем году начать создание телекоммуникационной сети медицинских учреждений и подключать медицинские учреждения к интернету с помощью высокоскоростных выделенных каналов», — заявил министр информационных технологий и связи России Леонид Рейман. По его словам, соответствующие предложения найдут свое отражение в плане реализации «Стратегии развития информационного общества в Российской Федерации на период до 2015 года». Леонид Рейман отметил, что проект создания телемедицинской сети основан на том, что в последнее время в России «достаточно активно развиваются телемедицинские услуги», как на базе небольших больниц, так и на базе мобильных комплексов.

Развитие телемедицинских технологий, помимо повышения качества оказания медицинской помощи, может дать и значительный экономический эффект. Так, например, в результате внедрения телемедицинских технологий в Томской области затраты только на дистанционное проведение лабораторных анализов сократились в 15–20 раз, а каждый случай проведения телемедицинской консультации вместо необоснованной эвакуации больных санитарным вертолетом позволил снизить затраты в 200–500 раз. Конкурсы по созданию телемедицинской сети планируется провести в начале 2008 года, а пока проект находится в стадии обсуждения.

Материал подготовлен  
с использованием собственной информации  
и АМИ-ТАСС, Regnum  
<http://medvestnik.ru/1/1/19159.html>



**Н.В. Юргель,**

д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

**Е.А. Тельнова,**

доктор фармацевтических наук, заместитель руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, г. Москва

## НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ ЛЬГОТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

**Д**ополнительное лекарственное обеспечение (ДЛО) — один из наиболее масштабных проектов, когда-либо реализуемых в здравоохранении современной России, который является начальным этапом модернизации здравоохранения, развитием которого стал национальный проект «Здоровье». Цель проводимых реформ — сделать медицинскую и лекарственную помощь более качественной и доступной для населения, повысить эффективность работы первичного звена в здравоохранении.

Программа ДЛО в течение всего периода её реализации подвергается постоянной критике как со стороны политиков, так и со стороны специалистов, вместе с тем надо отметить, что за период 2005–2007гг. (по состоянию на 11.09.2007) пациентам отпущено лекарственных средств по более чем 326 млн. рецептов на общую сумму около 140 млрд. руб.

Кроме того:

- программа дала импульс в реформировании здравоохранения, особенно его первичного звена, компьютеризации лечебно-профилактических учреждений и аптек;
- жизненно важные лекарственные препараты стали более доступными;
- произошло снижение смертности;
- значительно улучшилось качество и продолжительность жизни по ряду нозологий (таких, как гемофилия, рассеянный склероз, диабет, онкогематологические заболевания и др.);
- снизился уровень госпитализации отдельных категорий граждан (в некоторых регионах на 25–30%);
- уменьшилась частота вызовов «Скорой помощи».

Реализация программы позволила обратить внимание:

- на недостаточное качество подготовки специалистов первичного звена в здравоохранении;
- задуматься о необходимости выработки механизмов управления выпиской рецептов, то есть заниматься администрированием этого процесса. Наметилась определенная тенденция, направленная на понимание в субъектах Российской Федерации важности качества определения потребности, составления заявки на лекарственные средства, хотя этот процесс требует ещё накопления опыта. И если программа решает вопросы доступности и качества лекарственного обеспечения населения,



Таблица 1

## Данные о принятых на обеспечение и отказах в отпуске лекарственных средств (по округам) (по состоянию на 10.09.2007)

№№	Наименование округа	Количество рецептов на отсроченном обеспечении, шт.	Доля отсроченного обслуживания, %	Отказано в отпуске, шт.	Доля отказов, %
1.	Центральный ФО	112 078	0.54	218 804	1.06
2.	Северо-Западный ФО	89 264	2.25	168 167	4.24
3.	Южный ФО	101 450	2.13	66 874	1.40
4.	Приволжский ФО	128 151	1.73	45 654	0.62
5.	Уральский ФО	40 325	1.13	4 866	0.14
6.	Сибирский ФО	59 226	0.66	6 511	0.07
7.	Дальневосточный ФО	35 675	1.66	8 280	0.38
8.	Итого по Российской Федерации	566 169	1.10	519 156	1.01

то индикатором качества её реализации является уровень обслуживания рецептов, уровень отказов в отпуске лекарственных средств по рецептам. По этим показателям на начало сентября 2007 г. ситуацию по дополнительному лекарственному обеспечению можно охарактеризовать как стабильную.

По состоянию на 11.09.2007 в субъекты Российской Федерации поставлено лекарственных средств по 328 международным непатентованным наименованиям (МНН) и 742 торговым наименованиям (ТН) на общую сумму 32 728 757 тыс. руб., выписано 58 327 357 рецептов, при этом 50 517 237 рецептов обслужено на сумму 30 247 258 тыс руб., средняя стоимость рецепта составляет 599 руб.

Однако самое большое количество рецептов на отсроченном обеспечении отмечалось в апреле 2007 г. и составляло 1 700 000 рецептов, по состоянию на 11.09.2007 на гарантию поставлено 566 169 рецептов, то есть количество рецептов на отсроченном обеспечении уменьшилось практически в 3 раза, а уровень обслуживания рецептов с начала года снизился с 14 до 1,15%.

Из данных таблицы 1 видно, что самое большое количество рецептов принято на обеспечение в Приволжском федеральном

округе — 128 151 рецепт (или 1,73%), затем по количеству рецептов идет Центральный и Южный ФО — соответственно, 112 078 (0,54%) и 101 450 (2,13%). Однако самое большое количество «льготников» в Центральном ФО — 2 571 058 чел., на втором месте Приволжский ФО — 1 481 341 чел., на третьем — Сибирский ФО — 1 173 218 чел.

В пересчете на количество «льготников» лидерами по количеству рецептов на отсроченном обеспечении являются Северо-Западный федеральный округ, Южный и Дальневосточный ФО (таблица 2).

Таким образом, именно эти округа должны вызывать у нас особое беспокойство по качеству лекарственного обеспечения населения. Особое беспокойство вызывает ситуация в Южном федеральном округе, где совпадают абсолютные и относительные данные с данными мониторинга обстановки, получаемой непосредственно с территории.

Именно то, что пациент не может получить своевременно лекарственное средство, формирует его отношение к программе в целом. В 2007 г. по заказу Росздравнадзора аналитической компанией DSM Group проведен очередной социологический опрос по отношению к реализации программы ДЛО (в период



Таблица 2

**Сведения о принятых на обеспечение рецептах в субъектах Российской Федерации в пересчете на количество льготников (по округам) (по состоянию на 10.09.2007)**

№№	Наименование округа	Количество льготников, чел.	Количество рецептов на отсроченном обеспечении, шт.	Количество рецептов на одного льготника, шт.
1.	Центральный ФО	2 571 058	112 078	0.04
2.	Северо-Западный ФО	823 857	89 264	0.11
3.	Южный ФО	1 056 203	101 450	0.10
4.	Приволжский ФО	1 481 341	128 151	0.09
5.	Уральский ФО	630 718	40 325	0.06
6.	Сибирский ФО	1 173 218	59 226	0.05
7.	Дальневосточный ФО	332 237	35 675	0.11
8.	В целом по Российской Федерации	8 068 672	566 169	0.07

2005–2007гг. это 4-й социологический опрос). При этом выявлено, что структура льготных категорий граждан, участвующих в программе, не изменилась и основное количество «льготников» или 61% — это инвалиды 1–3-й степени. Около половины «льготников» (48%) получают лекарственные средства не чаще одного раза в месяц. «Льготники», получающие лекарства 2–3 раза в месяц, составляют 16%, наи-

более частые покупатели составляют лишь 5% от общего числа опрошенных, этот показатель вырос по сравнению с прошлым годом на 3%. Можно предположить, что это вызвано, скорее всего, периодическими отказами в выдаче необходимого препарата при первоначальном обращении по причине его отсутствия, вынуждающими «льготника» приходиться в аптеку снова и снова (рис. 1).

**Как часто Вы приобретали лекарства для себя или членов Вашей семьи?**

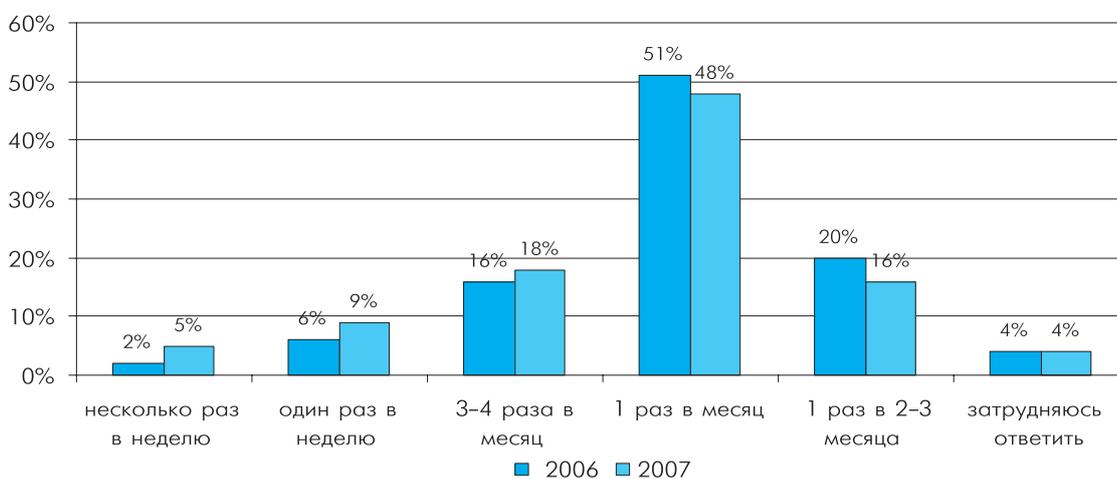


Рис. 1. Частота приобретения льготных лекарств





Таблица 3

**Основные проблемы программы льготного обеспечения в 2006 и 2007 гг.**

Проблема	Практически всегда		Довольно часто		Достаточно редко		Практически никогда		Затрудняюсь ответить	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Большие очереди к врачу для выписки льготного рецепта	45	40	26	35	13	16	14	8	2	1
Большие очереди в аптеках за получением бесплатных лекарств	11	19	21	24	29	30	37	25	3	1
Отсутствие нужного бесплатного лекарства в аптеке в момент обращения	15	41	42	37	28	15	12	5	2	1
Нужное лекарство не входит в список ДЛО	10	24	28	38	25	18	28	12	9	8

Таблица 4

**Оценка работы структурных подразделений программы ДЛО в 2006 и 2007 гг.**

Структурные подразделения	Очень плохо		Плохо		Ни хорошо, ни плохо		Хорошо		Отлично	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Работа аптек, участвующих в программе ДЛО	4	15	9	17	33	31	34	23	18	14
Работа врачей, отвечающих за выдачу рецептов на бесплатные лекарства	5	9	9	15	29	30	36	30	22	15
Деятельность местных властей	17	42	21	20	36	28	17	7	4	3

Как показывают данные социологического опроса, основной проблемой лекарственного обеспечения в 2007 г. стало отсутствие нужного лекарства в аптеках и очереди к врачу за выпиской рецепта (таблица 3).

Для успешной реализации проекта необходимо четкое взаимодействие всех его структурных составляющих: аптек, позволяющих льготникам получить лекарства; врачей, выписывающих эти лекарства. Также на успешность реализации программы влияет такой параметр, как «деятельность местных властей», так как именно местные органы

власти выполняют функцию контроля, формирования заявок на поставки, внесения изменений в ход реализации программы ДЛО (таблица 4).

При этом к «местным властям» следует отнести и органы управления здравоохранением, и администрации субъектов Российской Федерации, так как именно они могут оказывать непосредственное влияние на деятельность аптек, лечебно-профилактических учреждений и региональных складов, направленную на удовлетворение прав граждан на получение льготных лекарственных средств.



Это же подтверждается и мнением респондентов. Следует отметить, что смещение негативных оценок респондентов в сторону «властных» структур, скорее всего, связано с мнением респондентов о нежелании на местах вникать в частные проблемы «льготников», связанные с осуществлением права на получение льготного лекарства, и осознании того, что местные власти должны иметь большую ответственность и влияние на реализацию программы ДЛО.

Всё изложенное говорит о том, что необходимо совершенствовать программу с переориентацией её на региональный уровень и главное в совершенствовании программы ДЛО — перевод на региональный уровень не только финансирования, определения потребности, но и **ответственности за обеспечение конкретного пациента** (рис. 2).

На сегодняшний день и затраты, и ответственность лежат на федеральных властях, а в субъектах Российской Федерации порой забывают, что пациент — это житель конкретного региона и за его медицинское и лекарственное обеспечение отвечает именно субъект Российской Федерации.

В целях достижения стабильного уровня, улучшения доступности и качества лекарственной помощи необходимыми лекарственными средствами граждан Российской Федерации разработаны мероприятия по совершенствованию лекарственного обеспечения, которые позволят совместить реализацию полномочий субъектов Российской Федерации, повысить управляемость финансовыми, товарными потоками и выпиской лекарственных средств. Одновременно создается более жесткая система контроля полноты удовлетворения спроса и обоснованности выписки необходимых лекарственных средств отдельным категориям граждан со стороны контрольных и надзорных федеральных органов.

Предложенные мероприятия заключаются в следующем:

**1.** Делегирование с 2008 года субъектам Российской Федерации полномочий по проведению аукционов на размещение государ-



**Рис. 2. Основное направление совершенствования системы ДЛО — перевод затрат и финансирования на региональный уровень**

ственного заказа на поставку лекарственных средств, необходимых отдельным категориям граждан, в виде набора социальных услуг.

Средства на осуществление переданных полномочий предусматриваются в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и направляются в виде субвенций в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

**2.** Выделение в отдельную группу обеспечения необходимыми лекарственными средствами больных с заболеваниями, требующими проведения дорогостоящей терапии (гемофилия, муковисцидоз, гипофизарный нанизм, болезнь Гоше, миелолейкоз, рассеянный склероз, после трансплантации органов и (или) тканей), независимо от наличия у них установленного права на государственную социальную помощь, предусмотренную Федеральным законом от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи».

Для реализации данного направления пунктом 5 ст. 1 Федерального закона от 17.07.2007 № 132-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2007 год» предусмотрено выделение Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию средств федерального



бюджета на централизованную закупку лекарственных средств по Перечню, определяемому Правительством Российской Федерации.

**3.** Внедрение методов стандартизации медицинской помощи, что позволит повысить прогнозируемость затрат на медицинскую помощь, оптимизировать лекарственное обеспечение и закрепить гарантии доступности качественной медицинской помощи для граждан Российской Федерации. По состоянию на сентябрь 2007 года утверждено более 500 стандартов, включающих перечень лечебно-диагностических процедур и необходимую лекарственную терапию для конкретной нозологии.

Таким образом, в 2008 г. меняется схема лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (рис. 3).

Условно всё лекарственное обеспечение можно разделить на два уровня. Один из них — это централизованные закупки лекарственных средств по 7 высокочатотным нозологиям: гемофилия, онкогематология, муковисцидоз, рассеянный склероз, трансплантология, болезнь Гоше, гипопитарный нанизм, по 13 международным непатентованным наименованиям. Проведение аукционов на высокочатотные нозологии возложено на Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию (Росздрав).

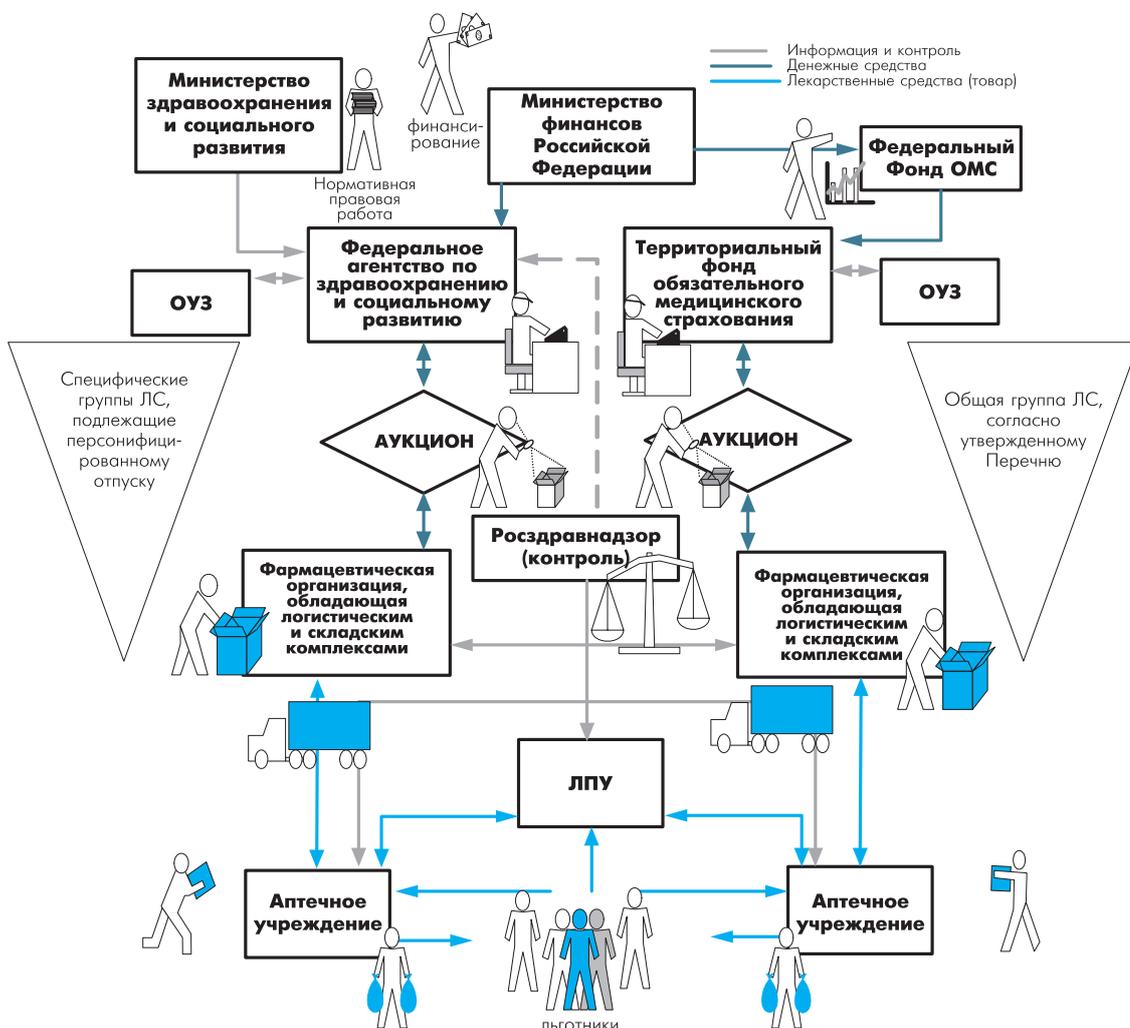


Рис. 3. Предполагаемая схема лекарственного обеспечения граждан в 2008 г.



Другой уровень — это региональный сегмент лекарственного обеспечения, где вся ответственность за лекарственное обеспечение возлагается на субъект Российской Федерации, который также в соответствии с Федеральным законом от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» проводит аукцион на закупку лекарственных средств препаратов.

В основе качественного проведения аукционов на 2008 год лежит качество определения потребности в лекарственных средствах. Однако совершенствование лекарственного обеспечения — не просто

передача полномочий в регион. Совершенствование лекарственного обеспечения — это комплекс мер, включающих и совершенствование подходов к ценообразованию, и совершенствование системы контроля за реализацией программы, взаимодействия с общественными организациями врачей, пациентов, производителей и, конечно, совершенствование информационного взаимодействия на всех этапах реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения.

Для облегчения ориентации предлагаем вниманию заинтересованных лиц основную нормативную базу, которая поможет в вопросах совершенствования программы ДЛО.

## Основная нормативная база:

1. Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставку товаров, выполнения работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (в редакции Федеральных законов от 31.12.2005 № 207-ФЗ, от 27.07.2006 № 142-ФЗ, от 20.04.2007 № 53-ФЗ, от 24.07.2007 № 218-ФЗ) (поправки вступают в силу с 1 октября 2007 г., если не установлено специально: Федеральный закон от 24.07.2007 № 218-ФЗ).
2. Федеральный закон от 21.07.2007 № 184-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов».
3. Федеральный закон от 29.12.2006 № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».
4. Федеральный закон от 24.07.2007 № 198-ФЗ «О федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов».
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.05.2007 № 296 «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации».
6. Федеральный закон от 17.07.2007 № 132-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2007 год»».
7. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.05.2007 № 609-р «Перечень товаров (работ, услуг), размещение заказов на поставки (выполнение, оказание) которых осуществляется путем проведения аукциона».



**И.Б. Харитонова, В.И. Перхов, С.А. Киреев,**

Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, г. Москва

# ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗАДАНИЕ НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ИТОГИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2007 ГОДА

Одним из компонентов приоритетного национального проекта «Здоровье» является дорогостоящая высокотехнологичная медицинская помощь (далее — ВМП).

Основным документом, регламентирующим оказание ВМП в 2007 году, является Приказ Минздравсоцразвития России от 7 мая 2007 г. № 320 «Об оказании во II–IV кварталах 2007 года высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях и в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований». Приложениями приказа определяются перечень видов по профилям высокотехнологичной медицинской помощи; перечень медицинских учреждений, участвующих в выполнении государственного задания, и профилей оказываемой ими высокотехнологичной медицинской помощи; государственное задание на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (далее — Задание), включающее нормативы финансовых затрат по профилям высокотехнологичной медицинской помощи.

Целью данной работы является анализ итогов выполнения медицинскими учреждениями Задания за 9 месяцев 2007.

### Материалы исследования

Отчетные данные медицинских учреждений, выполняющих Задание, полученные путем ежемесячного мониторинга исполнения установленных объемов оказания ВМП, в том числе в федеральных медицинских учреждениях (далее — ФМУ), подведомственных Федеральному агентству по высокотехнологичной медицинской помощи (далее — Росмедтехнологии), в соответствии с Приказом Росмедтехнологий от 28.05.2007 № 51 и ФМУ, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию (далее — Росздрав), Российской академии медицинских наук (далее — РАМН), Федеральному медико-биологическому агентству (далее — ФМБА России), в соответствии с соглашениями, заключенными Росмедтехнологиями с указанными главными распорядителями средств федерального бюджета.

Система учета и отчетности по исполнению Задания медицинскими учреждениями сформирована в рамках Приказа Минздравсоцразвития

© И.Б. Харитонова, В.И. Перхов, С.А. Киреев, 2007 г.



России от 11.09.2007 № 590 «Об утверждении медицинской документации мониторинга реализации государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета».

Росмедтехнологиями в соответствии с вышеуказанным приказом сформирован сводный отчет по реализации Задания на оказание ВМП в федеральных медицинских учреждениях за 9 месяцев 2007 г. (см. Приложение).

### Полученные результаты

В первом квартале 2007 г. в реализации Задания принимали участие федеральные медицинские учреждения, подведомственные трем главным распорядителям средств федерального бюджета: РАМН, Росздраву и ФМБА России.

Начиная со 2 квартала 2007 года, Задание исполняли 146 медицинских учреждений, из них 93 федеральных медицинских учреждения (41 медицинское учреждение, подведомственное Росмедтехнологиям, 23 — Росздраву, 21 — РАМН, 8 — ФМБА России); 53 медицинских учреждения, находящихся в ведении 34 субъектов Российской Федерации и расположенных на территории их муниципальных образований (44 медицинских учреждения субъектов Российской Федерации и 9 муниципальных медицинских учреждений).

Распределение медицинских учреждений — исполнителей государственного задания (МУИГЗ) во 2–3 кварталах 2007 г. по федеральным округам и среднее число жителей округа (тыс.) на одно медицинское учреждение представлены в *таблице 1*.

На реализацию Задания Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2007 год» было предусмотрено 17,5 млрд. рублей, в том числе до 2,0 млрд. рублей на выполнение Задания в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Плановые показатели объемов ВМП были установлены следующие: для ФМУ — 145 000 пролеченных больных (на 1 квартал 2007 г — 32 480 больных; на 2–4 квартал 2007 г. — 112 520 больных), для медицинских учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных медицинских учреждений — 25 000 пролеченных больных.

В *таблице 2* представлены объемы плановых показателей ВМП на 2–4 квартал 2007 г.

В рамках выполняемых функций по организации выполнения и финансовому обеспечению установленного для ФМУ государственного задания на оказание ВМП гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета, с учетом анализа результатов деятельности ФМУ по оказанию высокотехноло-



Таблица 1

### Структура распределения по федеральным округам медицинских учреждений — исполнителей государственного задания и его выполнение за 9 месяцев 2007 г.

Название округа	Число МУИГЗ	% от всех МУИГЗ	Тысяч жителей на 1 МУИГЗ
Центральный федеральный округ	54	37,0	691
Северо-Западный федеральный округ	17	11,6	801
Приволжский федеральный округ	25	17,1	1220
Сибирский федеральный округ	18	12,3	1093
Южный федеральный округ	12	8,2	1899
Уральский федеральный округ	14	9,6	875
Дальневосточный федеральный округ	6	4,1	1091



Таблица 2

## Объемы плановых показателей ВМП (2–4 квартал 2007 года)

Наименование	Число пролеченных больных, ед.	
	Всего	%
1. Объем ВМП для ФМУ, в том числе:	112 520	81,8
ФМУ Росмедтехнологий	54 744	39,8
ФМУ РАМН	21 401	15,6
ФМУ Росздрава	20 752	15,1
ФМУ ФМБА России	3 392	2,5
резервный объем ВМП	12 231	8,9
2. Объем ВМП для медицинских учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, в том числе:	25 000	18,2
распределенный объем ВМП	13 513	9,8
резервный объем ВМП	11 487	8,4
<b>ИТОГО:</b>	<b>137 520</b>	<b>100,0</b>

Таблица 3

## Оперативная информация о результатах оказания населению ВМП в федеральных медицинских учреждениях за 9 месяцев 2007 года

Наименование ГРСФБ	Число пролеченных, чел.												Уровень выполнения плановых показателей, %
	1 квартал 2007 г.			2 квартал 2007 г.			3 квартал 2007 г.			9 месяцев 2007 г.			
	План	Факт	В том числе. дети	План	Факт	В том числе. дети	План	Факт	В том числе. дети	План	Факт	В том числе. дети	
Росмедтехнологии (41 ФМУ)	0	0	0	19 203	20 167	3 083	19 249	18 261	2 858	38 452	38 428	5 941	99,9
ФМБА (8 ФМУ)	1 250	1 497	47	1 594	1 772	58	1 111	1 160	24	3 955	4 429	129	112,0
РАМН (21 ФМУ)	9 121	9 902	1 984	8 884	9 124	1 957	8 075	8 705	1 766	26 080	27 731	5 707	106,3
Росздрав (23 ФМУ)	22 109	23 291	3 931	7 663	7 843	2 108	7 658	8 990	3 025	37 430	40 124	9 064	107,2
<b>Всего (93 ФМУ):</b>	<b>32 480</b>	<b>34 690</b>	<b>5 962</b>	<b>37 344</b>	<b>38 906</b>	<b>7 206</b>	<b>36 093</b>	<b>37 116</b>	<b>7 673</b>	<b>105 917</b>	<b>110 712</b>	<b>20 841</b>	<b>104,5</b>



гичной медицинской помощи, Росмедтехнологии провели корректировку плановых показателей установленного на 3 и 4 кварталы 2007 г. государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в ФМУ в сторону увеличения и довели до Росздрава, РАМН и ФМБА дополнительные объемы бюджетных ассигнований в размере 1,2 млрд.рублей.

Уточненные плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи в ФМУ в 4 квартале 2007 года составили 47 169 пролеченных больных, годовые — 153 086 пролеченных больных.

Всего за 9 месяцев 2007 года в федеральных медицинских учреждениях с применением высоких медицинских технологий пролечено 110 712 больных (таблица 3).

Наибольшие объемы ВМП за 9 месяцев 2007 года в ФМУ были оказаны по профилю

«онкология» — 29,7% (32 863 пролеченных), «сердечно-сосудистая хирургия» — 17,2% (19 036 пролеченных) и «офтальмология» — 16,5% (18 219 пролеченных). Структура оказанных в ФМУ за 9 месяцев 2007 года объемов высокотехнологичной медицинской помощи по её профилям представлена в таблице 4.

Таким образом, по результатам 9 месяцев 2007 года, сложившийся уровень исполнения скорректированного годового государственного задания на ВМП в федеральных медицинских учреждениях составляет 72,3%, девятемесечного — 104,5%.

В 2006 году финансовое обеспечение государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи 128 тыс. больным составляло 9,9 млрд. рублей. В среднем 77,3 тыс. рублей на одного пролеченного больного.

Таблица 4

**Структура оказанных в ФМУ за 9 месяцев 2007 года объемов высокотехнологичной медицинской помощи по её профилям**

Профиль ВМП	Число пролеченных, чел.	Доля профиля, %
Абдоминальная хирургия	1589	1,4
Акушерство и гинекология	2283	2,1
Гастроэнтерология	337	0,3
Гематология	2517	2,3
Дерматовенерология	1949	1,8
Комбустиология	431	0,4
Неврология	1016	0,9
Нейрохирургия	3336	3,0
Онкология	32 863	29,7
Оториноларингология	372	0,3
Офтальмология	18 219	16,5
Педиатрия	4634	4,2
Ревматология	3323	3,0
Сердечно-сосудистая хирургия	19 036	17,2
Торакальная хирургия	1224	1,1
Травматология и ортопедия	9111	8,2
Трансплантация	433	0,4
Урология	2763	2,5
Челюстно-лицевая хирургия	1603	1,4
Эндокринология	3673	3,3
<b>ИТОГО:</b>	<b>110 712</b>	<b>100,0</b>





Уточненное финансовое обеспечение государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи 152,0 тыс. больным в федеральных медицинских учреждениях составит в 2007 году 15,9 млрд. рублей. В среднем 103,9 тыс. рублей на одного пролеченного больного, или в 1,34 раза больше, чем в 2006 году.

Уточненные объемы целевых бюджетных ассигнований, доведенных до главных распорядителей средств федерального бюджета (ГРСФБ), имеющих в своем ведении исполнителей Задания, представлены в *таблице 5*.

Следует отметить, что органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации представили в Росмедтехнологии отчетные данные, не позволяющие прогнозировать полное выполнение первоначальных плановых показателей установленного Задания.

Основными причинами, которые привели к медленным темпам реализации государственного задания медицинскими учрежде-

ниями субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, были длительные сроки: утверждения необходимых нормативных правовых актов на уровне субъектов Российской Федерации; проведения денежных средств в органах территориального казначейства; осуществление конкурсной процедуры закупки медикаментов и дорогостоящих расходных материалов.

В результате часть объемов задания (8086 больных), первоначально запланированных для медицинских учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, передана в 4 квартале 2007 года федеральным медицинским учреждениям.

Таким образом, в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, будет пролечено с оказанием ВМП по уточненным показателям государственного задания на оказание ВМП за счет средств федерального бюджета — 16 914 больных, из них по профи-

*Таблица 5*

**Объемы целевых бюджетных ассигнований, доведенных до главных распорядителей средств федерального бюджета (ГРСФБ), в 2007 году (млрд. руб.)**

Наименование ГРСФБ	1 квартал 2007 г.	2 квартал 2007 г.	3 квартал 2007 г.	9 месяцев 2007 г.	4 квартал 2007 г.	Всего 2007 г.
Росмедтехнологии	-	1,8	1,8	3,6	2,6	6,2
ФМБА России	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,5
РАМН	1,1	1,1	1,0	3,2	1,6	4,8
Росздрав	2	0,7	0,7	3,4	1,0	4,4
Всего	3,2	3,7	3,6	10,5	5,4	15,9

*Таблица 6*

**Распределение объемов ВМП и их финансового обеспечения на 2007 год (млрд. руб.)**

Уровень организации оказания ВМП	Объем ВМП (чел.)	в том числе:		Финансовое обеспечение ВМП (тыс. руб.)	в том числе:	
		1 квартал	2-4 квартал		1 квартал	2-4 квартал
Федеральные медицинские учреждения	153 086	32 480	120 606	15 865 565,0	3 179 141,5	12 686 423,5
Медицинские учреждения субфедерального уровня	16 914	-	16 914	1 611 099,5		1 611 099,5
<b>ИТОГО</b>	<b>170 000</b>	<b>32 480</b>	<b>137 520</b>	<b>17 475 665,0</b>	<b>3 179 141,5</b>	<b>14 297 523,0</b>



лю «сердечно-сосудистая хирургия» — 10 001 больной, «травматология и ортопедия» — 4780 больных, «нейрохирургия» — 2133 больных.

Уточненные показатели по плановому числу пролеченных больных во 2–4 кварталах 2007 года составили по федеральным медицинским учреждениям 120 606 больных (в том числе детей — 28 634), из них в ФМУ Росмедтехнологий — 62 937 больных, ФМУ Росздрава — 25 087, ФМУ РАМН — 28 283, ФМУ ФМБА России — 4299.

Распределение объемов ВМП и их финансового обеспечения на 2007 год представлено в *таблице 6*.

Следует отметить, что до настоящего времени остается нерешенной проблема создания единой информационной базы данных, необходимой для обеспечения должного взаимодействия участников реализации Задания на оказание ВМП.

Для решения указанной проблемы Росмедтехнологиями ведется разработка программно-информационного комплекса «Система ведения информационных ресурсов и централизованного обмена данными по организации высокотехнологичной медицинской помощи населению», подготовлены проекты приказов Росмедтехнологий «О ведении федеральной базы данных пациентов, нуждающихся в ВМП», «Об информационно-координационном Центре высоких медицинских технологий», запланирована методологическая подготовка органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации как пользователей единой информационной базы данных ВМП.

Для обеспечения согласованных действий федеральных медицинских учреждений, находящихся в ведении Росмедтехнологий, и других государственных и общественных учреждений и организаций, а также образовательных учреждений по решению задач, связанных с организацией разработки и реализации высоких медицинских технологий, организацией предоставления высокотехнологичной медицинской помощи, а также развитием иннова-

ционной системы подготовки кадров для сферы разработки и применения высоких медицинских технологий при оказании медицинской помощи, Росмедтехнологиями создан Научно-лечебный координационный совет Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи.

## Выводы

Плановые и фактические объемы в разрезе профилей ВМП соответствуют социальной значимости проблемы: в последние 10 лет наиболее высокие показатели инвалидности и смертности отмечаются при болезнях системы кровообращения, онкологических заболеваниях, травмах и болезнях опорно-двигательного аппарата.

Совершенствование механизмов обеспечения эффективности инновационной научной и высокотехнологичной лечебно-диагностической деятельности федеральных, а также других медицинских учреждений и организаций на ближайшую перспективу связано с определением приоритетных направлений развития прикладных исследований медицинской науки, формированием актуальных предложений по разработке современных научных и научно-технических программ и проектов по оказанию ВМП населению, созданием единого и доступного для всех участников системы предоставления гарантированной ВМП информационного пространства, а также с совершенствованием соответствующей нормативной правовой базы.

Можно также сделать вывод о том, что Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи в течение 2–3 кварталов 2007 года успешно реализовывает свои полномочия и функции по обеспечению деятельности, связанной с разработкой и реализацией современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания за счет средств федерального бюджета высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».





## Приложение. Сведения о предоставлении гражданам Российской Федерации в федеральных медицинских учреждениях

Субъекты Российской Федерации	Абдоминальная хирургия	Акушерство и гинекология	Гастро-энтерология	Гематология	Дермато-венерология	Комбустиология	Неврология	Нейрохирургия	Онкология
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Всего пролечено больных, в том числе:	1589	2283	337	2517	1949	431	1016	3336	32 863
<b>ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ</b>	<b>671</b>	<b>1523</b>	<b>218</b>	<b>1468</b>	<b>709</b>	<b>231</b>	<b>519</b>	<b>1637</b>	<b>16 450</b>
БЕЛГОРОДСКАЯ ОБЛ.	8	4		11			5	39	132
БРЯНСКАЯ ОБЛ.	9	28	1	11	18	2	10	52	232
ВЛАДИМИРСКАЯ ОБЛ.	10	28		14	12	5	7	17	243
ВОРОНЕЖСКАЯ ОБЛ.	12	26	4	21	24	1	16	33	193
ИВАНОВСКАЯ ОБЛ.	1	173	1	10	3		6	33	63
КАЛУЖСКАЯ ОБЛ.	9	26	5	19	9	14	8	40	798
КОСТРОМСКАЯ ОБЛ.	4	16		5	15	1	8	22	97
КУРСКАЯ ОБЛ.	13	12		18	52		11	43	153
ЛИПЕЦКАЯ ОБЛ.	16	4		18	11		12	31	126
МОСКОВСКАЯ ОБЛ.	148	386	74	261	140	50	160	353	4204
ОРЛОВСКАЯ ОБЛ.	4	18	1	15	14		6	25	106
РЯЗАНСКАЯ ОБЛ.	4	12	1	14	9		7	26	111
СМОЛЕНСКАЯ ОБЛ.	8	11	2	14	13		12	35	169
ТАМБОВСКАЯ ОБЛ.	9	13		10	5	4	8	40	154
ТВЕРСКАЯ ОБЛ.	12	39	1	22	11		14	83	283
ТУЛЬСКАЯ ОБЛ.	16	24	2	20	21	1	18	42	321
ЯРОСЛАВСКАЯ ОБЛ.	5	13		12	2		2	44	137
МОСКВА	383	690	126	973	350	153	209	679	8928
<b>СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ</b>	<b>309</b>	<b>232</b>	<b>44</b>	<b>308</b>	<b>635</b>	<b>15</b>	<b>232</b>	<b>474</b>	<b>7401</b>
РЕСП. КАРЕЛИЯ	3	5	1	4	16	1	3	22	50
РЕСП. КОМИ	5	2		6	15		12	20	55
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	6	13	1	4	5			21	33
НЕНЕЦКИЙ АО		2					1		
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	12	9	1	5	14		4	34	91
КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	12	7		7	4	1	4	41	159
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ.	28	77	4	22	77	1	8	96	924
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	6	8	1	8	26		4	16	143
НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ.	11	17	2	14	35		10	47	235
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	5	11		7	9		3	14	135
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	221	81	34	231	434	12	183	163	5576
<b>ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ</b>	<b>318</b>	<b>266</b>	<b>37</b>	<b>217</b>	<b>63</b>	<b>21</b>	<b>72</b>	<b>484</b>	<b>5283</b>
РЕСП. АДЫГЕЯ	15	4	1	1	4			3	70
РЕСП. ДАГЕСТАН	6	19		24	17	3	11	50	297
ИНГУШСКАЯ РЕСП.	3	12		9	1	4		9	165
КАБАРДИНО-БАЛКАР.РЕСП.	14	3		9			4	41	173
РЕСП. КАЛМЫКИЯ	7	28		8			5	12	87
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕС.РЕСП.	7	4		6	7		3	17	49
РЕСП. СЕВ.ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ	10	22	1	13		5	6	33	162
ЧЕЧЕНСКАЯ РЕСП.	10	37	3	37	1	6	10	52	444
КРАСНОДАРСКИЙ КРАЙ	153	34		24	5	1	10	36	728
СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ	21	2		14		2	8	64	223
АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ.	8	4	3	5	1		3	18	39
ВОЛГОГРАДСКАЯ ОБЛ.	7	4	1	8	2		9	70	97
РОСТОВСКАЯ ОБЛ.	57	93	28	59	25		3	79	2749



**высокотехнологичной медицинской помощи по государственному заданию  
в 1, 2 и 3 кварталах 2007 года**

Оторино-ларингология	Офтальмология	Педиатрия	Ревматология	Сердечно-сосудистая хирургия	Торакальная хирургия	Травматология и ортопедия	Трансплантация	Урология	Челюстно-лицевая хирургия	Эндокринология	Итого больных	В том числе детей*
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
372	18219	4634	3323	19036	1224	9111	433	2763	1603	3673	110 712	20 841
<b>121</b>	<b>7777</b>	<b>2420</b>	<b>1509</b>	<b>7173</b>	<b>492</b>	<b>2462</b>	<b>267</b>	<b>1389</b>	<b>808</b>	<b>1407</b>	<b>49251</b>	<b>9291</b>
4	185	43	29	60	2	48	1	19	12	25	627	180
8	241	53	40	111	2	68	2	22	38	32	980	290
5	182	67	62	179	9	106	2	32	9	36	1025	269
4	177	51	25	64		63	1	32	22	24	793	232
	163	241	13	85	3	88	2	15	15	13	928	488
4	278	43	28	196	5	88		22	16	28	1636	220
4	33	36	7	60	1	47		11	9	17	393	148
4	62	46	30	77	3	52	4	26	27	25	658	335
10	254	55	22	88	5	61	4	14	22	29	782	270
25	2063	498	371	1799	102	655	57	365	129	335	12175	1683
1	110	17	10	84	1	38	2	8	9	19	488	109
3	261	37	24	153	2	68	1	21	33	16	803	203
5	145	31	29	104	7	66	1	14	13	12	691	213
4	465	25	26	121	10	63	2	13	22	19	1013	189
3	146	48	40	300	9	134	7	34	16	23	1225	318
4	279	58	48	175	9	50	8	23	33	36	1188	338
	123	27	15	137	11	31	2	20	13	18	612	169
33	2610	1044	690	3380	311	736	171	698	370	700	23 234	3637
<b>119</b>	<b>1088</b>	<b>339</b>	<b>1078</b>	<b>3311</b>	<b>175</b>	<b>1760</b>	<b>65</b>	<b>584</b>	<b>164</b>	<b>985</b>	<b>19 318</b>	<b>2328</b>
	71	23	32	85	3	70	4	5	4	18	420	133
12	61	20	10	47	4	28		9	8	10	324	96
1	46	13	10	110	4	115		71	14	27	494	78
1	3			9	4	5		3	1	2	31	7
4	75	37	52	159	11	79	5	13	6	38	649	243
4	62	28	35	112	7	68	1	14	8	26	600	145
15	127	46	240	342	48	495	3	47	12	153	2765	352
2	89	25	37	99	9	85		39	10	31	638	152
10	70	35	84	142	10	86	1	16	11	67	903	203
2	70	12	52	96	10	94		9	12	20	561	103
68	414	100	526	2110	65	635	51	358	78	593	11 933	816
<b>34</b>	<b>2127</b>	<b>575</b>	<b>257</b>	<b>1425</b>	<b>89</b>	<b>986</b>	<b>31</b>	<b>262</b>	<b>204</b>	<b>317</b>	<b>13 068</b>	<b>2840</b>
	43	11	4	23		17		5	1	6	208	33
6	89	48	26	215	18	105	4	27	31	35	1031	377
	75	23	3	41	6	23	1	11	8	5	399	95
3	82	28	14	79	2	80	2	19	11	23	587	180
1	71	21	4	41	9	19		3	10	13	339	89
1	39	16	10	57	3	19		10	6	13	267	91
3	79	43	20	136	12	157	4	18	21	34	779	240
3	186	43	12	131	9	64	4	22	18	38	1130	324
6	854	53	25	65	7	123	5	39	23	40	2231	304
4	114	34	22	231	5	157	6	16	16	24	963	289
1	35	15	4	66	5	27		15	11	18	278	94
4	299	48	38	63	8	119	2	19	26	34	858	243
2	161	192	75	277	5	76	3	58	22	34	3998	481





<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>ПРИВОЛЖСКИЙ ФЕДЕР. ОКРУГ</b>	<b>198</b>	<b>86</b>	<b>27</b>	<b>416</b>	<b>296</b>	<b>128</b>	<b>71</b>	<b>341</b>	<b>2180</b>
РЕСП. БАШКОРТОСТАН	4	2		14	9		5	12	82
РЕСП. МАРИЙ ЭЛ	2	8		7	4	1	4	11	33
РЕСП. МОРДОВИЯ	4		1	8			3	13	70
РЕСП. ТАТАРСТАН	5			12		1	8	26	54
УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛ.	4	4	1	12			4	17	81
ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА	5	9		11	1	2	7	15	89
КИРОВСКАЯ ОБЛ.	62	2		120	25		4	20	765
НИЖЕГОРОДСКАЯ ОБЛ.	43	19	1	32	7	123	9	19	216
ОРЕНБУРГСКАЯ ОБЛ.	3	3		9	28		3	8	77
ПЕНЗЕНСКАЯ ОБЛ.	5	9	2	16	14		7	43	109
ПЕРМСКИЙ КРАЙ	6	6		12	6		6	24	77
САМАРСКАЯ ОБЛ.	32	15	14	134	40	1	3	9	79
САРАТОВСКАЯ ОБЛ.	16	8	7	21	152		5	113	365
УЛЬЯНОВСКАЯ ОБЛ.	7	1	1	8	10		3	11	83
<b>УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕР. ОКРУГ</b>	<b>20</b>	<b>115</b>	<b>7</b>	<b>36</b>	<b>214</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>50</b>	<b>310</b>
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	1	2		5	8		4	15	26
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	4	104	5	13	197		10	13	94
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	5	8		3	5		3	8	102
ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АО	5	1		6			6	2	19
ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АО	1							2	13
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	4		2	9	4	1	6	10	56
<b>СИБИРСКИЙ ФЕДЕР. ОКРУГ</b>	<b>43</b>	<b>34</b>	<b>3</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>77</b>	<b>247</b>	<b>963</b>
РЕСП. АЛТАЙ	1			1				6	13
РЕСП. БУРЯТИЯ	5			3			3	16	23
РЕСП. ТЫВА	8	3		3			6	3	14
РЕСП. ХАКАСИЯ	1	2						1	20
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	2	7		3	3		5	34	42
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	10	11		7	7		23	13	34
ТАЙМЫРСКИЙ АО							2		8
ЭВЕНКИЙСКИЙ АО									
ИРКУТСКАЯ ОБЛ.	4	4		11		1	3	11	72
УСТЬ-ОРДЫНСКИЙ БУРЯТСКИЙ АО									1
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	3			8			7	45	280
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	6	3		13	6		19	68	60
ОМСКАЯ ОБЛ.	1		2	5	11		3	6	22
ТОМСКАЯ ОБЛ.		4			3		4	23	340
ЧИТИНСКАЯ ОБЛ.	1		1	2			2	21	34
АГИНСКИЙ БУРЯТСКИЙ АО	1								
<b>ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕР. ОКРУГ</b>	<b>30</b>	<b>27</b>		<b>13</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>15</b>	<b>103</b>	<b>267</b>
РЕСП. САХА (ЯКУТИЯ)	3			7			3	16	54
ПРИМОРСКИЙ КРАЙ	13	5				29		23	59
ХАБАРОВСКИЙ КРАЙ	4	2		1		4		5	15
АМУРСКАЯ ОБЛ.	4						2	9	7
КАМЧАТСКАЯ ОБЛ.		3		1		1	2	27	23
КАРЯКСКИЙ АО									2
МАГАДАНСКАЯ ОБЛ.		2		3			4	14	13
САХАЛИНСКАЯ ОБЛ.	5	3		1			4	5	36
ЕВРЕЙСКАЯ АВТ. ОБЛ.									3
ЧУКОТСКИЙ АВТ. ОКР.	1	12			2			4	55
Байконур жители СНГ			1	3			1		9
<b>в том числе детей:</b>	<b>414</b>	<b>449</b>	<b>43</b>	<b>520</b>	<b>310</b>	<b>176</b>	<b>455</b>	<b>533</b>	<b>1885</b>





Приложение (окончание)

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<b>49</b>	<b>4668</b>	<b>694</b>	<b>294</b>	<b>1308</b>	<b>69</b>	<b>1699</b>	<b>33</b>	<b>385</b>	<b>276</b>	<b>363</b>	<b>13 581</b>	<b>3056</b>
3	638	32	18	100		59		13	5	15	1011	156
4	146	17	9	111	2	26	3	4	6	24	422	110
3	77	22	19	45	1	36		7	12	11	332	117
3	590	50	12	28	9	39	2	7	9	23	878	157
3	36	30	2	82	1	67		13	5	12	374	105
4	304	40	8	90	3	29	1	10	9	19	656	209
7	81	21	20	49	5	36	7	5	10	18	1257	219
2	327	306	41	85	4	510	8	86	82	19	1939	590
1	906	25	16	81	2	41		17	25	17	1262	292
4	123	23	21	151	4	55	2	20	13	33	654	175
6	213	12	9	20	6	95	2	10	6	12	528	122
6	269	30	41	158	14	178	4	17	57	83	1184	147
2	677	58	50	231	15	452	3	156	32	54	2417	470
1	281	28	28	77	3	76	1	20	5	23	667	187
<b>17</b>	<b>616</b>	<b>350</b>	<b>75</b>	<b>487</b>	<b>123</b>	<b>783</b>	<b>2</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>82</b>	<b>3412</b>	<b>995</b>
	36	14	12	114	6	205	1	5	6	10	470	107
3	184	240	14	62	90	406		20	11	16	1486	436
6	105	34	16	138	8	60		7	7	21	536	147
3	123	28	6	48	7	39	1	5	14	15	328	124
	24	5	2	74	2	15		1		3	142	21
5	144	29	25	51	10	58		11	8	17	450	160
<b>18</b>	<b>1240</b>	<b>182</b>	<b>90</b>	<b>4504</b>	<b>251</b>	<b>1232</b>	<b>31</b>	<b>64</b>	<b>73</b>	<b>466</b>	<b>9605</b>	<b>1707</b>
	39	6	2	78	15	15	1		2	1	180	21
1	24	14	4	139	2	33		5	9	9	290	125
7	10	14	4	71	4	16		5	6	6	180	95
	28	2	2	116	40	23	1		5	5	246	63
	157	7	1	306	3	148	5	7	5	10	745	106
2	29	12	12	271	2	86	5	13	3	5	545	128
	1	3		14	2	6			4	3	43	14
				9							9	0
1	198	45	7	109	14	173		8	11	151	823	252
				22		5					28	13
3	42	24	8	745	14	256	1	6	12	12	1466	304
1	599	12	33	1609	134	346	16	16	6	207	3154	253
2	46	11	9	70	16	25	1	3	5	12	250	82
1	20	21	2	748	2	46			4	11	1229	118
	47	11	5	177	3	53	1	1	1	34	394	127
			1	20		1					23	6
<b>13</b>	<b>694</b>	<b>69</b>	<b>20</b>	<b>824</b>	<b>25</b>	<b>189</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>53</b>	<b>2444</b>	<b>619</b>
3	69	18	10	187	2	22		10	4	12	420	150
8	211	8		158	3	24	1		6	3	551	87
2	199	12	2	89	1	13	1	2		4	356	101
	49	5	2	49	5	27			4	5	168	52
	54	6	2	114	9	34	2	5	8	10	301	78
				7	1						10	0
	14	6	1	51		25		3	3	5	144	50
	59	12	2	99	2	24		7	3	11	273	81
	25		1	21		12			2		64	12
	14	2		49	2	8		3	2	3	157	8
1	9	5		2							31	5
				2							2	
<b>257</b>	<b>1353</b>	<b>4634</b>	<b>1386</b>	<b>3160</b>	<b>167</b>	<b>1832</b>	<b>112</b>	<b>996</b>	<b>871</b>	<b>1288</b>		





**О.А. Каплунов,**

д.м.н., заведующий отделением ортопедии МУЗ «Городская клиническая больница №3», г. Волгоград

# К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ПЕРСПЕКТИВАХ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Предшествующие наши публикации касались общих вопросов состояния отечественного здравоохранения и возможных путей реформирования его в ряде аспектов с точки зрения врача-практика. Сформулированные в них предложения, имеющие, безусловно, личностный оттенок, вероятнее всего, спорны, но представляются нам рациональными в современных условиях для повышения эффективности реформ системы здравоохранения (СЗ). Настоящее сообщение, инициированное редакционной коллегией, касается более узкого вопроса, близкого автору в силу своей специализации и наличия определенного опыта работы в ортопедо-травматологической службе (ОТС) региона. Однако ряд концептуальных моментов и некоторые проблемы в рассматриваемом вопросе, несмотря на его специфичность, имеют много схожего с теми, что были изложены в первых двух работах. И это закономерно, поскольку ОТС — неотъемлемая часть всей СЗ. Чтобы не повторяться, по ходу изложения позволю себе адресовать читателя к их содержанию.

Рассмотрение вопроса предварим некоторыми статистическими сведениями. По данным ВОЗ (2005), Российская Федерация переживает эпидемию травматизма. Наиболее значительная причина избыточной смертности в стране по сравнению со средними показателями Евр-В+С (Евросоюз, страны Восточной Европы и СНГ) — преднамеренные и непреднамеренные травмы [1]. В 2003 г.

суммарный уровень смертности от этих причин в 1,6 раза превышал средние значения для Евр-В+С и был в 5,6 раза выше, чем в странах Евр-А (10 ведущих стран Евросоюза).

Среди причин временной нетрудоспособности и инвалидности, или, как принято в терминологии ВОЗ, в структуре бремени болезней в РФ травматизм (преднамеренный и непреднамеренный) и болезни костно-мышечной системы составляют для мужчин 33,9%, для женщин — 17,9%, в среднем достигая 25,8% и занимая второе место после болезней сердечно-сосудистой системы. Весьма высокой является удельная стоимость лечения по поводу травм [1]. Так, например, средний показатель госпитализации в связи с травматизмом составляет 1,6 на 100 человек в год, будучи третьей по величине причиной госпитализации после сердечно-сосудистых заболеваний (2,2 на 100 человек) и заболеваний ЖКТ (1,9 на 100 человек).

Обстановка в последние несколько лет усугубляется существенным увеличением автотранспорта на дорогах страны при снижении дисциплины вождения и порядка перемещения транспортных потоков. Среднегодовое число ДТП, последствиями которых стали травмы, составляет 340 на 100 тыс. населения. Рост экономики вновь актуализировал производственный травматизм. Значимым фактором негативной тенденции прироста травм является процесс старения нации. Несмотря на относительно невысокую продолжительность жизни россиян, доля лиц пожи-

© О.А. Каплунов, 2007 г.



лого возраста достигла 14% населения. Это сказывается на показателях заболеваемости по таким нозологиям, как деформирующий остеоартроз, периартропатии, синильные остеопатии, а также на уровне бытового и транспортного травматизма.

Названные процессы определяют высокие требования к работе профильного звена отечественного здравоохранения — ОТС. Отвечает ли служба на всех уровнях растущим потребностям в оказании медицинской помощи? Каковы причины имеющихся проблем и возможные пути их решения? Имеются ли резервы сил и средств службы для повышения качества услуг населению? Попытка рассмотреть перечисленные вопросы по существу и дать на них ответ с позиции практического врача является целью настоящего сообщения.

Итак, о соответствии потребностям. Формально говоря, с учетом зарубежных показателей обеспеченности врачами, средним медперсоналом и коечными мощностями в пересчете на 100 тыс. населения в России констатируется избыток ресурсов. Так, по числу врачей-травматологов мы опережаем среднеевропейский показатель на треть, а по коечному фонду и того более — почти в два раза [1]. Казалось бы, все в порядке. Однако при рассмотрении эффективности и характеристики результатов лечения профильных пациентов картина отнюдь не впечатляет. Так, например, статистика Европейского (шведского) регистра эндопротезирования крупных суставов свидетельствует, что доля грозных осложнений и неудач там не превышает 3% общего числа оперированных [2], притом в Европе в год замещают дегенеративно измененные суставы более чем полумиллиону пациентов. Отечественная специальность даже при общем объеме около 30 тыс. операций в год не может, к сожалению, похвастать аналогичными данными.

Сравнение обзоров мультицентровых исследований Кокрановского сотрудничества и отечественных литературных источников по

лечению переломов длинных костей также не в пользу российской ОТС [3]. Малооптимистичным оказывается сравнительный анализ масштабов и темпов внедрения высоких технологий в практику ортопедии и травматологии в РФ и странах ЕС. В этом вопросе наше отставание по ряду позиций превышает 10–15 лет. Лишь в отдельных аспектах, в частности, в проблеме удлинения конечностей и коррекции роста пациентов, российские специалисты сохраняют лидирующие позиции.

Можно было бы привести немало других данных, свидетельствующих о малой эффективности нашей «раздутой» ОТС, но эта тема и без того кулуарная притча во языцах съездов, конференций и других собраний специалистов. Справедливости ради необходимо отметить, что в последнее десятилетие отмечается определенный прогресс в рассматриваемом аспекте проблемы. Расширение коммуникативных возможностей, развитие профессиональных связей с зарубежными коллегами, внедрение совместных образовательных программ, другие позитивные факторы, обусловленные социально-экономическими преобразованиями в стране, положительно сказались на развитии службы. Однако, судя по приведенным данным, а также по реакции основного потребителя наших услуг — пациентов практически каждого из регионов страны, до успокоения еще очень далеко. В этой связи особенно важно проанализировать причины создавшейся ситуации. С точки зрения практика, работающего в муниципальном звене СЗ и неплохо знакомого с ситуацией на всех уровнях службы, причины видятся в следующем.

Наиболее очевидная и многократно повторяемая с советских времен — недостаточное финансирование. Несмотря на критичность этого фактора для функционирования медицинской отрасли в целом и службы в том числе, на этом вопросе останавливаться не станем. Его «хроническая недостаточность» вошла в плоть и кровь отечественного социоменталитета, и большинству медиков со ста-





жем представляется неизлечимой. Несколько смягчила ситуацию попытка реализации нацпроекта «Здоровье», однако и здесь вопросов больше, чем ответов. Кто, например, планировал его организационно, медики или финансисты? Если финансисты, тогда идея очевидна — массивное вливание денежных средств в медицину по представлению обывателя, пусть и наделенного высокими полномочиями, должно радикально улучшить ситуацию с объемом и качеством медпомощи. Но специалистам, особенно со стажем, хорошо известно, что уровень оказываемой помощи, ее квалификация определяются тремя факторами: кадрами, оснащением и организацией труда в соотношении, соответственно, 1 : 1 : 0,75. Об этом свидетельствуют и последние исследования экспертов Европейского бюро ВОЗ (2005) [4].

Несомненно, эта формула весьма приближительна и варьирует в зависимости от конкретной специальности. Тем не менее, для достижения максимального эффекта от вложений средства, выделенные на реализацию национального проекта, следовало бы распределять примерно в указанном соотношении, а не вкладывать 95% сумм в приобретение оборудования. Непродуманность такого подхода стала явной для многих специалистов уже сегодня — значительная часть оборудования, поставленного в медучреждения, особенно муниципального звена, не находит применения. Причина тривиальна — неподготовленность персонала, отсутствие необходимой квалификации для работы с полученной техникой. Безусловно, дробление трансферов нацпроекта на три доли несколько снизило бы темпы оснащения СЗ техническими новинками. Однако при столь длительном их отсутствии решают ли что-либо дополнительные 2–3 года, необходимые для подготовки персонала и реорганизации его работы? Выиграли в скорости, поступившись более качественным показателем инвестирования — эффективностью. О подобной «быстрой езде» после долгих сборов речь ранее уже шла.

Итак, недофинансирование — проблема отрасли в целом и ОТС как ее фрагмента. Ее решение представляется скорее политическим процессом, обусловленным волей и настроением властей предрешающих, нежели компетенцией медиков, даже на ведомственном уровне. В этой связи более перспективной является оценка иных причин нелучшего положения дел в службе и путей их устранения. Среди них очевидными и в известной мере решаемыми видятся организационные (внутри службы и в смежных отраслях) и кадровые. Причем, естественно, они тесно взаимосвязаны.

Начну с общего устройства и структуры ОТС. Как известно, первым, амбулаторно-поликлиническим, звеном она имеет травматологические пункты. Практика их создания сложилась в 50–60-е годы прошлого века и была тогда вполне оправдана. Травматология как специальность выделялась в те годы из хирургии (ортопедия, кстати, в силу своей специфики сделала это намного ранее). Травматологических отделений не хватало, и травмопункты, взяв на себя наименее сложную и в то же время кропотливую часть их работы, явились серьезным подспорьем в обеспечении населения квалифицированной помощью.

Сегодня ситуация изменилась. Как указывалось, потребность в стационарном фонде более чем обеспечена, и в целом существование травмопунктов как urgentных подразделений стало далеко не столь актуальным. Тем не менее, спешить с их ликвидацией, на наш взгляд, не стоит. Современные тенденции сокращения инвазивности хирургической, в том числе и ортопедо-травматологической помощи, приводят к тому, что за рубежом многие вмешательства на опорно-двигательной системе проводятся амбулаторно. В первую очередь это касается артроскопических пособий, малых операций на костях кисти и стопы и некоторых видов сухожильно-мышечной пластики. Будем надеяться, что подобная практика найдет распространение и в России, и тогда востребованность травмопунктов как амбулаторных планово-функциональных



рующих микро- и малоинвазивных хирургических подразделений существенно возрастет. Не потеряет значения и их работа в качестве реабилитационных центров долечивания пациентов, оперированных в стационаре.

Значительно больше вопросов по стационарному звену службы. Не стану возвращаться к общему для отрасли вопросу о недостаточных штатном расписании и укомплектованности отделений кадрами, обуславливающих перегрузку врачей, особенно на фоне роста канцелярской нагрузки на каждого из них. Начну с того, что у нас первоначально сложилась организация совместной ортопедо-травматологической формы оказания медпомощи в стационаре. Подобного устройства нет ни в одной развитой стране мира. Повсеместно отдельно существуют отделения травматологии, или хирургии повреждений и несчастных случаев, и отделения ортопедии. В этом заложен вполне очевидный смысл. Будучи более 20 лет сотрудником ортопедического отделения муниципальной больницы с функциями областного центра, мне довелось им глубоко проникнуться. Специализация видов помощи, с каждым годом наращивающей объем знаний и методов лечения, становится со временем все углубленнее и дискретнее. Совмещение оказания разных видов помощи, пусть даже родственных, приводит к снижению ее уровня для каждого из них. Иными словами, нельзя объять необъятное. В большинстве своем доктора наших ортопедо-травматологических отделений в силу специфики их работы (скоропомощной характер, высокий оборот койки и т.п.) на 90% выполняют травматологические виды лечебных методик. И лишь за отсутствием более чем в половине регионов специализированных ортопедических служб пытаются несистемно осуществлять те или иные реконструктивно-восстановительные оперативные пособия с тем или иным успехом. Это обстоятельство, на наш взгляд, является немаловажным фактором и причиной недостаточного, не отвечающего современ-

ным требованиям уровня работы ОТС, особенно в региональном и муниципальном сегментах СЗ. Приведу конкретные примеры.

В Европе и Северной Америке эндопротезированием занимаются следующие службы: специализированные центры эндопротезирования, артрологические центры (отделения), ортопедические отделения. Насыщенность этими службами весьма высока. В частности, в Бельгии с населением чуть более 10 млн. человек 13 центров эндопротезирования. Согласно принятого разделения служб и контингентов больных, травматологи выполняют подобные вмешательства только в ургентной практике: в 90% случаев при переломе шейки бедра у пожилых пациентов. Одновременно ортопеды производят остеосинтез костей конечностей только по поводу реконструктивно-восстановительных вмешательств, никогда не оперируя пациентов с травмой в срочном порядке. Относительно узкая направленность и очерченность действий позволяют специалистам каждой из служб достигать лучших показателей в решении стоящих перед ними лечебных задач.

Что же у нас? У нас свой путь. Эндопротезированием, отнесенным к высокотехнологичным видам помощи, сегодня не занимается только ленивый. И это несмотря на ряд методических писем Российского центра эндопротезирования на базе РосНИИТО им. Р.Р. Вредена, в которых четко определены условия и перечислены службы и подразделения для организации и проведения вмешательств (список служб в них практически не отличается от вышеупомянутого для развитых стран), и несмотря также на принимаемые резолюции многочисленных конференций и съездов, посвященных этому вопросу. Практически в каждом или большинстве отделений областных центров и крупных региональных городов эти вмешательства производятся от случая к случаю на завозимом на каждую операцию оборудовании. Нетрудно представить, столь неутешительны при подобном подходе получаемые результаты.





В этом разделе работы нашей специальности принято считать, что класс специалиста поддерживается на достаточном уровне в том случае, если он выполняет не менее 25 операций в год (то есть 2–3 в месяц). Класс подразделения для обеспечения надлежащего уровня результатов поддерживается при производстве более 100 вмешательств в год. Названным требованиям соответствует, возможно, пятая или шестая часть заявляющих о проведении эндопротезирования отделений. Это уже не говоря о том, что в большинстве из них подобная абсолютно «чистая» операция проводится в операционной, где проходит хирургическая обработка ран, санация остеомиелитических очагов и прочие «гнилые» операции. Боксирования палат для больных после замещения суставов, предусмотренного регламентирующими документами, в абсолютном большинстве подобных отделений произвести технически невозможно.

Подобным образом выглядит и ряд других конкретных моментов. Например, доктора ортопедо-травматологических отделений от случая к случаю проводят реконструктивные вмешательства по исправлению оси конечностей, деформированной по врожденным или приобретенным причинам, либо по их удлинению с применением чрескостного остеосинтеза. В отсутствие постоянной практики и школы подобные попытки нередко заканчиваются неудовлетворительно. Столь же мало впечатляет применение аппарата Илизарова для ликвидации псевдоартрозов и особенно дефектов на протяжении длинных костей конечностей при несистематическом подходе. Это, наряду с удручающими результатами для пациентов, долгие годы невыразительно характеризовало метод в целом, на деле дискредитируя его. В последние годы ситуация несколько улучшилась, но, к сожалению, не радикально.

О чем свидетельствуют приведенные примеры? Отнюдь не о «головотяпстве» наших коллег-травматологов, нисколько. Большинство из них вынуждены заниматься этим в силу невозможности направить больного в

специализированную службу по причине ее отсутствия. Практически по причине депрофилирования ОТС, отказа от ее общепринятого разделения ортопедической и травматологической практики. Есть ли выход из положения? По-моему он очевиден и находится в ведении главного специалиста региона и региональных органов управления здравоохранением. В каждом областном центре имеются 3–5 и более ортопедо-травматологических отделений. В частности, в миллионном Волгограде их 8. Есть смысл, оценив возможности, оснащенность и кадровую укомплектованность каждого из них, реорганизовать 1, 2 или 3 отделения (в зависимости от населения региона) в сугубо ортопедические. Именно на их базе в плановом порядке необходимо в дальнейшем проводить реконструктивно-восстановительные пособия и реабилитацию больных с ортопедической патологией и последствиями травм. Остальным службам продолжать оказание травматологической помощи без ее распространения на смежные (ортопедические) состояния.

В составе ортопедических возможно выделение отделений/центров артрологии, где будут планомерно проводиться операции замещения суставов и артроскопические лечебно-диагностические пособия. Как показывает практика последних лет, очевидно, назрела необходимость организации в областных центрах (либо одного на две–три соседних области) отделений кисти/кисти и стопы. В каждом регионе может быть реализована своя программа целенаправленной и продуманной специализации и профилирования отделений. В ряде областей подобные специализированные стационарные подразделения имеются, но незагружены в силу рассредоточения пациентов по другим отделениям. В любом случае предлагаемая реорганизация, как представляется, окажется полезной и положительно отразится на показателях работы каждого из стационаров и ОТС в целом. Отделения будут загружены работой в прежнем объеме,



помощь будет оказана прежнему, а при должной организации и большему числу пациентов, однако эффективность, уровень и качество работы несомненно возрастут.

Безусловно, это необходимо делать наряду с другими организационными мерами. Потребуется переориентация служб скорой медицинской помощи по транспортировке пациентов. Обязательным видится четкое ознакомление поликлинических служб, в первую очередь хирургов, ревматологов и, безусловно, травматологов поликлиник и травмопунктов, с новым построением работы региональной службы. Это позволит правильно направлять потоки плановых больных. На проводимые преобразования следует обратить внимание и страховщиков, поскольку эксперты страховых компаний должны будут пересмотреть некоторые требования к работе отделений, а также соответствующим образом участвовать в реабилитации сложных профильных пациентов с большими сроками лечения.

Несомненно, в связи с перепрофилированием необходимы дополнительное обучение сотрудников отделений в соответствии с их новой спецификой и направленностью работы, а также дооснащение этих отделений соответствующей аппаратурой и оборудованием. Да, определенное дополнительное финансирование потребуется. Хотя, как упоминалось в прежних публикациях, одновременно возможен ряд мер, косвенно снижающих затраты на предлагаемую реорганизацию. Это в первую очередь сокращение коечного фонда каждого из отделений при сохранении штатного расписания и интенсификации на этой основе оборота коечного фонда. Тем не менее, прямых дополнительных расходов на обучение персонала и дооснащение отделений не избежать. Но, возвращаясь к нацпроекту «Здоровье», может быть пришло время несколько пересмотреть его статьи расходов? Думаю, что со мною согласятся многие доктора нашей и других специальностей.

С названной проблемой профилирования подразделений ОТС перекликаются некоторые другие организационные вопросы, существенные для ее функционирования и в нынешнем виде. Во-первых, почти полная потеря преемственности в работе амбулаторного и стационарного звеньев. Дезинтеграция их после реформирования больнично-поликлинических объединений, не компенсированная каким-либо замещающим механизмом, привела к полной независимости и «самостийности» травмопунктов. К сожалению, в условиях известного кадрового и квалификационного дефицита это в немалом числе случаев служит причиной частичной или полной потери результата, достигнутого на этапе стационарного лечения.

Слаженному взаимодействию поликлинического и стационарного звеньев ОТС не способствовала также приостановка либо полный паралич в работе региональных ортопедо-травматологических обществ или ассоциаций. С возникновением необходимости их юридической регистрации и финансового функционирования во многих областях произошел длительный перерыв организации заседаний. Нарушилась координация работы звеньев, стало практически стихийным распределение потоков больных, особенно из районов и районных центров областей. В итоге ряд стационаров, располагающих высококвалифицированным кадровым и достаточным материальным потенциалом, оказался недогруженным, в то время как другие отделения, порой менее результативно функционирующие, но лучше привязанные к транспортным потокам, оказались перегружены.

При наличии ортопедических отделений в структуре областных ОТС попадание в них пациентов носит нередко хаотичный порядок. Доходит до абсурда. Так, одна из оперированных нами пациенток с ложным суставом шейки бедра попала в руководимое мною отделение по направлению ... таксиста, с которым она случайно разговорилась по пути и который в свою очередь был услышан о нас от своих знакомых. Можно было





бы улыбнуться, если бы речь шла не о судьбе относительно молодой женщины и если отвлечься от факта существования системы и органов управления здравоохранением миллионного города. А также вспомнить о наличии субъекта обязательной системы страхования — страховой компании, где пациентка была застрахована работодателем.

Это еще один из вопросов улучшения работы практически любой из служб СЗ, в том числе и ОТС. За ведением финансирования расходов на лечение застрахованных граждан, за контролем работы стационаров в рамках ОМС, весьма формальным, как упоминалось, совершенно забылась еще одна немаловажная функция страховщика от здравоохранения — отслеживание результатов лечения застрахованных. Речь не идет об интерактивном взаимодействии со страхователем или конкретным застрахованным, что является неременным условием работы страховщика в любом другом секторе этого бизнеса. В отечественной системе ОМС не существует страховых агентов, да и в целом она, по-видимому, на это не ориентирована. Но об отслеживании случаев длительного, многократно превышающего средние сроки лечения своих застрахованных каждой страховой компании следовало бы позаботиться, хотя бы из соображений более рационального расходования финансовых ресурсов. Таким пациентам, как правило, со сложной, неоднозначной клинической ситуацией можно было бы рекомендовать обращение в то или иное лечебное учреждение, известное успешным лечением имеющейся у них патологии. Такова практика работы страховщиков на цивилизованном рынке медицинских страховых услуг. При этом следует, конечно, понимать, что подобные ситуации не столь часты, что это не решит кардинально проблему преемственности и направленности потоков больных. Но для государства, как звучит в нашей Конституции, важны и ценны судьба и здоровье каждого гражданина, а медицинские страховые компании работают

в системе государственного обязательного медицинского страхования.

Что хотелось бы отметить в отношении перспектив улучшения уровня и качества оказываемой помощи отечественной ОТС, помимо сказанного. Очевидно, слабым звеном в ее работе, как и у других служб, остаются вопросы повышения квалификации кадров. О причинах этого и возможном преодолении проблемы довольно подробно излагалось ранее, интересующихся деталями адресую к прежним публикациям. Повторюсь, однако, что нарастающий, как снежный ком, поток информации в каждом из разделов медицинских знаний требует постоянного самосовершенствования специалиста, стимулируемого как внутренней дисциплиной, так и рядом внешних, большей частью организационных факторов. Среди последних одним из значимых является доступность постдипломного образования. Здесь хотелось бы подробнее отметить проблему развития сети факультетов усовершенствования врачей и медсестер в региональных медицинских ВУЗах.

Существовавшая в советские годы их структура утрачена во многом в связи с сохранившимся с прежних времен регламентом их функционирования. Кафедра или курс ФУВа любой специальности должны в обязательном порядке обеспечить подготовку четко нормированного числа курсантов за цикл, квартал, год и т.д. Раньше выполнить этот норматив было возможно в связи с меньшим удельным количеством ВУЗов в стране, включавшей 15 республик. В ряде из них имелся всего один мединститут, и врачи оттуда ездили на усовершенствование в другие высшие учебные заведения. К тому же расходы на обучение и командировку финансировались из бюджета Минздрава соответствующего уровня.

Сегодня положение дел принципиально иное. В РФ после распада СССР насыщенность медицинскими ВУЗами регионов намного превосходит этот показатель по Советскому Союзу. Поэтому, с одной стороны, казалось бы, возможность пройти усовершен-



ствование возросла. Однако с введением оплаты за обучение и невозможностью медучреждений финансировать командировочные расходы докторов поток курсантов в подразделениях ФУВов существенно снизился. И начался процесс их расформирования. Стали редеть преподавательские кадры. Усовершенствование врачей в большинстве ВУЗов ведется на кафедрах, обучающихся студентов. Это, безусловно, сказывается на уровне постдипломного преподавания и подготовки. Важным элементом решения этой ситуации представляется отказ от советских нормативов нагрузок на сотрудников подразделений ФУВов, более гибкая политика в этом вопросе. Уже такая мера, упростив организацию учебных структур для переподготовки врачей, значимо повысила бы и доступность, и уровень постдипломного образования.

Наконец, рассуждая об улучшении качества лечения и реабилитации пациентов с патологией опорно-двигательной системы, нельзя не упомянуть и о социальном аспекте проблемы. Среди причин инвалидности травмы и болезни костно-мышечной системы вышли на второе место, что требует принятия более эффективных мер по возвращению ортопедо-травматологической группы больных в социум, к общественно-полезной деятельности. В этом ракурсе возрастает роль служб МСЭ и соцзащиты, их активности по взаимодействию с ОТС. Объединение ведомств здравоохранения и социальной защиты под крышей одного

министерства пока не вызвало развития подобной активности, если не сказать обратного. Опыт же европейских стран показывает, что деятельный и взаимозависимый тандем этих ведомств на всех уровнях весьма позитивно воздействует на показатели первичной и особенно накопленной инвалидности, существенно снижая затраты общества на выплаты социальных пособий. К этому, безусловно, следует стремиться и нам.

В заключение еще раз отметим, что ортопедо-травматологическая служба как звено системы здравоохранения страны не лишена характерных общих для отрасли проблем и, естественно, имеет некоторые специфические нерешенные вопросы. Ряд из них мы коснулись в настоящей публикации. Необходимо их осмысление и выработка мер и программ по постепенному, но радикальному преодолению накопившихся сложностей. Однако без поддержки законодательной и исполнительной ветвей власти продвижение к более высокому уровню состояния медицинской службы в целом и отдельных ее составляющих невозможно. При планировании долгосрочных государственных программ и выборе приоритетов реформ следует, наверное, помнить, что в теории государственного строительства существует представление о «статусных специальностях», составляющих часть национальной безопасности. Медики входят в их список на равных с судьями и военными.



## Литература

1. Европейская база данных «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро ВОЗ (версия от января 2005 г.)//European health for all database (HFA-DB). Online version
2. Arnold P. Überblick und Ergebnisse der ARO-Multicenterstudie/Eds. P. Arnold B. Schüle, H. Schroeder-Boersch, L. Jani//Orthopäde. — 1998. — В. 27. — S. 324–332.
3. Станица Российского отделения Кокрановского сотрудничества//www.cochrane.ru
4. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы/Ред. Э. Моссиалос, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин/Пер. с англ. — М: Издательство «Весь Мир», 2002. — 352 с.



### **Ю.С. Кудрявцев,**

к.т.н., начальник научно-инновационного отдела СПб ГУПТП «Медтехника», г. Санкт-Петербург

### **О.Л. Филонова,**

к.т.н., зам. начальника отдела маркетинга СПб ГУПТП «Медтехника», г. Санкт-Петербург

### **В.Я. Зиниченко,**

к.т.н., заведующий отделом мониторинга медицинской техники ФГУ «ВНИИИМТ»  
Росздравнадзора, г. Москва

### **С.В. Новиков,**

зав. лабораторией отдела мониторинга медицинской техники ФГУ «ВНИИИМТ»  
Росздравнадзора, г. Москва

## МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

### 1. Введение

**П**роблемы, возникающие вследствие неудовлетворительного состояния медицинского оборудования, в большинстве случаев понятны только специалистам и не столь очевидны, как проблемы, связанные с состоянием зданий и инженерных коммуникаций. Поэтому их решение, требующее больших материальных затрат, зачастую откладывается. В результате в учреждениях здравоохранения находится в эксплуатации большое количество физически и морально устаревшей медицинской техники. Актуальность этой неоднократно обсуждавшейся в печати темы возрастает в связи с включением здравоохранения в число основных приоритетов государственной политики, что с необходимостью должно повлечь за собой значительное увеличение объемов финансирования.

Решение задачи обновления парка устаревшего медицинского оборудования в государственных учреждениях здравоохранения требует сегодня больших финансовых затрат прежде всего потому, что этому не уделялось достаточного внимания в предыдущие годы. До 1992 года действовала система планового обеспечения государственных учреждений здравоохранения медицинским оборудованием по заявкам лечебных учреждений, сбор, анализ и выполнение которых ежегодно производились через систему региональных государственных предприятий «Медтехника». В 1992 году функционирование этой системы было нарушено — сбор и удовлетворение заявок прекратились, в несколько раз снизились объемы бюджетного финансирования, выделяемого на закупку медицинского оборудования. В течение всех последних лет они составляли незначительную часть реальных потребностей городской системы здравоохранения. Поскольку учреждения были лишены возможности своевременно обновлять оборудование, необходимое им для выполнения функциональных обязанно-

© Ю.С. Кудрявцев, О.Л. Филонова, В.Я. Зиниченко, С.В. Новиков, 2007 г.



стей, сроки эксплуатации ранее закупленного оборудования стали увеличиваться и при нормативных сроках эксплуатации от 5 до 10 лет достигли 15–20 и более лет. При этом соответственно возростал средний процент износа используемого оборудования.

Поскольку непосредственные причины сложившейся ситуации лежат в экономической области, представляется естественным начать ее рассмотрение с определения требуемых объемов финансирования, что является самостоятельной и достаточно сложной задачей. Простейший способ — оценка объемов запрашиваемых средств по балансовой стоимости требующего замены оборудования, однако при этом необходимо оценить и по возможности устранить влияние инфляции. Такие оценки могут быть выполнены на базе Автоматизированной информационной системы мониторинга медицинских изделий (АИС ММИ), разработанной ГУН ВНИИИМТ МЗ РФ по поручению Правительства РФ для создания общероссийской системы мониторинга медицинских изделий [1]. Как показывает опыт, накопленный за время ее внедрения, информация, собранная в АИС ММИ, может стать основой для точного и всестороннего анализа состояния материально-технической базы здравоохранения.

## 2. Интегральные объемные показатели парка медицинского оборудования, по данным АИС ММИ, на примере системы здравоохранения Санкт-Петербурга

По состоянию на 2006 год в базу данных АИС ММИ по Санкт-Петербургу были введены сведения о 38,8 тыс. единиц медицинского оборудования, стоящих на инвентарном учете в медицинских учреждениях городского подчинения, общей балансовой стоимостью 3,36 млрд. рублей. Из них выработали нормативные сроки эксплуатации и имеют 100%-ный износ 27,4 тыс. общей балансовой стоимостью более 1,6 млрд. руб. Средний

износ медицинского оборудования, по этим данным, составляет 85,9%. Аналогично состояние парка оборудования и в учреждениях районного подчинения: районных поликлиниках, женских консультациях, районных больницах и т.п. Из 19,4 тыс. единиц оборудования в этих учреждениях износ 100% имеют 13,8 тыс. единиц. Учитывая, что база данных на момент анализа включала оборудование 74% учреждений здравоохранения городского подчинения, общие объемные показатели парка медицинского оборудования по региону могут быть получены экстраполяцией этих данных на 100% ЛПУ.

Подавляющее большинство имеющегося в учреждениях медицинского оборудования, в том числе такого жизненно важного как реанимационное и хирургическое, от состояния которого напрямую зависит возможность оказания эффективной помощи наиболее тяжелым категориям пациентов, выработало нормативные сроки эксплуатации и нуждается в замене. Его использование приводит к следующим негативным результатам:

- Повышенная вероятность причинения вреда пациентам и персоналу, так как многие виды медицинского оборудования включают факторы опасности.
- Ограничение возможности оказания эффективной помощи, особенно пациентам в тяжелых и неотложных состояниях.
- Ограничение возможности постановки своевременного и правильного диагноза и выбора оптимальной методики лечения, а следовательно, снижение его эффективности.
- Нарушение санитарно-эпидемиологического режима и соответствующих нормативных и законодательных актов.
- Неэффективное использование материальных и трудовых ресурсов здравоохранения.

Основной причиной высоких показателей износа медицинского оборудования является, очевидно, невозможность его полноценного планового обновления, что подразумевает полную компенсацию годового износа, то





есть замену всего оборудования, выработавшего в истекшем году нормативные сроки эксплуатации. Нормативные сроки, соответствующие перечню годовых норм износа медицинского оборудования № 03-14/19-14 от 23.06.88, для разных групп медицинского оборудования варьируют в диапазоне от 5 до 10 лет (нормы износа от 10 до 20%). Среднее значение для парка медицинского оборудования Санкт-Петербурга, по данным АИС ММИ, составило 6,93 года, откуда объем средств, требуемый для компенсации годового износа, может быть с достаточной точностью определен как одна седьмая часть общей стоимости всего парка оборудования в текущих рыночных ценах.

Для определения общего объема парка в финансовом выражении необходимо учесть влияние на балансовую стоимость оборудования процессов инфляции. По результатам выполненного анализа балансовых стоимостей медицинского оборудования, закупленного в разные годы (1980–2003 гг.), и их сопоставления с текущими рыночными ценами, текущая рыночная стоимость существенно превышает среднюю балансовую стоимость оборудования. Так, по методике, основанной на анализе динамики балансовой стоимости конкретных моделей оборудования, рыночная стоимость превышает среднюю балансовую в 2–2,5 раза. По другой методике, основанной на анализе изменения средней стоимости единицы оборудования, усредненной по всему объему парка, что качественно учитывает влияние не только инфляции, но и общего процесса усложнения и удорожания новых образцов медицинской техники, оценка средней рыночной стоимости дает величину, превышающую среднюю балансовую стоимость в 2,9 раза [2, 4].

### 3. Связь показателей и динамики износа с уровнем финансирования

Для количественной оценки результатов, ожидаемых при возобновлении полноценной плановой замены изношенного оборудования, проведено моделирование динамики

показателей износа при изменении условий обновления [3]. Полученные зависимости среднего процента износа от времени после прекращения полноценного планового обновления показывают, что характерное время его реагирования на скачкообразное изменение условий финансирования приблизительно соответствует среднему нормативному сроку службы (7 лет). Достижимая к этому времени степень среднего износа зависит от уровня недофинансирования. Средний износ в системе здравоохранения Санкт-Петербурга (85,9%) соответствует показателю недофинансирования 0,25, то есть ежегодные объемы приобретения нового оборудования компенсируют лишь 25% годового износа.

Зависимости, описывающие динамику обратного процесса — изменения среднего износа при увеличении относительных объемов закупок, показывают, что увеличение объемов закупок с 25 до 50% годового износа приведет лишь к незначительному снижению процента износа: через 7 лет он установится на уровне 75%. Увеличение объемов закупок до 100% годового износа приведет к снижению процента износа до 50%, то есть к нормализации состояния парка оборудования, однако для этого также потребуется период, сравнимый с нормативным сроком службы (7 лет). Увеличение объемов закупок до 136% годового износа позволит нормализовать ситуацию в течение трех лет, после чего объемы финансирования могут быть снижены до уровня, обеспечивающего поддержание парка медицинского оборудования в стабильном состоянии с износом 50%.

Обновление устаревшего оборудования приведет к повышению эффективности всех действий работников здравоохранения, основанных на эксплуатации и использовании результатов работы диагностического, лечебного, вспомогательного медицинского оборудования, которые составляют основной объем медицинских манипуляций (медицинское оборудование используется в двадцати четырех из двадцати пяти типов простых



медицинских услуг, по которым они распределены согласно ОК ПМУ). С данной точки зрения, оптимальным следует считать наиболее быстрый из возможных путей возврата к полноценному плановому обновлению.

#### **4. Оценка объемов финансирования, необходимых для восстановления системы планового обновления медицинского оборудования в учреждениях здравоохранения первичного медико-социального звена**

Первичная быстрая оценка объемов финансирования, необходимых для восстановления и последующего планового поддержания работоспособного состояния парка медицинского оборудования государственной системы здравоохранения на любом требуемом уровне, может быть произведена с использованием частичных данных, уже имеющихся в базе данных АИС ММИ, учитывая качественную однородность задач, решаемых учреждениями здравоохранения каждого типа, и соответственно их потребности в техническом оснащении.

Проведем такую оценку для учреждений здравоохранения первичного медико-социального звена России, используя вышеуказанные данные АИС ММИ по Санкт-Петербургу. Имеющиеся данные позволяют рассчитать среднюю балансовую стоимость единицы медицинского оборудования в учреждении здравоохранения каждого типа, среднее количество единиц оборудования и соответственно усредненное значение балансовой стоимости. Распространяя полученные оценочные значения на все количество учреждений каждого типа, можем получить оценку суммарной балансовой стоимости и суммарной рыночной стоимости с использованием повышающего коэффициента (2,9 — см. выше).

Оценки суммарных стоимостных характеристик медицинского оборудования в ЛПУ первичного медико-социального звена РФ, полученные с использованием данных АИС

ММИ по Санкт-Петербургу, приведены в *таблице 1*.

При суммарной стоимости оборудования в текущих рыночных ценах около 1000 млрд. руб. объем финансовых средств, требуемый для компенсации его годового износа, составит 1/7 этой суммы, то есть около 140–150 млрд. руб. в год.

Ежегодные закупки новой медицинской техники в объеме годового износа (150 млрд. руб. в год) приведут к постепенному снижению среднего износа медицинского оборудования до 50%, то есть к нормализации его состояния, однако для этого потребуются период, сравнимый со средним нормативным сроком службы (7 лет). Увеличение объемов закупок на 36% (до 200 млрд. руб. в год) позволит нормализовать ситуацию в течение трех лет, после чего объемы финансирования могут быть снижены до уровня 150 млрд. руб. в год (в ценах на начало расчетного периода — 2007 г.), обеспечивающего поддержание парка медицинского оборудования в стабильном состоянии с износом 50%.

В *таблице 2* приведен график финансирования, требующегося для полноценного планового обновления парка медицинского оборудования в учреждениях первичного медико-социального звена здравоохранения РФ на период 2008–2020 гг., рассчитанный с учетом сделанных выше оценок и ожидаемого темпа инфляции (10%).

Разумеется, приведенные выше оценки следует считать приблизительными, так как они базируются на данных о незначительной части всего парка медицинского оборудования России. Существенно более точные расчеты могли бы быть сделаны на основе полной федеральной базы данных АИС ММИ, но для завершения ее наполнения требуется соответствующая законодательная база. В условиях ее отсутствия наполнение базы данных АИС ММИ производится на добровольных началах и в настоящее время не завершено.



**Оценка суммарных стоимостных характеристик медицинского оборудования в ЛПУ первичного медико-социального звена РФ с использованием данных, полученных при анализе базы данных АИС ММИ по Санкт-Петербургу**

№ п/п	Группы типов ЛПУ первичного медико-социального звена РФ	Количество ЛПУ в группе	Средняя балансовая стоимость МИ в ЛПУ данной группы, тыс. руб.	Среднее количество МИ на балансе ЛПУ данной группы, ед.	Средняя суммарная балансовая стоимость на 1 ЛПУ данной группы, млн. руб.	Оценка суммарной балансовой стоимости, млн. руб.	Оценка суммарной текущей рыночной стоимости, млн. руб.
1	2	3	4	5	6	7	8
		*	**	**	(4) x (5)	(3) x (6)	(7) x 2,9**
1	Больницы	3 837	92,1	676	62,2	238 846	692 653
2	Родильные дома	204	96,3	336	32,3	6 599	19 137
3	Диспансеры	223	60,4	93	56,2	1 253	3 634
4	Прочие амбулаторно-поликлинические ЛПУ	9 214	65,6	179	11,7	108 190	313 750
5	Станции скорой медицинской помощи	3 223	16,5	57	94,4	3 041	8 819
	ИТОГО:	16 701				357 929	1 037 993

\* По материалам о ресурсах первичного медико-социального звена здравоохранения РФ на 01.01.2007, (за исключением ЛПУ с существенно меньшими объемными показателями технической оснащенности — хосписы, дома сестринского ухода, небольшие участковые больницы, амбулатории и др.).

\*\* По данным АИС ММИ по Санкт-Петербургу.

### 5. Необходимость восстановления организационной системы планового обновления медицинской техники

Для полноценного решения проблемы требуется, разумеется, восстановление не только достаточных объемов финансирования, но и всей системы медико-технического обеспечения, гарантирующей своевременное плановое обновление используемой медицинской техники. Максимальная эффективность использования выделяемых средств может быть достигнута при комплексном обновлении всей номенклатуры используемого оборудования, поскольку каждый его вид имеет определенное целевое назначение при диагностике или лечении соответствующего круга заболеваний. С этой точки зре-

ния, исключение из рассмотрения относительно недорогих или узкоспециализированных видов оборудования так же недопустимо, как и дорогостоящих универсальных приборов, таких как компьютерные или магниторезонансные томографы и т.п.

Острота этой проблемы очевидна и обусловлена, на наш взгляд, стремлением административных и финансовых работников, не связанных непосредственно с лечебным процессом, минимизировать собственные трудозатраты по планированию и реализации бюджета и облегчить контроль за его использованием. Формальным основанием для такого подхода является хорошо знакомый всем тезис о недопустимости распыления выделяемых средств. Это приводит к тому, что



Таблица 2

**График финансирования, требующегося для полноценного планового обновления парка медицинского оборудования в учреждениях первичного медико-социального звена здравоохранения РФ на период 2008–2020 гг.**

Годы	Финансовая потребность в ценах 2007 г. (млрд. руб.)	Финансовая потребность в текущих ценах при инфляции 10% (млрд. руб.)	Примечание
2008	200	220	*
2009	200	242	*
2010	200	266	*
2011	150	220	**
2012	150	242	**
2013	150	266	**
2014	150	293	**
2015	150	322	**
2016	150	354	**
2017	150	389	**
2018	150	428	**
2019	150	471	**
2020	150	518	**
<b>ИТОГО:</b>	<b>2100</b>	<b>4231</b>	<b>**</b>

\* Период восстановления

\*\* Период поддержания

все выделяемые средства зачастую расходуются на приобретение лишь нескольких дорогостоящих приборов, в то время как в эксплуатации продолжают находиться десятки тысяч единиц медицинского оборудования, полностью выработавшего ресурс, морально и физически устаревшего, не отвечающего требованиям безопасности и имеющего недопустимо низкую клиническую эффективность, не соответствующую ни современному уровню развития медицины, ни квалификации использующих его медицинских специалистов.

Решение проблемы связано с необходимостью оптимизации распределения сфер ответственности между участниками системы обновления медицинского оборудования. Принципиальная важность этого вопроса нашла отражение, например, в проекте «Медицинское оборудование», реализованном Правительством Российской Федерации в 1996–2001 годах при финансовой и организационной поддержке Всемирного Банка. В число основных задач проекта входило

*«децентрализовать процесс принятия решений о капиталовложениях, переведя его в сферу ответственности отдельного учреждения здравоохранения».* Таким образом осуществлялось максимальное приближение решений об использовании выделенных средств к непосредственным пользователям закупаемой продукции — лечащим врачам, а следовательно, и к конечной цели проекта — повышению эффективности лечения. Сфера компетенции финансовых и административных структур была ограничена распределением средств (выделением учреждениям-участникам проекта финансовых квот) и выполнением заявок учреждений, выбравших в рамках этих квот наиболее актуальную для них продукцию из заявочной спецификации, включавшей несколько сотен видов продукции. Это обусловило высокую итоговую эффективность проекта.

Исходя из вышесказанного, рассмотрим некоторые принципы, которые могли бы быть положены в основу системы планового обнов-





ления медицинского оборудования в учреждениях государственной системы здравоохранения:

**1.** Оптимально принятие программ и соответствующих законодательных актов, не ограниченных временными рамками, — плановое обновление должно проводиться в течение всего срока работы учреждений здравоохранения.

**2.** Объемы финансирования должны быть достаточными для полной компенсации годового износа в текущих ценах, а при высоком начальном уровне износа превышать его (в соответствии с приведенными оценками увеличение на 36% приводит к сокращению сроков восстановления с 7 до 3 лет).

**3.** Реализация программы должна предусматривать проведение ежегодных заявочных кампаний по всем учреждениям, участвующим в программе государственных гарантий, по всей основной номенклатуре медицинского оборудования, используемого при оказании медицинской помощи.

**4.** Для устранения влияния субъективного начала и обеспечения выбора наиболее актуальной продукции заявочная кампания может включать выделение учреждениям финансовых квот и составление ими квотированных заявок по годовым заявочным спецификациям.

**5.** Заявочные спецификации должны включать номенклатуру оборудования, достаточную для осуществления всех медицинских технологий, используемых при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

**6.** Сводная годовая заявка должна являться основой для организации закупочных процедур и работ по подготовке к получению закупаемого оборудования (подготовка помещений под монтаж, списание и демонтаж старого оборудования и др.). Финансирование этих работ также должно быть предусмотрено в программе, особенно в части проектно-сметных и строительно-монтажных работ по подготовке к монтажу круп-

ногабаритного оборудования лучевой диагностики, так как отсутствие такого финансирования может явиться причиной длительных задержек его ввода в эксплуатацию.

**7.** Согласно требованиям Методических рекомендаций «Техническое обслуживание медицинской техники», утвержденных Минздравом и Минпромнауки РФ (№ 293-22/233 от 27.10.2003), техническое обслуживание является обязательным условием безопасной эксплуатации медицинской техники и ее эффективного применения по назначению. Для выполнения этих требований закупка нового медицинского оборудования должна сопровождаться планированием в бюджете ежегодных затрат на его техническое обслуживание на протяжении всего срока эксплуатации. Объем этих затрат, по грубым оценкам, составляет около 10% стоимости обслуживаемого оборудования. Более точные цифры могут быть представлены, например, ассоциацией РАПМЕД, объединяющей предприятия сервисного обслуживания медицинской техники.

**8.** Дополнительным механизмом, обеспечивающим закупку не только дорогостоящих приборов ведущих мировых фирм, но и обширной номенклатуры недорогой продукции отечественной медицинской промышленности (и одновременно важным фактором ее устойчивого развития), могла бы явиться законодательная регламентация доли бюджетного финансирования, выделяемого на закупки медицинской техники, которая должна быть затрачена на закупку продукции отечественного производства. Ее определение могло бы ежегодно производиться с участием ВНИИИМТ, АМТН, РАМН, Союза ассоциаций медицинской промышленности и др. по итогам текущего анализа номенклатуры и состояния рынка. Установление этой доли в размере около 50% могло бы обеспечить:

• *Переход к преимущественному оснащению отечественной медицинской техникой (из-за ее более низких ценовых характеристик 50%-ная доля финансовых средств*



может соответствовать 70–80% в физическом выражении) с сохранением всех возможностей для закупки в случае необходимости дорогостоящего импортного оборудования.

- *Расширение номенклатуры обновляемой медицинской техники. Сегодня в условиях ограниченного финансирования первоочередное внимание естественным образом обращается на закупку дорогостоящего высокотехнологичного оборудования, чаще всего импортного. Обновление рутинного оборудования, выпускаемого отечественной промышленностью, которое также необходимо в лечебном процессе, производится по остаточному принципу и при недостаточности средств практически не производится. Поэтому основная масса такого оборудования находится в критическом состоянии. Введение предложенного принципа поставит эти две группы оборудования в равные условия.*

- *Появление мощного стимула к развитию отечественной медицинской промышленности. Предприятия будут заинтересованы в долгосрочном вложении собственных или заемных средств в свое развитие, так как будут уверены в том, что имеется гарантированный источник средств для закупки их продукции в случае ее конкурентоспособности. Со временем это естественным образом приведет к усилению их позиций и на внешнем рынке.*

**9.** Процессы обновления устаревшего медицинского оборудования в дополнение ко всем перечисленным негативным факторам существенно затрудняются сложившейся к настоящему времени системой государственного заказа. Построенная за последние годы система, на наш взгляд, противоречит рассмотренному выше принципу оптимизации распределения сфер ответственности, отдаляя принятие решений от конечного пользователя и переводя процедуры выбора продукции на формальную основу.

По существу, принятие решения о закупке необходимого учреждению медицинского оборудования предполагает лишь разумное внутреннее обоснование и заключение договора

поставки. Сформированная система дополнительно требует обязательного проведения внешних формальных процедур продолжительностью не менее 2–3 месяцев, включающих подготовку, представление, рассмотрение и сравнительный анализ строго формализованной конкурсной и заявочной документации объемом до нескольких сотен страниц. На выполнение этих требований отвлекаются большие объемы материальных и трудовых ресурсов как со стороны потребителей (медицинских учреждений), что затрудняет их работу, так и со стороны поставщиков, что неизбежно приводит к повышению цен, так как эта работа может быть оплачена только покупателем. Решения часто принимаются конкурсными комиссиями, не знакомыми с работой учреждений здравоохранения и не заинтересованными в эффективном использовании закупаемой продукции. Результирующая эффективность построенной таким образом системы конкурсного отбора сомнительна, в то время как недостатки очевидны:

- *удаленность принятия решений от пользователя приводит к неоптимальному выбору продукции, снижению эффективности использования средств и неоправданному ухудшению качества работы государственных учреждений здравоохранения;*

- *выбор продукции по формальным основаниям приводит к многочисленным ошибкам с теми же последствиями, так как практически невозможно удовлетворительно формализовать все требования, предъявляемые к медицинской продукции (например, параметры качества);*

- *требуются большие затраты ограниченных ресурсов здравоохранения на выполнение формальных процедур.*

Таким образом, имеется настоятельная необходимость упрощения и ускорения закупочных процедур, приближения принятия решений к конечному получателю.

Также представляется целесообразным предоставление пользователю права выбора зарекомендовавших себя марок и моделей





продукции, сохранив конкурсную основу в части выбора поставщика. Это позволит перейти от формальной конкуренции к фактической и избежать многих ошибок, связанных с формальным подходом к выбору продукции. Для медицинской продукции это особенно актуально из-за важности неформализуемых параметров. При этом пользователи получают возможность выбрать именно ту продукцию, которую они знают на практическом опыте и могут доверить ей жизни своих пациентов, что позитивно скажется на качестве их работы. В то же время производители получают больше оснований для переноса усилий на реальное укрепление качества и авторитета своей продукции, что позитивно скажется на качестве медицинской техники. Переход от «конкуренции цифр» к «конкуренции товарных знаков» окажется выгоден:

- а) потребителям — государственным учреждениям здравоохранения,*
- б) пациентам, получающим более эффективную медицинскую помощь,*
- в) производителям — медицинской науке и медицинской промышленности.*

## 6. Заключение

Период отсутствия планового обновления основных фондов государственного здравоохранения, который мог в свое время быть оправдан перестройкой экономики и связанными с этим финансовыми трудностями, давно лишился таких оправданий, поскольку период перестройки и существенной нестабильности экономики завершился еще несколько лет назад. Объявленный сегодня курс на включение здравоохранения в число основных приоритетов государственной политики может и должен явиться поворотным моментом в изменении негативной ситуации.

## Литература

- 1.** *Леонов Б.И. и др. Общероссийская система мониторинга медицинских изделий в ЛПУ. Информационная основа концепции реализации современных медицинских технологий// Медтехника и медизделия. — 2003. — №3(14).*
- 2.** *Емельянов О.В., Козлова О.Л., Кудрявцев Ю.С. Оценка стоимости обновления парка медицинского оборудования на примере учреждений здравоохранения Санкт-Петербурга//Здравоохранение и медицинская техника. — 2004. — № 10(14). — С. 42–43.*
- 3.** *Емельянов О.В., Кудрявцев Ю.С., Филонова О.Л. Динамика износа медицинских изделий при изменении условий планового обновления//Здравоохранение и медицинская техника. — 2006. — № 3(27). — С. 55–56.*
- 4.** *Кудрявцев Ю.С., Филонова О.Л. Проблемы технического оснащения учреждений здравоохранения и возможные пути их решения//Менеджер здравоохранения. — 2007. — № 8.— С. 51–59.*



# МЕДИЦИНА 2008

26 – 29 мая

МОСКВА, Конгресс-центр ЦМТ

4-я Международная специализированная выставка

медицинского оборудования, техники и товаров для диагностики и лечения заболеваний человека и услуг в сфере здравоохранения

**В РАМКАХ ПРОЕКТА:**

9-я специализированная выставка «Радиология-2008»

Салон «МедКомТех-2008»

Салон «ЛаборДиагностика-2008»

Всероссийская конференция «Реализация инвестиционных проектов в сфере здравоохранения: интеграция государства и бизнеса»

2-ой Российский Национальный конгресс лучевых диагностов и терапевтов «Радиология-2008»

Всероссийский Конгресс специалистов клинической лабораторной диагностики «Фундаментальные основы, клинические аспекты и новейшие технологии современной лабораторной медицины»

Всероссийская конференция «Информатизация здравоохранения - 2008»



**ОРГАНИЗАТОРЫ ПРОЕКТА МЕДИЦИНА:**

Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
 Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию  
 Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи  
 ЗАО «МЕДИ Экспо»

**МНЭ МЕДИ Экспо**



Тел.: (495) 661-3513  
 Факс: (495) 938-2458

e-mail: expo@mediexpo.ru  
<http://www.mediexpo.ru>

## 10-й ЮБИЛЕЙНЫЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ



11 – 13 февраля  
 МОСКВА, Конгресс Центр ЦМТ

МЕЖДУНАРОДНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
 СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

# КАРДИОЛОГИЯ 2008

**ОРГАНИЗАТОРЫ:**

Министерство здравоохранения и социального развития  
 Российской Федерации  
 Всероссийское научное общество кардиологов  
 Государственный научно-исследовательский центр  
 профилактической медицины Росмедтехнологий  
 Федеральное агентство высокотехнологичной медицин-  
 ской помощи  
 Московский государственный медико-стоматологический  
 университет Росздрава  
 ЗАО «МЕДИ Экспо»

**МНЭ МЕДИ Экспо**



Тел.: (495) 938-9211  
 Факс: (495) 938-2458

e-mail: expo@mediexpo.ru  
<http://www.mediexpo.ru>



**А.Ю. Зубарев,**

министр здравоохранения Пермского края

**Ш.А. Биктаев,**

первый заместитель министра здравоохранения Пермского края

**С.А. Гаврилин,**

заместитель министра здравоохранения Пермского края

# ВНЕДРЕНИЕ МЕХАНИЗМОВ АУТСОРСИНГА В РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

## Цели и задачи

Одной из основных целей деятельности Правительства Пермского края, утвержденных Указом губернатора Пермского края от 25.07.2007 № 55 «О целях, задачах и целевых показателях деятельности Правительства Пермского края на 2007–2010 годы», является рост эффективности бюджетных расходов путем создания условий для развития рыночных отношений в социальной сфере.

В рамках этой цели исполнительными органами государственной власти Пермского края решаются две взаимосвязанные задачи:

- увеличение доли государственных (бюджетных) услуг, оказываемых негосударственным сектором;
- сокращение числа занятых в государственном (бюджетном) секторе.

Министерством здравоохранения Пермского края, начиная с 2003 года, активно внедряются механизмы аутсорсинга при оказании государственных (бюджетных) услуг.

Аутсорсинг — передача части функций учреждений здравоохранения на исполнение сторонним организациям.

Основными задачами аутсорсинга являются:

- повышение качества услуг;
- снижение стоимости услуг;
- обновление оборудования, используемого при оказании услуг.

## Перечень услуг

В настоящее время Министерством здравоохранения Пермского края ведется работа по выведению на аутсорсинг следующих услуг:

- оказание услуг по техническому обслуживанию медицинской техники;
- оказание услуг по стирке белья;
- оказание охранных услуг;
- оказание медицинских услуг по диетологии;
- оказание транспортных услуг;
- оказание услуг по сбору, обезвреживанию, транспортировке и размещению медицинских отходов;
- оказание услуг по проведению лабораторных исследований;
- оказание услуг по проведению МРТ-исследований;
- оказание услуг по выполнению полетов, связанных с оказанием медицинской помощи населению Пермского края;
- приобретение экстемпоральных лекарственных средств (функции внутрибольничной аптеки).

На территории Пермского края функционируют 62 государственных учреждения здравоохранения. Ряд услуг, таких как услуги по техническому обслуживанию медицинской техники, охранные услуги, услуги по стирке белья, медицинские услуги по диетологии, переданы на аутсорсинг в большинстве государственных учреждений здравоохранения.

Размещение государственного заказа на оказание услуг по проведению лабораторных



исследований, МРТ-исследований, приобретенные экстреморальных лекарственных средств (функции внутрибольничной аптеки) были произведены в 2006–2007 гг. впервые по нескольким государственным учреждениям здравоохранения.

Активно ведется работа по передаче на аутсорсинг вышеуказанных услуг по остальным государственным учреждениям здравоохранения, а также рассматривается возможность вывода на аутсорсинг других услуг, например, оказание медицинских услуг отделений функциональной диагностики.

### Этапы размещения заказа

Вывод услуг на аутсорсинг проводился несколькими этапами.

Первоначально учреждения самостоятельно определяли потребность в той или иной услуге, производили необходимые расчеты и направляли заявку на размещение государственного заказа. Далее заявки по размещению государственного заказа на данные услуги собирались со всех государственных учреждений здравоохранения.

В ряде случаев в качестве пилотов выбирались два–три учреждения, в которых производилась отработка технологии размещения заказа на ту или иную услугу.

В целях реализации задач и достижения показателей деятельности Правительства Пермского края, начиная с 2006 года, данный процесс был взят под особый контроль. В апреле 2006 года Министерством здравоохранения Пермского края был подготовлен приказ «Об эффективном использовании бюджетных средств», во исполнение которого государственными учреждениями здравоохранения был проведен анализ услуг, сопутствующих основной цели деятельности учреждения и подлежащих размещению на конкурсной основе, а также анализ эффективности использования государственного имущества (оборудования, зданий и помещений). По результатам анализа каждым учреждением был подготовлен план мероприятий по расчету стоимости услуг и эффективности использования государственно-

го имущества. В связи с переходом ряда муниципальных учреждений здравоохранения в краевую собственность с 1 января 2007 года в результате разграничения полномочий между органами местного самоуправления и органами государственной власти данная процедура была проведена повторно в начале 2007 года.

### Формирование стоимости услуг

Расчет стоимости услуг производится путем суммирования расходов (по кодам статей экономической классификации 211–213, 221–226, 290, 310, 340), затрачиваемых государственным учреждением здравоохранения при оказании соответствующих услуг самостоятельно. Далее формируются техническое задание и требования к участникам размещения заказа.

В большинстве случаев этих средств достаточно для приобретения услуг в негосударственном секторе. В ряде случаев, например, при размещении государственного заказа на оказание транспортных услуг, разово были выделены дополнительные средства с учетом стоимости этих услуг в негосударственном секторе. Причинами недостаточности средств в данном случае являются недофинансирование услуги и, как следствие, незакладывание средств на обновление автомобильного парка, а также бесконтрольное использование транспортных средств, в том числе для целей, не относящихся к деятельности учреждений здравоохранения.

При повторном размещении государственного заказа на следующий финансовый год стоимость услуги дефлируется в соответствии со сценарными условиями функционирования экономики Пермского края.

При размещении государственного заказа по желанию победителя открытого конкурса находящееся на балансе у государственного учреждения здравоохранения оборудование и помещения предоставляются победителю открытого конкурса в аренду. Размер арендной платы учитывался только при формировании стоимости медицинских услуг по диетологии.





## Преимущества и недостатки

Главным преимуществом внедрения механизмов аутсорсинга является разграничение функций заказчика и подрядчика. При этом уменьшается нагрузка на административно-управленческий персонал в части организации процесса оказания услуг, повышается качество услуг в связи с разграничением полномочий и ужесточением контроля за результатом, в ряде случаев уменьшается количество потребляемых услуг, например, при оказании транспортных услуг, услуг по проведению лабораторных исследований. При оказании услуг не надлежащего качества у государственного учреждения здравоохранения всегда есть право либо применить штрафные санкции, либо расторгнуть государственный контракт.

Следующим преимуществом является обновление технологического оборудования, что также влияет на качество оказываемых услуг. Так произошло при размещении государственного заказа на оказание медицинских услуг по диетологии, услуг по стирке белья, транспортных услуг, услуг по проведению лабораторных исследований.

В соответствии с целями реализации норм Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» немаловажным критерием является и снижение стоимости услуг.

Организации, специализирующиеся на оказании одного вида услуг, имеют преимущества в стоимости оказания услуг. Общая экономия средств при проведении конкурсов на 2007 год по размещению государственного заказа на оказание услуг государственным учреждениям здравоохранения составила 9618,9 тыс. рублей, или 5,1% от начальной (максимальной) цены контракта (цены лота). Наибольшая экономия средств сложилась при размещении государственного заказа на оказание услуг по проведению лабораторных исследований (*Приложение*).

При невозможности приобретения дорогостоящего оборудования за счет средств

бюджета также возможно приобретение данной услуги в негосударственном секторе. Таким образом размещена услуга по проведению МРТ-исследований.

Главной проблемой при размещении государственного заказа на оказание услуг является необходимость ежегодного проведения процедур размещения государственного заказа, так как в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации государственный контракт заключается только в рамках одного финансового года. Это накладывает ограничения на участников размещения заказа. Не позволяет в полной мере реализовывать инвестиционную составляющую. Помимо этого, в случае ежегодной смены исполнителя услуги, особенно при оказании услуг по техническому обслуживанию медицинской техники, услуг по стирке белья, охранных услуг, медицинских услуг по диетологии, необходимо перестраивать работу и производить приемку и передачу имущества при заключении договоров аренды.

## Перспективы

Поправки в Бюджетный кодекс Российской Федерации, вступающие в силу с 1 января 2008 года, позволяют дальше двигаться в направлении увеличения доли государственных (бюджетных) услуг, оказываемых негосударственным сектором.

В настоящее время Министерством здравоохранения Пермского края прорабатывается вопрос о размещении государственного заказа на оказание государственных (бюджетных) услуг в целом. В этих целях определены виды государственных (бюджетных) услуг, оказание которых является полномочиями субъекта Российской Федерации, производится расчет стоимости этих услуг в разрезе видов медицинской помощи и прорабатывается вопрос формирования технического задания для размещения государственного заказа по оказанию ряда государственных (бюджетных) услуг.

Также произведены преобразования в управлении отраслью. Создано Агентство по управлению бюджетными учреждениями



здравоохранения Пермского края, которое выступает учредителем всех государственных учреждений здравоохранения и выполняет функции исполнителя (подрядчика) государственных (бюджетных) услуг.

Функциями Министерства здравоохранения Пермского края являются формирование бюджета, Программы государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи, задания на оказание государственных (бюджетных) услуг. Иными словами, функции заказчика.

Помимо этого, Министерство здравоохранения Пермского края оказывает методиче-

скую помощь при внедрении механизмов аутсорсинга органам управления здравоохранением муниципальных районов и городских округов Пермского края. По результатам 2006 года, общий объем размещаемого заказа на оказание услуг для муниципальных учреждений здравоохранения составил 272 441,7 тыс. рублей. Наибольший объем услуг, выведенных на аутсорсинг, по муниципальным учреждениям здравоохранения Пермского городского округа, Кунгурского городского округа, Лысьвинского муниципального района.

Приложение

**Перечень услуг, выведенных на аутсорсинг, по государственным учреждениям здравоохранения**

№ п/п	Наименование услуги	Способ размещения заказа	Период	Начальная цена контракта	Стоимость контракта	Экономия
1	Оказание услуг по техническому обслуживанию медицинской техники	конкурс	2006	5 550,5	4 993,0	557,5
			2007	4 784,9	4 574,2	210,7
2	Оказание услуг по стирке белья	конкурс, котировка	2006	3 218,1	3 218,1	0,0
			2007	5 196,1	5 196,1	0,0
3	Оказание охранных услуг	конкурс, котировка	2006	11 473,8	9 660,6	1 813,2
			2007	16 842,9	14 924,3	1 918,6
4	Оказание медицинских услуг по диетологии	конкурс	2006	101 990,2	100 290,3	1 699,9
			2007	145 650,0	140 190,0	5 460,0
5	Оказание транспортных услуг	конкурс	2006	15 378,7	14 829,1	549,6
			2007	18 250,0	17 624,8	625,2
6	Оказание услуг по сбору, обезвреживанию, транспортировке и размещению медицинских отходов	конкурс	2006	13 201,9	7 027,9	6 174,0
			2007	18 640,0	18 535,6	104,4
7	Оказание услуг по проведению лабораторных исследований	конкурс	2006	1 295,0	1 136,7	158,3
			2007	32 594,6	28 855,2	3 739,4
8	Оказание услуг по проведению МРТ-исследований	конкурс	2006	7 249,8	7 249,3	0,5
			2007	8 000,0	6 983,4	1 016,6
9	Оказание услуг по выполнению полетов, связанных с оказанием медицинской помощи населению Пермского края	конкурс	2006	7 600,0	7 585,4	14,6
			2007	13 300,0	13 295,8	4,2
10	Приобретение экстемпоральных лекарственных средств (функции внутрибольничной аптеки)	конкурс, аукцион	2006	2 600,0	2 423,6	176,4
			2007	9 763,9	9 344,4	419,5
	ИТОГО	x	2006	169 558,0	158 414,0	11 144,0
			2007	273 022,4	259 523,8	13 498,6

## ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДПОМОЩИ

→ Так была заявлена тема слушаний, проведенных Комиссией Общественной палаты по вопросам здравоохранения 2 ноября 2007 года в Москве. Принявшая участие в слушаниях Министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова сообщила, что ей удастся добиться выделения дополнительных средств на развитие здравоохранения. По ее мнению, главная проблема сегодняшнего здравоохранения — отсутствие продуманной стратегии развития отрасли. «Мы решили разработать стратегию развития здравоохранения, которая включит в себя наиболее актуальные проблемы отрасли: вопросы зарплат, развитие национального проекта «Здоровье», развитие лечебно-профилактических учреждений, а также взаимодействие федеральных и региональных уровней власти, развитие системы обязательного медицинского страхования», — сказала Министр. Ближайшими шагами в этом направлении станет разработка законодательства в сфере медицинского страхования и переработка закона, который не менялся с 2003 года. В своем выступлении Т. Голикова отметила необходимость возродить работу Общественного совета при Министерстве и изменения его состава.

В процессе подготовки аналитических материалов Комиссия провела опрос, в котором приняли участие 39 территорий. Ответы на вопросы Комиссии были получены из 11 ФОМС, 13 министерств и департаментов, 5 региональных и федеральных ЛПУ, 18 муниципальных учреждений здравоохранения, 15 администраций (муниципальных) и от 6 экспертов.

Наибольшее количество тезисов (от 3 и выше) было прислано из Оренбургской, Ростовской, Тверской, Псковской областей, Москвы и Ханты-Мансийского АО.

Ниже приведен анализ ответов регионов на задаваемые вопросы.

**Как Вы оцениваете состояние здравоохранения: достаточно ли средств, насколько рационально расходуются имеющиеся средства, можно ли их расходовать более эффективно?**

Большинство территорий говорят о том, что основной проблемой финансирования здравоохранения является ограниченность финансовых ресурсов отрасли при неэффективном использовании имеющихся ресурсов. Произшедшая децентрализация, с одной стороны, расширила полномочия для субъектов и муниципальных органов исполнительной власти, с другой, вместе с переданными полномочиями не произошло реальной передачи финансовых средств на их реализацию.

Дефицит финансирования касается практически всех аспектов существования учреждений здравоохранения: в амбулаторной и стационарной службах — низкий тариф, не покрывающий затраты специалистов; по статье «медикаменты» — до 30%, в техническом обеспечении учреждений — высокий износ оборудования (до 70%); в организации ремонтов — высокий износ зданий (от 40%); автотранспорта (75%); недостаток средств по содержанию учреждений по возросшим требованиям Пожнадзора, Роспотребнадзора и т.д.

Укомплектованность учреждения компьютерной техникой составляет не более 40% потребности, а потребность учреждения в новой медицинской технике сегодня удовлетворяется только на 40–50% (Ханты-Мансийск, Томская обл.).

Недофинансирование по подготовке и переподготовке кадров достигает 80–90%, в связи с чем данные затраты переложены на местный бюджет, в котором не были предусмотрены, а их отсутствие в муниципальном бюджете ведет к их изъятию из платных услуг (Алтайский край, Ямало-Ненецкий АО, Оренбургская обл.). Также остро стоит вопрос кадрового обеспечения: неуккомплектованность врачами достигает 50–60% (Алтайский край)

Существующий уровень финансирования не позволяет обеспечить функционирование ЛПУ в соответствии с современными требованиями к безопасности медицинской деятельности и технологиям.

Основные проблемы создания эффективной системы финансирования связаны с отсутствием разработанных подходов к решению ряда вопросов:

- несбалансированность госгарантий обеспечения граждан медицинской помощью и их финансового обеспечения;
- несоответствие тарифов размерам необходимых затрат медицинских учреждений на оказание медицинской помощи;
- отсутствие научно обоснованных нормативов для финансирования ЛПУ;
- слабое использование рыночных механизмов при организации оплаты деятельности медицинских учреждений.



### Как Вы оцениваете Программу госгарантий и ее эффективность?

Практически все территории говорят о дефиците финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Недофинансирование здравоохранения в целом, в том числе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Дефицит территориальных программ госгарантий в 2006г. составил в дотационных территориях около 70 млрд. руб. Выравнивание финансовых условий в регионах осуществляется без учета финансовых возможностей субъектов РФ. В ряде субъектов имеет место искусственное занижение расчетной стоимости территориальных программ под свои финансовые возможности без учета федеральных нормативов и потребностей населения в объемах и видах медицинской помощи.

Имеет место замещение государственных гарантий бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами, причем, чем ниже в регионе финансирование медицинской помощи за счет средств государственного сектора, тем выше доля финансирования медицинской помощи за счет личных средств граждан. Так, в Вологодской области доля платных медицинских услуг к объему финансирования Программы госгарантий бесплатной медицинской помощи составляет 15,5%.

Выделение значительных финансовых средств из федерального бюджета на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан и основные направления национального проекта «Здоровье» осуществляется в отрыве от финансирования и механизмов реализации Программы госгарантий, и они не включены в тарифы оказания медицинской помощи.





Необходимо на федеральном уровне экономически обосновать перспективную потребность в финансировании Программы государственных гарантий по РФ в разрезе субъектов с учетом расходов федерального бюджета на приоритетные направления развития здравоохранения в целях оптимизации структуры расходов по основным видам затрат (повышение расходов на медикаменты и изделия медицинского назначения, питание больных, укрепление и содержание материально-технической базы ЛПУ, зарплата работников и др.) и уровням предоставления бесплатной медицинской помощи.

Выравнивание финансовых условий в регионах осуществлять через федеральный фонд ОМС по специально разработанной, утвержденной совместно МЗ и СР РФ и ФОМС и согласованной с Минфином РФ методике с учетом соответствия подушевых территориальных нормативов, установленным Правительством РФ финансовым нормативам.



### **Как Вы оцениваете методы и способы оплаты медицинской помощи?**

В большинстве территорий оплата медицинской помощи учреждениям здравоохранения производится по укрупненным единицам объемов медицинской помощи по видам (койко-день — в стационаре, посещение — в АПУ, пациенто-день — в дневных стационарах и вызов — по скорой медицинской помощи). Реже используются способы оплаты, ориентированные на результат (за больного, за услугу, за заболевание и т.д.). Так, в Челябинской, Костромской областях оплата стационарной помощи производится по законченному случаю. Также в Дагестане по амбулаторной и стационарной службе, но не более 10% сверх утвержденного муниципального заказа. При этом недостатками данного метода являются отсутствие экономической заинтересованности в улучшении здоровья населения и увеличении объема медицинских услуг.

Остро стоит вопрос об оплате медицинской помощи в приемном отделении: она имеет место и не оплачивается ни бюджетом, ни ОМС.

Необходимо рассмотреть вопрос оказания ургентной (экстренной) помощи в небольших городах, поскольку в условиях нехватки кадров она не табелируется и не оплачивается, но ее никто не отменял (Иркутская обл.).

Практически все территории указывают на недостатки, связанные с очень большим документооборотом, и просят сократить количество учетно-отчетной документации.

Необходимо на федеральном уровне разработать альтернативные варианты типовых моделей оценки деятельности (качества) оказываемых населению медицинских услуг по типам учреждений здравоохранения. Использовать показатели при разработке и утверждении годовых государственных (муниципальных) заданий учреждениям здравоохранения по реализации территориальных программ государственных гарантий. Обеспечить связь системы оплаты труда работников здравоохранения с конечными результатами работы, а финансирование учреждений здравоохранения — с объемом и качеством оказанных медицинских услуг пациентам.



### **Как осуществляется планирование медицинской помощи (стационарной, амбулаторной)?**

С 1999 г. в Российской Федерации планирование медицинской помощи населению осуществляется с использованием программно-целевого метода по основным видам медицинской помощи на душу населения в год. Все территории единодушны в том, что планирование медицинской помощи основано на областной Территориальной программе госгарантий по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи. Реа-

лизация программы осуществляется через систему госзаказа, который представляет собой плановые показатели видов и объемов оказываемой медицинской помощи. Эта система планирования медицинской помощи сегодня понятна всем регионам и не вызывает особых сложностей. Она законодательно закреплена в основных нормативно-правовых актах в сфере здравоохранения. Чтобы поменять эту систему, необходимо создание чего-либо альтернативного, что в настоящее время проблематично, так как требует больших временных и ресурсных затрат. В настоящее время следует говорить о необходимости дальнейшего совершенствования системы планирования медицинской помощи, основанной на оценке качества и эффективности оказываемых медицинских услуг с позиции конкретизации порядка и условий предоставления бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг, их разграничения.



### **Каково оптимальное соотношение источников финансирования — средства бюджета, ОМС, внебюджетные средства?**

В настоящее время сохраняется бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения. В одних регионах преобладает бюджетная модель, в других — страховая. Для территорий (Ленинградская обл.) не имеет принципиального значения, откуда поступают средства в ЛПУ и каково их соотношение. Важно, чтобы они поступали стабильно и в должном объеме. Утверждение бюджета должно быть согласно потребностям современного здравоохранения, а не на 60–70% от заявленного. При этом необходимо отрегулировать механизм финансового выравнивания территорий. Для большинства территорий большой проблемой является ограничение финансово-хозяйственной самостоятельности ЛПУ, для чего следует увеличить права главных врачей при распределении финансовых и прочих ресурсов медицинского учреждения и ужесточить контроль за этим (Ярославская, Ленинградская обл., Калмыкия).



### **Ваши комментарии по поводу структуры тарифа ОМС: какие статьи расходов включает, насколько оптимальна, какие требуются изменения?**

В настоящее время сложилась система оплаты медицинских услуг в учреждениях здравоохранения, работающих в системе ОМС, по тарифам, которые включают основные статьи расходов. Остальные статьи затрат оплачиваются за счет бюджетов соответствующего уровня. Ряд регионов, имеющих достаточные финансовые возможности системы ОМС, имеют право и осуществляют финансирование медицинской помощи по большему количеству статей затрат за счет средств ОМС.

Структура тарифа ОМС включает 5 статей расходов бюджетной классификации: заработная плата, начисления на заработную плату, приобретение медикаментов, продуктов питания, оборудования, мягкий инвентарь. Мнения относительно оптимальности данного тарифа разделились. Астраханская область считает его оптимальным, а Оренбургская нет и ждет перехода на одноканальное финансирование, Волгоградская, Челябинская и Ленинградская обл. хотят видеть его более расширенным и не ниже себестоимости.

Нельзя допускать разделение медицинских услуг и оплату за лечение конкретного пациента по источникам финансирования и категориям застрахованных. Лечение заболеваний у больных должно осуществляться в строгом соот-





ветствии со стандартами медицинской помощи при конкретном заболевании независимо от источников финансирования. Разделение финансовых потоков по отдельным категориям населения приведет к тому, что страховщики не смогут полностью оплатить счета за одну категорию граждан, а по другой категории будет формировать резервы. В ЛПУ коечный фонд будет разделен на койки для богатых и бедных, что приведет к снижению доступности медицинской помощи широким слоям населения.

Необходимо экономически обосновать и конкретизировать затраты, необходимые на осуществление разных видов медицинской помощи, которые должны осуществляться за счет бюджетов и ОМС.



### **Ваши комментарии по поводу структуры расходов из средств бюджета**

Необходимо экономически обосновать виды медицинской помощи, финансируемые за счет средств бюджетов по всем затратам (скорая неотложная медицинская помощь, высокотехнологичные дорогостоящие виды медицинской помощи, инвестиции в здравоохранение и пр.).



### **Оптимально ли одноканальное финансирование?**

В 19 субъектах РФ осуществляется пилотный проект по переходу к одноканальному принципу финансирования через систему ОМС (в основном стационарной медицинской помощи). Требуется провести всесторонний комплексный анализ эффективности реализации данного проекта по единым методикам с целью разработки оптимальных моделей планирования и финансирования медицинской помощи.

Большинство территорий высказываются за то, что одноканальное финансирование оптимально при условии достаточного объема финансовых средств в системе ОМС, необходимого для оплаты всех затрат учреждения здравоохранения.



### **Каковы основные проблемы в оказании платной медицинской помощи?**

В настоящее время платная медицина в большей своей части охватывает объем услуг, которые подпадают под Программу госгарантий оказания населения РФ бесплатной медицинской помощи.

Увеличение расходов населения на платные услуги (в Алтайском крае с 2000 по 2006 г. в 5 раз) свидетельствует о замещении бюджетных расходов частными, в результате увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении медицинской помощи соответствующего качества, что отражается на малообеспеченных. Об этом свидетельствует большинство территорий с низким уровнем платежеспособности населения (Северная Осетия, Красноярский край, Ростовская область, Дагестан, Белгородская обл.). В Дагестане доля платных услуг в общем объеме финансовых поступлений отрасли составляет около 1%. Тем не менее, низкая платежеспособность населения не позволяет своевременно изменять цены на платные услуги.

На данном этапе платная медицина не сможет решить проблемы финансирования здравоохранения. Для поддержания конкурентоспособности государственным учреждениям здравоохранения требуется повысить свою организационную компетенцию по улучшению качества оказываемых медицинских услуг, контролю за ним и информированию об этом. Среди преимуществ оказания платных услуг в бюджетных учреждениях территории выделяют доверие населения к традиционно сложившейся системе оказания медицинской помощи, концентрацию дорогостоящего оборудования, наличие высококвалифицированных специалистов, многопрофильность многих ЛПУ.

Основные проблемы в оказании платных услуг: недостаточность нормативно-правовой базы по оказанию платных услуг в бюджетных учреждениях, отсутствие общепринятых стандартов медицинской деятельности, позволяющих разграничить бесплатные для пациента и дополнительные медицинские услуги, недостаточная лабильность госучреждений, особенно в финансовой и бухгалтерских областях, отсутствие современных финансово-аналитических методик и программ, отсутствие психологической готовности персонала ЛПУ к оказанию платных услуг.

В настоящее время отсутствует нормативно-правовой акт в сфере регулирования предоставления платных медицинских услуг населению. Постановление Правительства №27 устарело и вошло в противоречие с законодательными актами, прежде всего с законом «О защите прав потребителя». Необходимо на федеральном уровне разработать и установить единый типовой порядок (в том числе в формировании тарифов) и регламентировать условия предоставления платных медицинских услуг на всех уровнях системы здравоохранения. Не допускать перекаldывания оплаты населением гарантируемых ему государством видов и объемов бесплатной медицинской помощи.



### **Ваши комментарии по поводу оплаты труда (по ЕТС, дифференцированная оплата, наличие отраслевой системы).**

В большинстве территорий оплата труда производится по ЕТС, но все требуют ее пересмотра и указывают на ее ненацеленность на конкретные результаты и на то, что она не зависит от качества оказания медицинской помощи. Некоторые территории (Карелия, Ямало-Ненецкий АО, Волгоградская обл.) высказываются за отраслевую систему оплаты труда с внедрением экономических рычагов влияния на качество лечебного профилактического процесса с ориентацией на конечный результат. Но основным стимулом для совершенствования оказания медицинской помощи может служить только дифференцированная оплата с учетом объемов, качества и конечных результатов.

Основными проблемами качества труда медицинских работников, по мнению территорий, являются:

- отсутствие мотивации медицинских работников в качественном и интенсивном труде, внедрении современных технологий, профилактической работе, профессиональном росте, так как труд оплачивается государством вне зависимости от объема, качества, эффективности и социальной значимости. Система оплаты носит недифференцированный, уравнилельный характер, а штатные нормативы рассчитаны 20–30-летней давности;

- невозможность осуществлять свои профессиональные функции по причине изношенности материально-технической базы, несоответствия уровня ее оснащенности современным требованиям;

- кадровый дефицит в лечебно-профилактических учреждениях;

- падение престижности профессии медицинского работника и нежелание молодых специалистов работать по профессии в связи с низкой оплатой труда при значительном увеличении интенсивности и чрезвычайно высокой профессиональной ответственности; социальной незащищенностью — отсутствием социальных льгот (бесплатного или льготного лечения, в том числе санаторно-курортного, страхования профессиональной ответственности, устройства детей в детсады, возможности получить жилье).





### Насколько сопряжены методы и способы оплаты медицинской помощи с качеством и эффективностью?

Практически все территории говорят о том, что в настоящее время методы и способы оплаты медицинской помощи никак не влияют на ее эффективность. Тем не менее, подобная сопряженность необходима. По мнению Волгоградской области, достаточно высокая оплата труда медицинского работника с оптимальной нагрузкой будет способствовать поддержанию высоких качества и эффективности оказания медицинской помощи, по мнению Оренбургской, для улучшения качества медицинской помощи необходима материальная заинтересованность, стимулирование труда медицинского работника. Существующая система оплаты труда, в том числе отраслевая, не нацелена на конкретные результаты и не зависит от качества оказания медицинской помощи. Стимулом для совершенствования оказания медицинской помощи может служить только дифференцированная оплата с учетом объемов, качества и конечных результатов.

Необходимы стандартизация на основе единых подходов и критериев оценки качества и эффективности медицинской помощи населению по видам медицинской помощи и оплата труда медицинским работникам, учитывающая уровень профессиональной компетентности и квалификации специалиста и дифференцированная по качеству и сложности оказываемой медицинской помощи пациентам. Должны быть разработаны на федеральном уровне профессиональные стандарты с учетом уровня оказания медицинской помощи по видам.

### Что необходимо изменить в нормативной базе в отношении финансирования и улучшения качества медицинской помощи?



Необходимо на федеральном уровне разработать нормативно-правовые и иные акты по организации, стандартизации и обеспечению всех видов медицинской помощи (скорой, неотложной, в том числе санитарно-авиационной, высокотехнологичной и дорогостоящей и пр.), а также единых подходов и критериев оценки качества и эффективности медицинской помощи населению по видам и уровням ее оказания, модернизации оплаты труда, расширению финансово-хозяйственной самостоятельности учреждений.

МЗ и СР РФ и ФОМС, службам и агентствам привести свои нормативно-правовые акты (Приказ МЗ РФ № 377, МЗ и СР РФ № 633, МЗ и СР РФ № 337, Приказы ФОМС №№ 151, 164, 191 в строгое соответствие с действующей законодательной базой в сфере здравоохранения (№ 258-ФЗ, Постановление Правительства РФ № 286 от 15 мая 2007 г. и др.).

Необходимо прекратить порочную практику доведения до исполнителей нормативно-правовых актов с большим опозданием, а также постоянного внесения в течение года изменений и дополнений в действующие нормативно-правовые акты в сфере здравоохранения при реализации пилотного проекта, основных направлений нацпроекта «Здоровье» и обеспечении жизненно необходимых лекарственных средств отдельных категорий граждан.

*Продолжение читайте в «МЗ», 2008, №1*



## В РОССИИ ПРОБЛЕМАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНЫ ЗАНИМАТЬСЯ ВСЕ

«В Австрии когда-то был самый высокий процент детской смертности. На решение проблемы поднялась вся страна, не было человека, канала телевидения, ток-шоу, которые бы не обсуждали эту проблему, и сегодня там показатель детской смертности самый низкий в Европе. В России состояние и перспективы развития скорой медицинской помощи должны обсуждаться всеми», — в этом убежден Аркадий Львович Верткин, один из лидеров профессионального сообщества и организаторов Второго Всероссийского съезда врачей скорой медицинской помощи, прошедшего в Москве 31 октября — 2 ноября 2007 года.

В работе съезда приняли участие 570 делегатов из 69 субъектов Федерации, 79 глав-врачей станций скорой медицинской помощи (СМП), 38 заместителей главных врачей СМП, 23 старших врача, врачи и фельдшеры линейных бригад, диспетчерской службы и территориальных центров медицины катастроф. Важнейшими вопросами, поднятыми на съезде, стали: разделение служб скорой и неотложной помощи, стандарты качества оказания СМП, подготовка и переподготовка врачей СМП.

### В Российской Федерации скорую медицинскую помощь обеспечивают:

- 3223 станции и отделения скорой медицинской помощи
- 46 больниц скорой медицинской помощи, мощностью 27 915 коек
- 19 098 врачей (по данным на 2006 год)
- 76 173 специалиста со средним медицинским образованием
- общепрофильные бригады — 13 257 (32%)
- специализированные бригады — 3052 (7%)
- бригады интенсивной терапии — 1838 (4%)
- фельдшерские бригады — 23 194 (57%)

Свое выступление на съезде, посвященное совершенствованию организации и перспективам развития скорой медицинской помощи в Российской Федерации, заместитель Министра здравоохранения и социального развития Руслан Альбертович Хальфин начал с цитирования одного из самых известных российских демографов, Анатолия Вишневского, согласно которому поправить демографическую ситуацию в России может скорее снижение смертности, чем увеличение рождаемости.

**А.Г. Вишневский выделяет пять катастрофических угроз для России.**

**Первая угроза** — высокая смертность. Настоящей глубокой причиной такой смертности он считает низкую ценность человеческой жизни, как психологическую установку, сложившуюся и укоренившуюся в России во всем, вплоть до политической культуры.

**Вторая угроза** — низкая рождаемость. Если по уровню смертности мы похожи на развивающиеся страны, то по уровню рождаемости — на развитые.

**Третья угроза** — это старение населения, в стране становится мало молодежи и много пожилых, а общество институционально не готово к новой структуре возрастной пирамиды.

**Четвертая угроза** — депопуляция, сокращение общей численности населения. Естественный прирост населения у нас отрицательный из-за высокой смертности, но главным образом все-таки из-за низкой рождаемости. А приток населения за счет иммиграции не покрывает отрицательного прироста. Россия в 1950 году была четвертой страной в мире по численности населения после Китая, США и Индии. По последним мировым прогнозам, Россия отодвинется к 2050 году на восемнадцатое место и будет «средненькой» по населению страной с большой территорией.

**Пятая угроза** — иммиграция. Подсчитано, что если принимать столько иммигрантов, сколько нужно, чтобы население не сокращалось, то к концу века численность иммигрантов и их потомков превысит численность автохтонного населения и его потомства.

**По мнению А.Г. Вишневского, поправить демографическую ситуацию может скорее снижение смертности, чем увеличение рождаемости. Рождаемость необходимо удвоить, а для этого, по мнению демографа, нет предпосылок.**

Комментируя структуру смертности (таблица 1), заместитель Министра обратил внимание участников съезда на две управляемые причины смертности трудоспособного населения: болезни системы кровообращения и внешних причин, и отметил, что по уровню смертности от несчастных случаев, травм, отравлений, к сожалению, Россия лидирует (рис. 1, 2). Резкий подъем смертности от внешних причин начинается уже в возрасте 5–14 лет, в то время как европейцы в трудоспособном возрасте проводят выраженную самосохранительную политику.

«К сожалению, мы до сих пор не получили ответа ни от Вас, ни от первичного звена о структуре заболеваемости. Мы получили увеличение объемов Вашей работы, но не ожидаемого снижения объемов стационарной помо-

щи. В результате Вы работаете за первичное звено и увеличиваете объем стационара. Прошу обсудить, как понизить госпитализацию хронических больных и с большей эффективностью использовать ресурсы диспансеризации».

Говоря о стандартах оказания СМП, замминистра отметил, что они есть, но не везде выполняются. «Мы методологически подошли к тому, что нужны единые пошаговые стандарты. Выполняйте их, пожалуйста. Если считаете, что они не те, изменяйте их, обсуждайте. Это — бессмыслица, когда национальные стандарты остаются на бумаге, а каждый регион работает по своим».

Комментируя финансовый норматив Программы государственных гарантий в 2005–2006 г. по скорой медицинской помощи в расчете на единицу объема медицинской

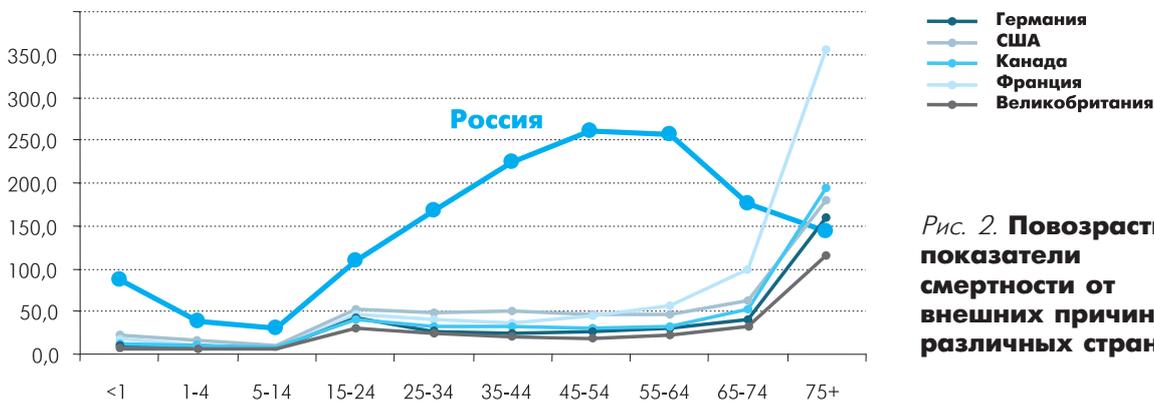
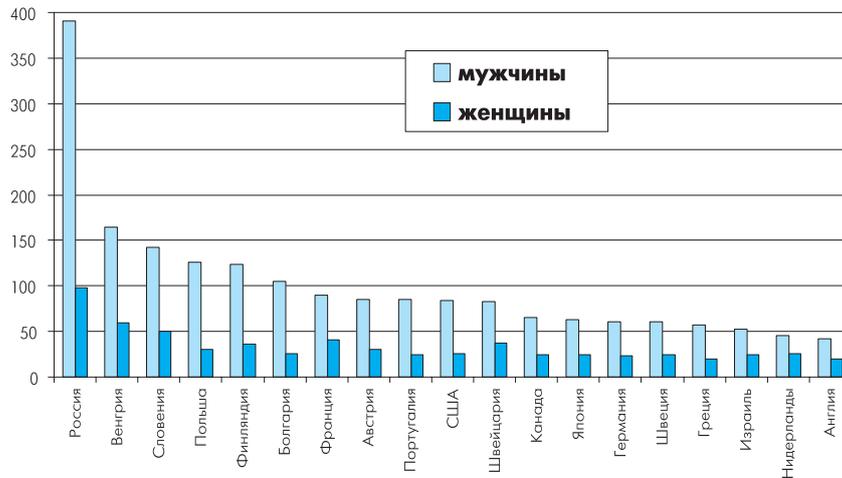


Таблица 1

**Структура смертности населения Российской Федерации в 2006 году**

Причины смерти	Все население	Трудоспособный возраст	Старше трудоспособного возраста
Всего умерших от всех причин	100 %	100 %	100 %
В том числе от:			
Болезней системы кровообращения	56,4	<b>31,9</b>	73,6
Внешних причин	13,7	<b>32,6</b>	4,2
Новообразований	12,9	10,6	13,7
Прочих	7,1	8,4	1,5
Болезней органов дыхания	4,1	5,4	3,6
Болезней органов пищеварения	4,1	6,8	3,0
Инфекционных и паразитарных болезней	1,7	4,3	0,4

**Рис. 1. Уровни смертности от несчастных случаев, травм и отравлений в Российской Федерации и за рубежом (на 100 тыс. населения)**



**Рис. 2. Повозрастные показатели смертности от внешних причин в различных странах**



**Финансирование Программы государственных гарантий в 2005–2006 гг. по скорой медицинской помощи (в расчете на единицу объема медицинской помощи; по данным статистической формы № 62)**

	2005 год		2006 год	
	Фактический показатель	Приведенный показатель	Фактический показатель	Приведенный показатель
Скорая медицинская помощь	523,6	437,4	686,0	573,1

помощи (таблица 2), замминистра обратил внимание на то, что приведенный показатель стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в 2006 году составил 573,1 рубля при нормативе 913,3 рубля (62,8% от норматива). «Это означает, что Вы оказываете неполную услугу, Вы не разворачиваете услугу, Вы не тратите расходники, лекарственные препараты — просто перевозите».

Согласно Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год (Постановление Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 286), норматив финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), составляет — 1213,3 рубля (в 2007 год он составлял 1064 рублей). «Большой вопрос к Вам, как Вы будете их расходовать?»

«Посмотрите на структуру выездов скорой медицинской помощи в 2005–2006 годах: госпитализировано в 2005 году — 17,7% , в 2006 год — 18,5%. Более 13% выездов приходится на несвойственные скорой медицинской помощи функции. Вы работаете не за себя, а за неотложку. Количественных изменений в числе занятых не произошло. Коэффициент совместительства не изменился, неуккомплектованность остается высокой. Мы ждем изменений темпов» (рис. 3).

«Меня волнует блок (рис. 4), 57% — фельдшеры. Давайте определимся с этим вопро-

сом. Есть виды медицинской помощи, которые фельдшер выполняет не хуже врача, — их нужно прописать пошагово, по стандартам. Но если фельдшер выполняет врачебные объемы, нужно поднять планку врачебных действий и определить, что делает врач, а что фельдшер. Нужно обновить нормативы».

Остановившись на вопросе денежных выплат медицинским работникам скорой медицинской помощи, Р.А. Хальфин напомнил, что в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 № 863 субъект Российской Федерации самостоятельно устанавливает размеры, условия и порядок осуществления денежных выплат и имеет возможность увеличить их размер, расширить перечень категорий медицинских работников, их получающих, за счет средств субъекта Российской Федерации.

В субъектах Российской Федерации в 22% регионов, в целях выравнивания уровня оплаты труда между различными категориями медицинских работников денежные выплаты установлены в повышенном размере.

«Вам нужно подумать над тремя вариантами: первое — поднять тем, кому уже подняли, до уровня первичного звена. Второй вариант — поднять тем, кому не подняли. Третье — поднять водителям машин СМП. Мы считаем, что этот блок должны поднимать местные органы государственной власти, 22 региона РФ уже это делают. Мы поднимаем зарплаты тем, кто непосредственно работает с больными».



Рис. 3. Структура выездов скорой медицинской помощи в 2005–2006 годах

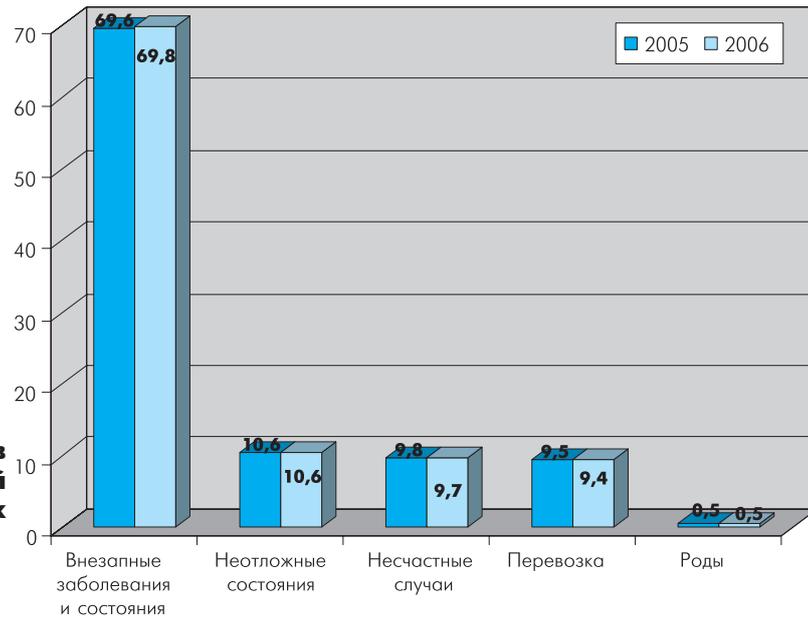


Рис. 4. Бригады скорой медицинской помощи

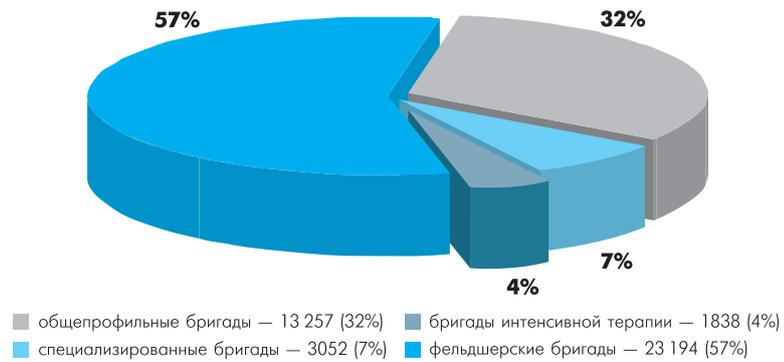
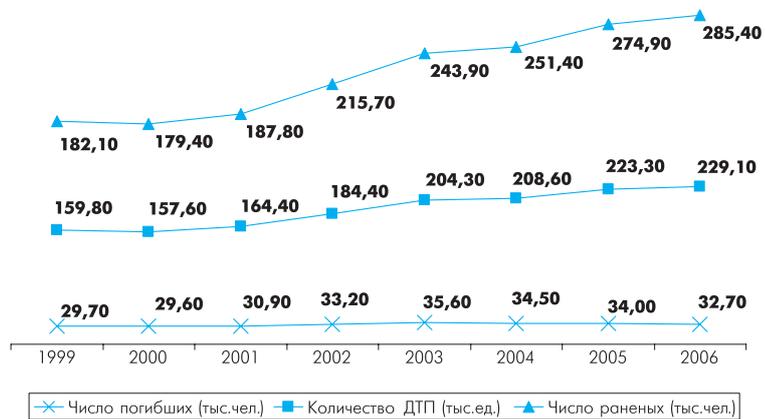


Рис. 5. Число раненых и погибших в ДТП





**С.Ф. Багненко, д.м.н., профессор, чл.-корр. РАМН, директор Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе:**

**Когда речь идет о создании в России 1000 центров, по сути, обсуждается вопрос, сколько мы можем потратить денег, а не сколько травмоцентров можно поддержать в рабочем состоянии. Во всем мире травмоцентры создаются из расчета 1 на 1 млн. жителей. С учетом нашего всплеска травматизма можно ориентироваться на показатель 1 на 500 тыс. жителей. Но очевидно, что нужен, как минимум, 1 центр на субъект РФ. Где он должен располагаться? Там, где есть все специалисты, а это — областные больницы, которые не хотят перегружать себя социальным контингентом. Это противоречие нужно разрешать в самое ближайшее время.**

Особое внимание в докладе Р.Хальфина было уделено проблеме сокращения смертности от управляемых причин. Он напомнил, что 76% из числа погибших в ДТП составляют лица трудоспособного возраста, а социально-экономический ущерб от последствий аварий (в ценах 2006 г.) составил 476 млрд. рублей (рис. 5).

«Вдоль семи федеральных автодорог в 37 областях будем оснащать медицинским оборудованием до 1 тыс. отделений: хирургических, нейрохирургических, травматологических. Планируем также оснащение реанимобилями государственных и муниципальных учреждений скорой медицинской помощи, расположенных вдоль автодорог. Это будут операционные на колесах. Уверенности, в том, что они будут

востребованы, нет. Пока есть данные, что реанимобиль есть, а используется как перевозка — «крутая, на понтах», но перевозка...»

Ожидается, что от реализации перечисленных мер по снижению смертности населения Российской Федерации в результате дорожно-транспортных происшествий произойдет сокращение смертности в результате ДТП на 2700 случаев в год; снижение инвалидности до 8 тысяч случаев в год; к 2015 году Россия приблизится к среднемировым показателям смертности и инвалидности при ДТП.

Доклад С.Ф. Гончарова, директора ФГУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Росздрава, был посвящен проблемам организации и оказания медицинской помощи пострадавшим в догоспитальном периоде.

Он назвал дорожно-транспортный травматизм — общегосударственной проблемой, поскольку общая смертность среди пострадавших при ДТП в 12 раз выше, чем у лиц, получивших травму при других несчастных случаях, в 6 раз чаще они становятся инвалидами, в 7 раз чаще нуждаются в госпитализации.

Выделяя основные причины, снижающие эффективность медицинской помощи пострадавшим в ДТП в догоспитальном периоде, докладчик отметил отсутствие навыков оказания первой медицинской помощи у тех, кто по тем или иным причинам оказался первым рядом с пострадавшим (19,2% случаев), неполноценность автомобильных аптек, стандартных медицинских упаковок и средств иммобилизации (10,4% случаев), отсутствие связи для вызова машин скорой помощи (16,3% случаев), задержка прибытия машин скорой помощи (34,3%). Одна из острейших проблем — поздняя госпитализация пострадавших из-за потери времени прибытия скорой медицинской помощи к месту ДТП. Это происходит в результате позднего вызова бригад скорой помощи, из-за заторов, «пробок» на дорогах крупных городов; бездорожья в сельской местности, особенно в зимнее время года; неудовлетворительного технического состояния санитарного транс-



порта станций скорой помощи, в первую очередь в сельской местности; отсутствия вертолетов в службе скорой помощи.

Поэтому совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП должно проходить по следующим направлениям: формирование зон ответственности лечебно-профилактических учреждений за федеральными автодорогами, сокращение времени с момента получения травмы до начала оказания медицинской помощи, разработка и внедрение новых информационных технологий, применение вертолетной техники. В России до сих пор не определено, кому должны принадлежать места базирования вертолетов. Россия — единственная страна из «большой восьмерки», которая не применяет вертолетов, оказывающих медицинскую помощь лицам, пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий. Врачей, летающих на вертолетах, готовят в Германии 1,5 года. Необходимы научные исследования и разработка организационно-правовых, финансовых и методических основ по созданию и оснащению учебного центра подготовки отечественных специалистов.

С.Ф. Гончаров информировал участников съезда, что при ВЦМК «Защита» в 2007 г. создан и функционирует учебный центр подготовки преподавателей, обучающихся водителей, сотрудников служб, участвующих в ликвидации последствий ДТП, приемам оказания первой медицинской помощи пострадавшим. До конца 2007 г. в 25 субъектах РФ будут оснащены аналогичные центры.

В течение трех дней активной и конструктивной работы съезда делегатами были выделены и обсуждены ключевые вопросы совершенствования системы оказания скорой медицинской помощи. Так, в большинстве выступлений было отмечено, что до сих пор

в российском здравоохранении не сформулированы такие понятия, как «служба скорой медицинской помощи», не определено, что она должна делать и как, не дано определение «срочному медицинскому вмешательству», отсутствует положение об обязательном тренинге врачей СМП и даже отсутствует такая научная специальность.

Не определен принцип разделения функций между станциями СМП и отделениями неотложной медицинской помощи. Докладчиками отмечалась необходимость изменения штатной структуры станции СП, введение ограничений по состоянию здоровья и возрасту и психологического тестирования персонала. Указывалось, что разработанные стандарты противоречат ранее принятым нормативным актам. В соответствии со стандартами необходимо привести оснащение автомобиля СМП. В машине должен быть встроенный сотовый телефон и возможность передачи сигнала по выделенным каналам.

Не отвечает принятым стандартам и утвержденная карта вызова. Не определено, какой объем медицинской помощи должен оказывать фельдшер, на каком оборудовании.

Не разработаны алгоритмы действия выездных бригад. Для информатизации Службы СМП необходима ее полная компьютеризация, единая программа обработки вызовов.

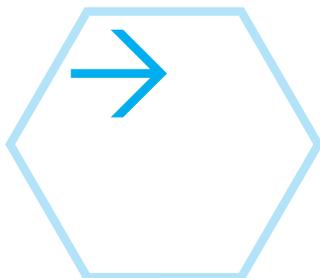
Участники съезда высказывали пожелание создать в МЗ СР РФ департамент или отдел для решения организационных вопросов функционирования Службы и подготовили проект трех приказов Минздравсоцразвития, направленных на совершенствование организации службы СМП на территории РФ. Как отметил в заключение Р.А. Хальфин, «впервые по итогам конференции подготовлены целые листы конкретных предложений».

*Подготовила Н.Куракова*



## УЧРЕЖДЕНЫ НОМИНАЦИИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» ЗА ЛУЧШИЕ ПУБЛИКАЦИИ ГОДА

Номинации учреждены в целях повышения эффективности управленческих решений в здравоохранении и стимулирования заинтересованности организаторов-практиков здравоохранения в публикациях:



- Автор наиболее оригинальной публикации или цикла публикаций за год (с 01 января по 31 декабря)
- Автор наиболее оригинального менеджерского решения в области управления региональным здравоохранением (рубрики «Региональный опыт» и «Интересный документ»)

После подведения творческих итогов уходящего журнального года мы опубликуем решение редакции и общественного голосования читательской аудитории.

Просим читателей журнала направлять свои мнения по адресу: [idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru)

## ВИРТУАЛЬНЫЙ КРУГЛЫЙ СТОЛ ЖУРНАЛА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

приглашает принять участие в обсуждении наиболее актуальных вопросов организации работы скорой медицинской помощи (СП)

**Модератор:** Пивень Дмитрий Валентинович — д.м.н., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского ГИУВа

**Форма и объем направляемых материалов:** произвольные

**Адрес модератора:** [piven\\_dv@mail.ru](mailto:piven_dv@mail.ru)

**Адрес редакции:** [idmz@mednet.ru](mailto:idmz@mednet.ru)

### Обсуждаемые вопросы:

- 1. Нет чётких критериев качества работы. Существующее «время доезда» более целесообразно отнести к качеству автотранспорта и дорог, что, конечно, немаловажно, но не должно быть единственным критерием.
- 2. Как сказалоь повышение заработной платы врачей и фельдшеров на качестве их работы? Многие руководители скорой сокрушаются, что не могут уменьшать размеры этих выплат, но сами с трудом представляют, что можно и нужно контролировать без этих мер.



- **3.** Насколько оказалась готова отечественная служба СП к её переоснащению в рамках ПНП «Здоровье»? Как используется поставленное оборудование, кроме интенсивно крутящихся колёс автомобилей, кто и как это оценивает и что в итоге предпринимается на уровне учреждений и муниципалитетов, кроме мер Росздравнадзора по недопуску неподготовленных специалистов к эксплуатации оборудования (наркотно-дыхательные аппараты, электрокардиографы, дефибрилляторы), которым оснащён автотранспорт?
- **4.** Вечная тема разделения скорой и неотложной помощи. Последняя, по мнению сторонников разделения этих понятий, должна оказываться поликлиникой и уменьшать тем самым нагрузку непосредственно на скорую. В ФЗ-258 от декабря 2007 года даны следующие определения этих понятий:  
«**Скорая медицинская помощь** оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях). **Неотложная медицинская помощь** оказывается гражданам медицинским персоналом амбулаторно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства». Таким образом получается, что неотложная помощь – эта та, которую можно отсрочить. Это – явный абсурд. На мой взгляд, принимать решение о том, вызывать или не вызывать скорую помощь, должен сам пациент. А подведение под это экономической целесообразности в виде подобной попытки разделения функции поликлиники и скорой на деле будет сопровождаться ограничением прав пациента на получение доступной квалифицированной помощи.
- **5.** Ещё одна проблема. Кто всё-таки должен работать на скорой: врач или фельдшер? Вопрос очень серьезный: в целом квалификация врачей скорой невысокая. В этой службе работают очень много фельдшеров. Может быть, по-другому поставить задачу: не увеличивать количество врачей на скорой, во всяком случае на общих бригадах, а наоборот, указанные структурные единицы укомплектовывать фельдшерами, обратив внимание на организацию постоянного повышения их квалификации. Во-первых, по факту фельдшеров уже много, и они давно работают на СП. Во-вторых, при оказании скорой помощи, как правило, приходится действовать в соответствии с конкретным алгоритмом, то есть тема стандартизации медицинских услуг для экстренных служб актуальна и хороша как ни для каких других. Что тоже делает использование потенциала средних медицинских работников в составе общих бригад предпочтительным. В-третьих, учитывая дефицит врачебных кадров, апробировать данную схему в 4–5 регионах можно было бы без ущерба для населения и службы.
- **6.** Анализ деятельности службы скорой медицинской помощи в системе муниципального здравоохранения должен проводиться только с учётом показателей деятельности поликлиники и стационара. В противном случае изолированный анализ, а чаще всего делают именно так, не имеет большого смысла и всегда будет сводиться к укреплению материально-технической базы, но не к её рациональному использованию, что, к сожалению, прослеживается и на примере ПНП «Здоровье».





## ВИРТУАЛЬНЫЙ КРУГЛЫЙ СТОЛ ЖУРНАЛА «МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

**приглашает принять участие в обсуждении проблемы подготовки организаторов здравоохранения**

**Модератор:** Пивень Дмитрий Валентинович — д.м.н., зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского ГИУВа

**Цель обсуждения:** подготовка методических рекомендаций для МЗ СР РФ (авторами которых станут участники обсуждения) и публикация всех высказанных мнений в журнале «Менеджер здравоохранения»

**Форма и объем направляемых материалов:** произвольные

**Адрес модератора:** piven\_dv@mail.ru

**Адрес редакции:** idmz@mednet.ru

### Постановка проблемы

Среди многочисленных проблем кадровой работы в отечественном здравоохранении тему подготовки организаторов здравоохранения следует выделить особо, так как именно эта категория специалистов в силу своей профессии оказывает (либо должна оказывать) наибольшее влияние на самые разные стороны деятельности отрасли.

Между тем отбор в специальность организаторов здравоохранения происходит достаточно хаотично и вряд ли способствует качественному решению управленческих задач в весьма динамично меняющейся обстановке. В условиях децентрализации управления назначение первых руководителей регионального и муниципального здравоохранения по принципу личной преданности и политической лояльности стало весьма распространённым явлением. Естественно, этот процесс часто сопровождается освобождением от должности грамотных руководителей, которых в силу правовой разобщённости вышестоящие отраслевые органы управления защитить не могут. И примеров этому великое множество. Вариантов решения данной проблемы немного, но они есть. В Федеральном законе от 29 декабря 2006 г.

№ 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» прописана норма, когда в обмен на делегируемые полномочия региональная власть должна согласовать с отраслевым министерством назначение руководителя здравоохранения субъекта Федерации. Однако, к сожалению, механизм её реализации на уровне постановлений Правительства пока никак не обозначен.

Более того, если указанный механизм для назначения и освобождения от должности руководителей регионального здравоохранения всё-таки появится, было бы целесообразно закрепить аналогичную схему подбора кадров и на должности первых руководителей муниципального здравоохранения, то есть только по согласованию с соответствующим органом управления субъекта Федерации. В системе управления кадровыми ресурсами трудно придумать что-нибудь идеальное, но такой вариант подбора первых руководителей здравоохранения территорий представляется более рациональным, чем существующий.



Отдельной проблемой, безусловно, остаётся непосредственно подготовка управленческих кадров в системе последиplomного образования. Трудно предположить, что указанная подготовка через ординатуру или интернатуру, как это недавно разрешено Приказом МЗиСР от 20.08.2007 № 553, станет основной формой подготовки специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья.

Во-первых, подавляющее большинство врачей, сразу после ВУЗа поступивших и в последующем закончивших ординатуру по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», в силу объективных причин и прежде всего отсутствия опыта работы попадают на рядовые должности врачей-статистиков или специалистов оргметодотделов. Вроде бы всё логично, не сразу же выдвигаться в руководители, но у врачей-клиницистов здесь целый ряд преимуществ и, прежде всего, непосредственное знание организации лечебно-диагностической помощи в конкретном ЛПУ.

В этой связи крайне желательно, чтобы деятельность в качестве организатора здравоохранения предполагала наличие предшествующего, пусть даже небольшого, опыта клинической работы и соответственно более или менее глубоких знаний отдельных сторон практического здравоохранения. В ситуации, когда есть исходные и при этом испытанные на себе достоинства и недостатки деятельности конкретных клинических служб, вероятность более эффективного освоения навыков организации и управления медицинской помощью значительно выше. А значит, выше и вероятность вполне закономерного в подобных случаях карьерного роста специалиста.

Во-вторых, основная масса организаторов здравоохранения приходит в специальность именно с клинической работы и начинает свою деятельность сразу с замещения должности руководителя. Упомянутым выше Приказом МЗиСР № 553 разрешена подготовка таких врачей по специальности

«Организация здравоохранения и общественное здоровье» через профессиональную переподготовку. Вероятно, имеет смысл сделать указанную переподготовку более гибкой, так как трудно предположить, чтобы руководителя (или его заместителя) отправили на учёбу более чем на 4 месяца. И здесь вполне могла бы стать эффективной подготовка специалиста путём накопления необходимых часов (образовательных кредитов) в течение 1–2 лет через обучение на циклах общего и тематического усовершенствования, различных семинарах, в том числе с использованием дистанционного обучения. Следует также отметить, что было бы целесообразным распространить предлагаемую схему подготовки не только на руководителей, но и на другие категории организаторов здравоохранения.

И ещё один вопрос, который, как мне кажется, напрямую связан с предыдущими. Это вопрос подготовки организаторов здравоохранения для организаций и структур негосударственного сектора — страховых медицинских компаний, частных медицинских организаций, медицинских бизнес-структур. Вероятно, распространить действующие требования к необходимой подготовке руководителей по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» следовало бы и на них. Вызывает удивление, что частные медицинские организации, в отличие от государственных и муниципальных учреждений, при лицензировании медицинской деятельности, как правило, не заявляют такой вид деятельности, как «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Между тем данная деятельность всегда присутствует, имеет при этом целый ряд специфических проблем, и игнорировать данное обстоятельство никак нельзя.

Очевидно, что вопросы подготовки организаторов здравоохранения требуют широкого обсуждения, анализа самых разных мнений и, конечно, имеющегося опыта.





## Microsoft открыла медицинский сервис HealthVault

Корпорация Microsoft открыла медицинский веб-сервис, получивший название HealthVault (<http://www.microsoft.com/presspass/press/2007/oct07/10-04HealthVaultPR.mspx>)

Служба HealthVault представляет собой онлайн-овое хранилище, в котором пользователи смогут накапливать информацию медицинского характера. Подписчики, в частности, получают возможность держать на сервере в Интернете собственную историю болезни, сохранять информацию о перенесенных операциях, показателях жизнедеятельности организма и пр.

Загружать данные на сайт HealthVault можно напрямую с совместимого медицинского оборудования. Кстати, о поддержке платформы HealthVault уже объявили более сорока компаний и организаций, в том числе CapMed, HealthMedia, LifeScan, Johnson & Johnson, WorldDoc и другие.

Сервис HealthVault является бесплатным. Доступ к сохраненной в базе данных службе информации подписчики смогут предоставлять, например, своему лечащему врачу или специалистам узкого профиля. В этом случае медицинские работники смогут осуществлять удаленный мониторинг состояния пациентов, давать рекомендации и пр.

В состав HealthVault интегрирован поисковик Web Health Search, облегчающий поиск информации медицинского характера. Для сторонних компаний и производителей корпорация Microsoft предлагает специальные средства разработки, которые облегчат процесс создания устройств, совместимых с платформой HealthVault.

Стоит заметить, что веб-сервис медицинской направленности может открыть и компания Google. Однако пока какая-либо конкретная информация о соответствующих планах Google отсутствует.

*Источник: <http://citcity.ru/17093/>*

## Google откроет аналог службы Microsoft HealthVault

Вице-президент Google по поисковым системам Марисса Майер в рамках конференции Web 2.0 в Сан-Франциско сообщила о том, что компания планирует открыть новую службу медицинской направленности.

Вдаваться в какие-либо подробности относительно будущего сервиса, как сообщает ComputerWorld, Майер не стала. Известно лишь, что пользователи службы смогут загружать на серверы в Интернете информацию о состоянии своего здоровья и истории болезни, а также обмениваться данными с лечащим врачом. Зарботает сервис, предположительно, в начале следующего года.

Нужно отметить, что заявление Майер о намерении Google открыть медицинский сервис прозвучало спустя всего две недели после того, как Microsoft запустила службу HealthVault. Данный сервис представляет собой онлайн-овое хранилище, в котором пользователи смогут накапливать информацию медицинского характера. В состав HealthVault входит интегрированный поисковик, а загружать данные на сайт службы можно напрямую с совместимого медицинского оборудования. Сервис HealthVault является бесплатным, для сторонних компаний и производителей корпорация Microsoft предлагает специальные средства разработки, облегчающие процесс создания устройств, совместимых с новой платформой.

Учитывая тот факт, что за доступ к HealthVault корпорация Microsoft не взимает с пользователей никакой платы, можно предположить, что и аналогичный сервис Google будет бесплатным. Не исключено, что на страницах службы Google будут отображаться рекламные объявления.

*Источник: Компьюлента*



**ПОРЯДОК ВВЕДЕНИЯ  
ДОЛЖНОСТЕЙ: ДИРЕКТОР  
УЧРЕЖДЕНИЯ, ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ПО ХОЗЯЙСТВЕННЫМ ВОПРО-  
САМ, НАЧАЛЬНИК  
ХОЗЯЙСТВЕННОГО ОТДЕЛА**

**КОНСУЛЬТАНТ —  
ЭКОНОМИСТ КОМИТЕТА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
И.С. ХАЙРУЛЛИНА,  
Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

**В** процессе функционирования медицинского учреждения бесспорно важны вопросы организации производственно-хозяйственной деятельности и материально-технического обеспечения лечебно-диагностического процесса. Перед руководителями учреждений встает вопрос назначения лица, ответственного за данный участок работы. В зависимости от определенных характеристик учреждения такими лицами могут быть директор, заместитель руководителя по хозяйственным вопросам, начальник хозяйственного отдела.

В соответствии с пунктом 1.2. Положения о директоре государственного (муниципального) лечебно-профилактического учреждения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.11.1993 № 264 «Об утверждении положения о директоре государственного (муниципального) лечебно-профилактического учреждения» (далее Приказ МЗ РФ № 264) «должность директора лечебно-профилактического учреждения (наряду с должностью главного врача) устанавливается в учреждении:

- с автономным режимом функционирования и имеющем на своем балансе инженерные сооружения и сети, производственные предприятия, подсобные сельские и вспомогательные хозяйства и другие структуры, необходимые для его деятельности;
- имеющем мощность свыше 300 коек или 1000 посещений в смену».



Однако критерии для введения в штатное расписание должности директора, установленные вышеупомянутым Приказом (имеющим статус действующего), не совпадают с такими в более позднем приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.06.2003 № 230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения» (далее Приказ МЗ РФ № 230), где предполагается для учреждений, имеющих в своем составе амбулаторно-поликлинические подразделения, установление 1 должности директора при отнесении данного учреждения к I–II группам по оплате труда руководителей. Соответственно Приказ МЗ РФ № 230 допускает введение должности директора в учреждениях, имеющих от 810 сметных коек, либо, если учреждение подпадает под определенную категорию, как минимум, от 510 сметных коек. Таким образом, существуют два действующих приказа, один из которых устанавливает должность директора лечебно-профилактического учреждения при условии, что мощность учреждения свыше 300 коек, другой — при мощности учреждения, как минимум, 510 коек.

Однако, исходя из формулировки Приказа МЗ РФ № 64, касающейся критериев для установления должности директора, можно предположить, что подразумевается соблюдение обоих условий, перечисленных в пункте 1.2. Второй же из рассматриваемых приказов дополнительных условий не устанавливает.

Следует отметить, что приказ МЗ РФ № 230 был принят десятью годами позднее и претендует на большую актуальность.

Таким образом, в соответствии с Приказом МЗ РФ № 230 в учреждениях устанавливаются следующие должности:

— при коечной мощности до 100 коек — начальник хозяйственного отдела;

— на 100–800 коек — заместитель руководителя по хозяйственным вопросам;

— при условии отнесения учреждения к I–II группам по оплате труда руководителей — директор и начальник хозяйственного отдела.

Кроме того, Приказ МЗ РФ № 230 предусматривает введение должности заведующего хозяйством для каждого находящегося в обособленном здании амбулаторно-поликлинического подразделения с числом врачебных должностей свыше 20 и каждого стационарного отделения (группы отделений) с числом коек свыше 60.

Зачастую руководители учреждений здравоохранения, учитывая разногласия в приказах, настаивают на своем праве ввести должность директора, а не должность заместителя руководителя по хозяйственным вопросам. На наш взгляд, ничего не мешает ввести в штатное расписание согласно Приказу МЗ РФ № 230 должность заместителя руководителя по хозяйственным вопросам, с последующим ведением ведомостью замены должности директора. В соответствии с Положением о директоре государственного (муниципального) лечебно-профилактического учреждения, утвержденном Приказом МЗ РФ № 264 «директор государственного (муниципального) лечебно-профилактического учреждения является заместителем руководителя учреждения здравоохранения» и при системе тарификации заместителей руководителя в зависимости от отнесения учреждения к той или иной группе по оплате труда руководителей должностной оклад директора учреждения, как и иных заместителей, будет привязан к группе учреждения. Иными словами, если ввести ведомостью замены должность директора в учреждении III группы по оплате труда руководителей, должностной оклад будет соответствовать окладу заместителя руководителя учреждения III группы по оплате труда руководителей (а не I–II групп).



## ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ  
О.Г. КОГАН — ВЕДУЩИЙ  
СПЕЦИАЛИСТ КОМИТЕТА  
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**



**Скажите, пожалуйста, могут ли врачи оказывать платные медицинские услуги в часы основного приема или обязательно во внерабочее время?**

Теоретически платные медицинские услуги могут оказываться в основное рабочее время в следующих случаях:

- если это не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицам, имеющим на это право;
- если в силу особенностей процесса оказания медицинской помощи невозможно организовать предоставление медицинских услуг за плату во вне-рабочее время.

Оплата труда работников в этом случае будет мало чем отличаться от выплат надбавок стимулирующего характера за напряженность в труде, предусмотренных в соответствии с п. 6.4 «Положения об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации», утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.10.1999 № 377.

Вместе с тем следует иметь в виду, что оказание в основное рабочее время дополнительных услуг, в том числе и платных, за счет повышения интенсивности или производительности труда может повлечь за собой снижение качества оказываемой медицинской помощи. Кроме того, могут возникать финансовые нарушения (двойная оплата за одну и ту же работу и т.д.). *Таким образом, платные услуги могут оказываться работниками в основное рабочее время только в порядке исключения, например, при наличии периодов ожидания из-за отсутствия пациентов.*

Строго во внерабочее время должны выполняться услуги, оказание которых требует длительного времени, а также услуги, сроки оказания которых можно запланировать заранее: плановые хирургические вмешательства; оказание платных услуг на дому; платные услуги, оказываемые по предварительной записи по телефону; работа врача по другой специальности (невролога — мануальным терапевтом или иглорефлексотерапевтом и т.д.). Кроме того, исключитель-





но во внерабочее время должны оказываться за плату услуги, предусмотренные территориальной программой государственных гарантий, потребность населения в которых высока, вследствие чего постоянно существует очередь на их получение.

*При наличии очереди на получение медицинской услуги оказание этой услуги в рабочее время за плату нарушает права граждан, ожидающих своей очереди, и в итоге ведет к невыполнению государственным учреждением здравоохранения своих обязательств. Это относится и к плановой госпитализации, и к проведению дорогостоящих исследований.*

Если в учреждении открыто отделение (кабинет) платных услуг, а работа в таком отделении является совместительством (по второму трудовому договору), то этом случае работа по оказанию платных услуг может осуществляться только во внерабочее время.

Платные стоматологические услуги могут оказываться в основное рабочее время (на основании Приказа Минздравмедпрома Российской Федерации от 06.08.1996 № 312 «Об организации работы стоматологических учреждений в новых экономических условиях хозяйствования») за счет повышения производительности или интенсивности труда по желанию пациента, а также в случае, если ему предоставляется гарантированный объем бесплатной стоматологической помощи и платные услуги оказываются дополнительно к гарантированному объему (например, осмотр стоматолога, необходимые рентгенологические исследования — за счет средств ОМС, восстановление зуба пломбой из светоотверждающего материала вместо гарантированного отечественного — за плату).

Существует ряд услуг, оказание которых практически невозможно организовать во внерабочее время (лабораторные, патолог-анатомические, рентгенологические исследования и т.д.). В этом случае руководитель учреждения обязан установить такой график работ, чтобы оказание перечисленных услуг не создавало препятствий для получения гражданами бесплатной медицинской помощи и не приводило к росту числа ожидающих данную услугу.

**Наше учреждение имеет специальное разрешение на прием различных специалистов. Обязательно ли получать специальное разрешение на работу комиссий (водительская и т.д.), состоящую из этих специалистов?**

Комиссия не просто состоит из специалистов, она принимает комиссионное решение и выдает официальное заключение о возможности (или невозможности) человека заниматься определенной деятельностью. Проведение работ по экспертизе на право владения оружием, экспертизе профпригодности, экспертизе связи заболеваний с профессией в соответствии с «Положением о лицензировании медицинской деятельности», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 года № 30, требует наличия лицензии.

Если лицензия имеется, учреждение может оказывать платные услуги по этим видам деятельности. Более того, деятельность комиссий по освидетельствованию на право владения оружием и управление транспортным средством, а также проведение профосмотров должны быть приоритетными направлениями развития платных услуг в государственном учреждении здравоохранения с той точки зрения, что этот вид услуг может оказываться только на платной основе и отсутствует возможность вынудить граждан платить в тех случаях, когда они имеют право на бесплатные медицинские услуги.





Разрешение вышестоящего органа управления здравоохранением на оказание платных медицинских услуг в форме работы платных комиссий необходимо получать в любом случае.



**Должно ли медицинское учреждение уплачивать налог на добавленную стоимость (НДС) при оказании медицинской помощи по договорам с предприятиями в форме профосмотров?**

В соответствии с п. 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации (часть вторая) не подлежит обложению НДС (освобождается от налогообложения) реализация медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями и (или) учреждениями, врачами, занимающимися частной медицинской практикой, за исключением косметических, ветеринарных и санитарно-эпидемиологических услуг. При этом к медицинским услугам относятся и услуги по диагностике, профилактике и лечению независимо от формы и источника их оплаты.

Таким образом, при проведении осмотров работников по договорам с предприятиями НДС платить не нужно.



**В учреждении создано хозрасчетное подразделение по оказанию платных медицинских услуг. Оплата врачей производится в процентах от стоимости оказанных услуг. Должны ли эти работники отрабатывать рабочее время или допустима система, при которой они привлекаются только в ситуациях, когда есть записавшиеся к ним на прием?**

**Очевидно, если они оформлены на конкретную должность с определенным объемом работы (0,25–1,0 ставки), то время необходимо отрабатывать. А как с консультантами? Возможна ли оплата консультантов не по часам, а в процентах от полученного дохода? В остальных случаях они должны быть оформлены по договору подряда? Но это возможно только в случае, если нет соответствующей штатной должности.**

Оплата труда как штатных специалистов, так и привлекаемых консультантов может производиться различными способами, в том числе в процентах от стоимости оказанных услуг. Но должно быть соблюдено требование трудового законодательства: заработная плата работника, отработавшего норму рабочего времени (выполнившего норму труда), не может быть ниже, чем предусмотрено тарификацией. Консультант может быть оформлен по договору подряда, если он не является сотрудником учреждения и выполняемая им работа не входит в трудовые обязанности сотрудников учреждения. Если консультант работает в этом же учреждении, то возможен вариант издания приказа по учреждению об увеличении объема работ, выполняемых данным сотрудником, в соответствии с которым определяется данный объем работы, выполняемой сотрудником за пределами основного рабочего времени, и размер оплаты.



## СПИСОК СТАТЕЙ, ОПУБЛИКОВАННЫХ В ЖУРНАЛЕ В 2007 Г.

### Содержание МЗ-1-2007

#### Национальный проект «Здоровье»

*В.И. Стародубов.* Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения .....4-9

#### Право

*Е.А. Щербина, О.Ю. Александрова, О.Н. Лебединец.* Анализ возможных вариантов организационно-правовых форм медицинских организаций .....10-20

#### Фокус проблемы

*Д.В. Пивень, П.Е. Дудин, А.С. Купцевич.* О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи .....21-25

*Ф.И. Бадаев, Т.К. Луговкина.* Системный подход к организации Службы лекарственной помощи в многопрофильном стационаре .....26-32

#### Лекарственное обеспечение

*В.О. Флек, Т.В. Рейхтман.* Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан: место и роль в Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи .....33-41

#### Технологический менеджмент

*В.Я. Зиниченко, А.В. Ручкин, С.В. Солонников.* Современные европейские требования к одноразовой медицинской одежде и белью .....42-45

#### Региональный опыт

Методические рекомендации по организации оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения, финансируемыми за счет средств бюджета Санкт-Петербурга .....4-59

#### Профессиональное сообщество

*Ю.А. Щербук, В.Е. Жолобов, С.Ф. Багненко, И.А. Пятриченко, Я.Г. Мойсюк, О.Н. Резник, В.А. Федотов.* Ассоциация трансплантационных координаторов как важный фактор развития органного донорства в России .....60-64

#### Вопросы и ответы

Порядок использования средств, которые поступают в учреждения здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения. *На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров* 65-72

• *Принят закон «Об автономных учреждениях».* В статье 2 говорится, что автономное учреждение — это некоммерческая организация, созданная для выполнения работ, оказания услуг в сферах науки, образования, здравоохранения и т.д. А п. 3 статьи 20 гласит: «Изменение типа существующих государственных и муниципальных учреждений здравоохра-

нения не допускается». Как это понимать? Допустимо ли все-таки создание автономных учреждений в сфере здравоохранения?

- *В каких случаях и в каком размере можно относить к себестоимости платных услуг представительские расходы?*
- *По каким документам устанавливаются нормы расходов на рекламу?*
- *Как учитываются при налогообложении прибыли расходы на учебу медицинского персонала?*

#### Полезная ссылка

- «О представлении сводных годовых статистических отчетов за 2006 год» Приказ Минздравсоцразвития РФ №833 от 08.12.2006
- Методические рекомендации по порядку заполнения и представления отчёта по форме №62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению» за 2006 год .....73

#### Интересный документ

Постановление Пленума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 22 июня 2006 года № 21 «О некоторых вопросах практики рассмотрения арбитражными судами споров с участием государственных и муниципальных учреждений, связанных с применением статьи 120 Гражданского кодекса Российской Федерации» .....74-77

#### Читальный зал

Рецензия на учебник Стародубова В.И., Сидорова П.И., Коноплевой И.А. «Управление персоналом организации» .....78-79

### Содержание МЗ-2-2007

#### Национальный проект

Ответы Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации М.Ю. Зурабова на вопросы к Интернет-конференции .....4-16

*В.И. Стародубов, Д.В. Пивень.* О роли организаторов здравоохранения в развитии регионального и муниципального компонента национального проекта «Здоровье» .....17-21

#### Менеджмент в здравоохранении

*Ю.А. Щербук, Ф.Н. Кадыров.* Материальное стимулирование выполнения высокотехнологичных (дорогостоящих) операций .....22-29

*Г.С. Шестаков.* Современное состояние организации и оценки деятельности станций и отделений скорой медицинской помощи .....30-34

#### Технологический менеджмент

*Н.В. Фоломеев.* Медицинская помощь и ее техническое обеспечение .....35-39



А.А. Систерова. Возможные пути оптимизации использования диагностического оборудования на примере областной клинической больницы г. Новосибирска . . . 40–44

**Особое мнение**

Симо Коко. Фондодержание — развитие, принципы, зарубежный опыт . . . . . 45–47

**Опыт регионов**

Распоряжения по вопросам оплаты труда за различные направления диспансеризации Комитета здравоохранения г. Санкт-Петербурга . . . . . 48–57

**Консультирует МЗ**

К.А. Виноградов. О новом порядке выплат по временной нетрудоспособности . . . . . 58–60

В.Н. Манухина. Изменения Трудового кодекса РФ, касающиеся прав и обязанностей работника . . . . . 61–63

**Юридический практикум «МЗ»**

Консультирует директор юридической компании Юнико-94 М.И. Милушин . . . . . 64–66

**Вопросы и ответы** . . . . . 67–69

На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров

- *Везде говорится о праве пациента на выбор медицинского учреждения и врача. Но ясно, что на практике это право реализовать далеко не всегда возможно. Не нарушаются ли при этом права пациента? Какова мера ответственности медицинского учреждения и врача, если нет возможности обеспечить реализацию этого права?*
- *Может ли бюджетное учреждение выступать учредителем другого юридического лица, например, автономной некоммерческой организации?*
- *Может ли главный врач быть отнесен к числу персонала, оплачиваемого за счет оказания платных услуг?*

**Нормативные документы** . . . . . 70–79

- *Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2006 г. № 825 «О порядке финансового обеспечения в 2007 году расходов и учета средств на выполнение учреждениями здравоохранения муниципальных образований, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии — соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации), государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи».*
- *Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. № 863 «О порядке предоставления в 2007 году субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, учреждений и подразделений скорой медицинской помощи муниципальной системы здравоохранения (а при их отсутствии на территории муниципального образования — учреждений и подразделений скорой медицинской помощи субъектов Российской Федерации)».*
- *Постановление Правительства Российской Федера-*

*ции от 30 декабря 2006 г. № 864 «О порядке финансирования в 2007 году расходов на дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной амбулаторно-поликлиническими учреждениями работающим гражданам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, за счет средств, перечисленных Фонду социального страхования Российской Федерации из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования».*

- *Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. № 874 «О порядке направления в 2007 году средств федерального бюджета на финансовое обеспечение государственного задания на оказание дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения, находящихся в ведении Федерального медико-биологического агентства и Российской академии наук (при условии размещения в этих медицинских учреждениях муниципального заказа на оказание первичной медико-санитарной помощи)».*

**Содержание МЗ-3-2007**

**Национальный проект**

- К.А. Виноградов. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги . . . . . 4–11
- Всероссийское совещание руководителей органов управления здравоохранением субъектов РФ и исполнителей директоров ТФОМС, Москва, 26 февраля 2007 г.*
- Р.А. Хальфин. Об итогах реализации мероприятий ПНП в сфере здравоохранения в 2006 году и о задачах на текущий год . . . . . 12–17
- Р.У. Хабриев. Осуществление контроля за реализацией мероприятий ПНП в сфере здравоохранения . 18–20
- Д.В. Рейхарт. Деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования в реализации программы ДЛО отдельных категорий граждан . . 21–23
- Е.А. Тельнова. Основные направления деятельности Росздравнадзора по реализации программы ДЛО в 2006 году и задачах на 2007 год . . . . . 24–25

**Региональный опыт**

Реализация пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, на территории Владимирской области . . . . . 26–32

**Особое мнение**

Фондодержание как возможный механизм управления в сфере здравоохранения Российской Федерации: мнения экспертов . . . . . 33–43





## Менеджмент в здравоохранении

*Е.Б. Жибурт.* Особенности национального управления Службой крови . . . . . 44–53

*Г.С. Шестаков, А.О. Мясников.* Применение метода математического моделирования для оценки работы станций скорой медицинской помощи . . . . . 54–58

## Финансовый менеджмент

*А.А. Сыстеровва.* К вопросу об изменении системы оплаты труда в лечебно-профилактическом учреждении . . . . . 59–63

## Информационный менеджмент

*Н.Г. Куракова, А.В. Туликов.* Проблемы интеграции российского здравоохранения в мировое информационное пространство . . . . . 64–69

## Консультирует МЗ

*Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина.* Автономные учреждения в здравоохранении . . . . . 70–71

**Вопросы и ответы** . . . . . 73–75

*На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров и О.Г. Коган*

- *В условиях имеющегося дефицита и несвоевременности финансирования медицинской помощи в системе ОМС имеет ли право учреждение часть медицинских услуг, входящих в программу ОМС, оказывать на платной основе или условия содоплат?*
- *При обращении пациента по его желанию за амбулаторной консультацией к врачу стационара возможно ли проведение консультации на платной основе либо она должна быть осуществлена врачом стационара бесплатно, в рамках программы ОМС?*
- *Должно ли проводиться в стационаре бесплатно в рамках программы ОМС предоперационное обследование, проводимое пациенту в условиях стационара при плановой госпитализации («рутинные» виды исследований: анализы крови, эндоскопические рентгенологические исследования, дополнительные консультации и т.д.)?*
- *В соответствии с Территориальной программой гарантий осуществляется «проведение профилактических флюорографических обследований взрослому населению области, обратившемуся в амбулаторно-поликлинические учреждения по поводу заболеваний, входящих в Программу». Проведение профилактического рентгенологического (флюорографического) обследования в условиях стационара при плановой госпитализации для оперативного лечения должно ли проводиться бесплатно, в рамках программы ОМС, или оно выходит за рамки этой программы?*
- *Предусматривает ли Программа ОМС оказание врачом бесплатной медицинской помощи в дополнительное рабочее время, если это не связано с совмещением, вызовом на работу по производственной необходимости, а обусловлено дополнительной нагрузкой, связанной с оказанием платных медицинских услуг не в ущерб бесплатной медицинской помощи, оказываемой в основное рабочее время?*

• *При применении дорогостоящего шовного материала (викрил, ПДФ, пролен) возможно ли проведение этих операций на платной основе, если учесть, что стоимость этих материалов значительно превышает стоимость медикаментов в структуре тарифа ОМС на операцию, а зачастую приближается к величине тарифа на операцию?*

• *В условиях гарантированности бесплатной медицинской помощи только ли лечебное учреждение несет ответственность за обеспечение и соблюдение принципа бесплатности?*

## Содержание МЗ-4-2007



### ПНП «Здоровье»

*Ф.Н. Кадыров.* Проект «Здоровье»: обзор публикаций СМИ и экспертные оценки. Часть 3 . . . . . 4–13

*Д.В. Пивень, К.А. Виноградов.* О задачах регионального и муниципального здравоохранения в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» и оценке его эффективности . . . . . 14–27

*Я.А. Накатис, О.К. Николаева, Н.А. Воронцова.* Взаимодействие служб при обеспечении эффективной системы управления организацией платных услуг многопрофильных ЛПУ . . . . . 28–31

### Профилактическая медицина

*И.А. Гундаров, В.А. Полесский.* Методологические требования к оценке качества технологий измерения здоровья . . . . . 32–37

### ИТ-менеджмент

*Г.С. Шестаков, К.С. Есаян.* Применение новых информационных технологий для определения оптимального необходимого числа бригад станции скорой медицинской помощи и дифференцированной оплаты труда медицинских работников . . . . . 38–43

*Л.В. Шукиль, С.В. Скальский, О.С. Чурина, Е.В. Елохина.* Модель регионального центра по изучению побочных действий лекарств на территории Омской области . . . . . 44–47

*М.Ф. Трапезникова, С.Б. Уренков, С.М. Кулачков, Ю.Г. Андреев, Л.Н. Герасимов, Р.Л. Герасимов.* Клинико-экономическое обоснование и внедрение в практическое здравоохранение нового отечественного дистанционного литотриптера «Компакт-01-У-ЛГК» с эндоурологическим комплексом . . . . . 48–56

### Здравоохранение в цифрах

Воспроизводство населения в Российской Федерации . . . . . 57–61

### Технологический менеджмент

О проекте фельдшерско-акушерского пункта . . . . . 62

### Консультирует МЗ

*Ф.Н. Кадыров.* Закон «О федеральном бюджете на 2007 год» не только чисто финансовый документ . . . . . 64–71

**Вопросы и ответы** . . . . . 72–75



На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров и О.Г. Коган

- Законно ли оказание на платной основе операций, во время которых использованы методики косметической коррекции послеоперационных дефектов (например, при секторальной резекции молочной железы, операциях на щитовидной железе, герниопластике)?
- Если выбор лечащего и оперирующего врача не предусмотрен условиями оказания бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, правомочно ли оказание медицинской помощи при выборе врача по программам добровольного медицинского страхования или на платной основе?
- Законно ли оказание медицинских услуг, не предусмотренных Перечнем тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, на платной основе, учитывая, что эти виды медицинской помощи из средств бюджета также не оплачиваются?
- Насколько необходимо создавать в государственном учреждении специальные подразделения для оказания платных услуг?
- Что следует понимать под формулировкой «оказание медицинской помощи в условиях повышенной комфортности и/или сервисности»?

## Содержание МЗ-5-2007

### Финансовый менеджмент

Подходы к совершенствованию организации оплаты труда медицинских работников. Материалы семинара проекта ЕС «Поддержка системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях в РФ» . . . . .4-21

### Обсуждаем проблему

В.И. Перхов, И.В. Самородская, И.Н. Ступаков. К вопросу о критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи . . . . .22-28

Д.В. Пивень, П.Е. Дудин. О формировании регионального компонента организации оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи . . .29-34

### Национальный проект

Г.Е. Бесстремьяная. Результативность отдельных направлений национального проекта «Здоровье» в 2006 году . . . . .35-39

В.В. Косарев, В.С. Лотков, С.А. Бабанов. Периодические медицинские осмотры и их роль в сохранении трудового потенциала работающего населения в рамках национального проекта «Здоровье» . . . . .40-49

### С места событий

3-й Международный конгресс по здравоохранению «ЕВРОПА-2007» . . . . .50-54

### О чем говорят цифры

Интересный документ

О мерах по реализации Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Феде-

рации № 50 от 19.01.07 «О порядке и условиях расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни». Распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга . . . . .56-62

### Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров. Сравнительная характеристика некоторых важнейших направлений реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006 и 2007 гг. . . . .63-66

### В редакцию пришло письмо

На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров и Н.В. Туренко

- Организация, поставившая в нашу поликлинику лабораторное оборудование, настаивает на использовании продаваемых ею расходных материалов. В случае отказа угрожают снять с гарантийного обслуживания. Но, насколько нам известно, по нацпроекту «Здоровье» закупились так называемые «открытые системы», не привязанные к одному производителю?
- Женская консультация направляет к нам в кардиологический диспансер на обследование беременных женщин. Распространяется ли дополнительное финансирование по программе «Родовый сертификат» на наши услуги (осмотр врача, кардиологическое обследование, заключение)? Какими нормативными документами это регламентируется?
- Если женская консультация не может провести одно из обязательных обследований беременной женщины и направляет ее в городскую лабораторию, должна ли она оплачивать это обследование за счет средств, поступающих по родовым сертификатам?
- Отпускные врачам, получающим дополнительные выплаты в рамках нацпроекта «Здоровье», должны начисляться с учетом доплат. За счет чьих средств — федеральных или региональных — должны выплачиваться эти увеличенные отпускные?
- Планируется ли в рамках нацпроекта «Здоровье» оснащение медицинским оборудованием стационаров?
- Подлежат ли неиспользованные в конце 2006 года остатки средств федерального бюджета, полученные за реализацию родовых сертификатов, перечислению в фонд федерального бюджета?
- Имеют ли право работники вычислительных центров и АСУ при медицинских учреждениях получать доплаты как работники, занятые в проведении дополнительной диспансеризации?
- Где должна будущая мама получить третий талон родового сертификата, предназначенный для поликлиники,





если женская консультация выдала ей сертификат старого образца в конце декабря 2006 года, а ребенок родится в феврале, то есть уже в новом году?

- В декабре в женской консультации мне выдали родовой сертификат, а теперь я узнала, что он подорожал и роддому положены большие деньги. Примут ли в роддоме сертификат старого образца?
- Как детские поликлиники будут использовать средства, полученные по родовым сертификатам за диспансерное наблюдение ребенка в первый год жизни? Дойдут ли эти деньги до врачей-специалистов или они предназначены только педиатрам?
- В роддоме мне отказали в платной палате, так как в этом случае учреждение не получит денег по родовому сертификату? Но ведь сертификатом оплачиваются медицинские услуги, к которым бытовые условия не относятся?
- Как будет рассчитываться пособие по уходу за ребенком в возрасте до полутора лет для работающей женщины, если с 1 января 2007 года, когда вступили в силу новые нормы, она уже шесть месяцев находилась в отпуске?
- Должен ли доход от оказания платных услуг населению и предприятиям входить в расчет отпускных сотрудников?
- Каким образом должно производиться начисление по молодым специалистам в период очередного отпуска, больничного листа по беременности и родам?
- Можно ли заменить ежегодный оплачиваемый отпуск денежной компенсацией?
- Какие премии включаются в расчет среднего заработка?
- Является ли обязательным ежедневное посещение работы в случае непредоставления ее по вине работодателя и как производится оплата в этот период?

## Содержание МЗ-6-2006

### Национальный проект

С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко. Требования к участникам проекта по обеспечению медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий на федеральных трассах . . . . . 4–7

### Финансовый менеджмент

Л.А. Чужикова, Н.И. Белоусов, А.В. Землянских., В.С. Пересыпкина, Н.Н. Подпорина. Отраслевая система оплаты труда в учреждениях здравоохранения Белгородской области . . . . . 8–17

### Качество медицинской помощи

О.В. Кузнецова. Применение статистического метода при количественной оценке качества медицинской помощи . . . . . 18–24

### Профилактическая медицина

Д.В. Пивень, А.Е. Агапитов, А.С. Купцевич. Об актуальных вопросах формирования Службы профилактической медицины . . . . . 25–29

### С места событий

Развитие отечественной фармацевтической промышленности как элемент стабилизации лекарственного обеспечения. По материалам конференции «Производители лекарственных средств на фармацевтическом рынке России. Стратегии развития», Москва, 23–24 апреля 2007 г. . . . . 30–33

### Консультирует МЗ

Ф.Н. Кадыров. Наиболее важные изменения в законодательстве о государственном (муниципальном) заказе . . . . . 36–46

### Интересный документ

О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 30.12.06 № 860 «О порядке предоставления в 2007 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования субсидий бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях». Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 133-р от 30.03.2007 . . . . . 47–51

### Вопросы и ответы

- Дополнительная диспансеризация. На вопросы отвечает Ф.Н. Кадыров . . . . . 52–56
- Какие категории населения подлежат диспансеризации? Как решать вопрос, когда возникает спорный вопрос: подлежит ли данная категория работников диспансеризации?
  - Есть ли ограничения по возрасту лиц, подлежащих дополнительной диспансеризации?
  - Подлежат ли дополнительной диспансеризации граждане, прошедшие дополнительную диспансеризацию в 2006 году? А лица, у которых в результате диспансеризации выявлены заболевания?
  - Диспансеризация 2006 года закончилась еще не так давно, и опять нужно осматривать граждан. Разве это логично?
  - Могут ли проводить дополнительную диспансеризацию учреждения здравоохранения, не работающие в системе ОМС?
  - По каким специальностям должны быть лицензии у учреждений здравоохранения, которые проводят дополнительную диспансеризацию?
  - Проведение каких лабораторных и функциональных исследований запланировано в рамках дополнительной диспансеризации?
  - Как быть, если у учреждения здравоохранения нет лицензии по одной или нескольким специальностям? В прошлом году этот вопрос был урегулирован. А в этом?
  - Несмотря на продолжающиеся поставки медицинского оборудования в рамках приоритетного национального



проекта, до сих пор не все учреждения здравоохранения имеют весь набор необходимого оборудования, например, у многих нет маммографического оборудования. Как проводить диспансеризацию в этих условиях?

- Как производить оплату услуг другого учреждения, имеющего лицензию на осуществление вида медицинской деятельности, которой нет у учреждения здравоохранения, обеспечивающего проведение дополнительной диспансеризации, с которым заключен соответствующий гражданско-правовой договор?
- Как быть в случае невозможности открытия учреждением здравоохранения в установленном порядке отдельного счета для перечисления средств на оплату проведенной дополнительной диспансеризации работающих граждан?
- Может ли быть финансирование учреждения здравоохранения уменьшено на величину средств, полученных от дополнительной диспансеризации?
- Можно ли использовать при проведении дополнительной диспансеризации результаты недавних лабораторных и иных исследований и не выполнять их вновь?
- Хотя при диспансеризации выделяются сравнительно неплохие средства (по 540 рублей), тем не менее, затраты на диспансеризацию не всегда покрываются этой суммой при необходимости проведения углубленного обследования лиц, проходящих диспансеризацию. Каков источник покрытия этих затрат?

#### Срочно в номер

Госдума одобрила концепцию трехлетнего бюджета ФОМС . . . . . 57

Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. Основные лекарственные средства. Документы ВОЗ и международные проекты . . . . . 58–62

#### Актуальные нормативные документы . . . 63–80

- Об утверждении Правил финансирования в 2007 году пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации. Постановление Правительства от 19 мая 2007 № 296
- О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год. Информационное письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федерального Фонда ОМС, согласованное с Министерством финансов Российской Федерации, 08.05.2007 года № 12-07-06/1807.
- О проведении мероприятий по контролю за соблюдением законодательства о защите прав потребителей в сфере предоставления платных медицинских услуг гражданам.
- Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 18 апреля 2007 г. № 0100/3996-07-32.

## Содержание МЗ-7-2007

### Реформирование здравоохранения

О.А. Каплунов. Действительно ли мы хотим качественной реформы здравоохранения и каковы возможные направления и схематичные пути ее реализации? . . . . . 4–12

К проблеме реструктуризации медицинской помощи или придется ли делать выбор по принципу «один из одного»? Комментарий Д.В. Пивеня к статье О.А. Каплунова . . . . . 13–14

### Качество медицинской помощи

С.П. Носырев, О.М. Носырева. От менеджмента качества медицинской помощи к качеству менеджмента. Часть 2 . . . . . 15–19

### Стратегический менеджмент в здравоохранении

В.М. Донин, Д.И. Карнаух, Ю.В. Лунин. Элементы структурного анализа при сравнительной оценке социально-экономических объектов . . . . . 20–32

### Профилактическая медицина

В.А. Орлов, И.Б. Шавырин, Ю.М. Шпилевой, О.Б. Фетисов. Функциональные резервы систем организма как основа оценки соматического здоровья человека . . . . . 33–38

### Технологический менеджмент

А.Д. Калужский. К решению вопроса выбора медицинского оборудования и его поставщика . . . . . 39–42

### Информатизация здравоохранения

Восстановление системы управления информатизацией здравоохранения — необходимое условие развития отрасли. Итоги конференции «Информатизация здравоохранения и социальной сферы в регионе России: проблемы координации и информационного обмена», Москва, ЦМТ, 6–8 июня 2007 . . . . . 43–50

### Консультирует МЗ

С.В. Гусева. Использование типовых форм расчетов при планировании расходов бюджета на трехлетний период . . . . . 51–58

### Интересный документ

О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 30.12.06 № 859 «О порядке финансирования в 2007 году проведения углубленных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами». Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 184-р от 25.04.2007 «О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 30.12.06 № 859» . . . . . 59–62

**В редакцию пришло письмо . . . . . 64–66**

**Вопросы и ответы . . . . . 67–72**

На вопросы отвечает Е.М.Бородина

- В нашей больнице, по распоряжению главного государственного санитарного врача Западно-Сибирской железной дороги, проводятся внеплановые проверки в связи с высокой заболеваемостью гриппом в области. — Правомочны ли действия представителей ФГУЗ в расширении объема исследований по сравнению с ука-





занным в распоряжении количеством и видами контроля? Если нет, какими должны быть действия администрации больницы в подобных случаях?

— Насколько допустимо (и допустимо ли) принимать санитарно-микробиологические показатели СанПин 2.1.3.1375-03 и Приказа № 720 для оценки уровня бактериальной обсемененности воздушной среды помещений поликлиники, тогда как в указанных документах речь идет о лечебно-диагностических корпусах, стационарах и нет упоминания о поликлиниках?

• В настоящее время на всей территории Российской Федерации остро стоит вопрос лицензирования медицинских кабинетов в школах. Кто должен этим заниматься: школы или ЛПУ? Если ЛПУ, то как решить проблему собственности на помещение, в котором будет осуществляться лицензируемая деятельность? Насколько законным будет договор долгосрочной безвозмездной аренды? С вашей точки зрения, существует ли простая и законная схема решения данной проблемы?

• Муниципальной больницей готовятся документы для прохождения очередного лицензирования. Одним из требований, предъявляемых лицензионным органом к документам по кадровому составу, является наличие у узких специалистов (кардиологов, эндокринологов, врачей ультразвуковой диагностики и др.) первичной специализации (интернатуры или цикла обучения не менее 500 часов). Правомочны ли требования наличия первичной специализации у врачей со стажем работы 20–30 лет, имеющих сертификаты специалистов и проходящих повышение квалификации каждые 5 лет? Можем ли мы оспорить это требование, ссылаясь на Письмо Минздрава РФ от 05.01.2001 № 2510/149-01-32?

• Просим разъяснить, каков объем в учебных часах курсов усовершенствования и специализации врачей по разделам:  
06.002 — Работы и услуги по специальности общественное здоровье и организация здравоохранения  
06.014 — Работы и услуги по экспертизе временной нетрудоспособности  
06.020 — Работы и услуги по экспертизе состояния детей

• Наше учреждение имеет лицензию на профилактические и периодические осмотры. При выдаче справок на оружие, согласно Приказу Минздрава РФ № 344 от 11.09.2000, должен участвовать врач-терапевт участковый. Может ли заполнять справку обычный терапевт, не являющийся участковым для данного лица?

**Нормативный документ**

Письмо Минздравсоцразвития РФ от 02.04.2007 № 2477-ВС «О дополнительной диспансеризации» .....73–76

**Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения**

Национальные счета здравоохранения. Документы ВОЗ и международные проекты .....77–80

**Содержание МЗ-8-2007**



**Экономика здравоохранения**

В.О. Флек, Д.А. Соколов. Оценка финансирования здравоохранения, в том числе Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году. Часть 1 .....4–11

А.С. Ямщиков. Некоторые аспекты организационно-экономического обеспечения здравоохранения крупного города .....12–22

Д.В. Пивень. О взаимодействии с медицинским бизнесом и его месте в системе организации российского здравоохранения .....23–27

В.В. Стожаров. Оказание стационарной помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях и ОСАГО .....28–31

А.Д. Каприн, Н.Б. Найговзина, С.А. Иванов, В.А. Башмаков. Экономическая эффективность скрининга рака предстательной железы .....32–39

**Лицензирование**

А.Ю. Абрамов. Новое в лицензировании медицинской деятельности .....40–45

Е.Б. Жибурт. Эволюция лицензирования медицинской деятельности Службы крови .....46–50

**Технологический менеджмент**

Ю.С. Кудрявцев, О.Л. Филонова. Проблемы технического оснащения учреждений здравоохранения и возможные пути их решения .....51–59

**Интересный документ**

О порядке денежных выплат врачам-фтизиатрам участковым, фельдшерам, замещающим должности врачей-фтизиатров участковых, и медицинским сестрам, работающим с врачами-фтизиатрами участковыми, государственных учреждений здравоохранения Свердловской области. Постановление Правительства Свердловской области от 19 апреля 2007 г. № 330-ПП

**Консультирует МЗ**

И.С. Хайруллина. Изменения в законодательстве в связи с выходом закона «об автономных учреждениях» 65–70

**Вопросы и ответы**

На вопросы отвечает Ф.Н.Кадыров

• Что относится к амортизируемому оборудованию в целях налогообложения?

• Почему женской консультации не производят дополнительную оплату в размере 25% за оказанную первичную медико-санитарную помощь?

• Можно ли использовать средства, поступившие по национальному проекту «Здоровье», на изготовление бланочной продукции, которые утверждены данными постановлениями Правительства РФ, по статье экономической классификации 340?

• Просим Вас указать перечень подразделений учреждения здравоохранения, в которых может производиться



доплата за работу в ночное время в размере 100% часовой тарифной ставки (оклада) за каждый час работы в ночное время (оплата вспомогательным подразделениям за оказание неотложной медицинской помощи).

### Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения

Безопасность дорожного движения. Документы ВОЗ и международные проекты .....76–80

## Содержание МЗ-9-2007

### Национальный проект

Р.А. Хальфин, Д.В. Рейхарт, Г.Ч. Махакова, А.В. Кротов, Ю.Е. Михеева. О реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения . . .4–9

Реализация пилотного проекта как отработка механизмов модернизации системы здравоохранения. Материалы совещания Минздравсоцразвития России по обеспечению реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, Москва, 22 августа 2007 года .10–20

Д.В. Пивень. Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые уроки .....21–27

### Экономика здравоохранения

В.О. Флек, Д.А. Соколов. Оценка финансирования здравоохранения, в том числе Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году. Часть 2 .....28–36

В.И. Перхов. Обеспечение населения Российской Федерации высокотехнологичными видами медицинской помощи: история, действительность, перспективы . . .37–43

П.П. Кузнецов, А.П. Столбов. Информационно-аналитическое обеспечение организации предоставления населению высокотехнологичной медицинской помощи .....44–48

### Менеджмент в здравоохранении

В.А. Глушенкова, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова. Проблемы перинатальной смертности в России .49–54

В.А. Данилов, Д.А. Шипунов, В.Ф. Задорин, В.В. Задорин. Административный регламент предоставления медицинских услуг в учреждениях системы здравоохранения — стандартизированный ведомственный контроль качества .....55–58

### ИТ-менеджмент

В.К. Гасников, Т.В. Зарубина, Н.Г. Куракова, Г.С. Лебедев, В.Н. Савельев. Состояние и основные направления развития информатизации управления здравоохранением на региональном уровне . . . .59–67

### Опыт регионов

Совершенствование системы обеспечения населения региона профильным санаторно-курортным лечением .....68–70

### Консультирует МЗ

С.В. Гусева. О некоторых вопросах применения бюджетной классификации с учетом грядущих изменений . . .72–76

**Вопросы и ответы** .....77–80

На вопросы отвечает С.В. Гусева

- Каков порядок утверждения сметы при получении дополнительных доходов от предпринимательской деятельности?
- Обязательно ли утверждение сметы доходов и расходов в части средств обязательного медицинского страхования, если действующим на территории порядком не предусмотрено зачисление этих средств в доходы бюджета, и соответственно они используются учреждением самостоятельно?
- Как быть, если изменилась структура расходов по экономическим статьям в части средств от предпринимательской деятельности (платных услуг), а главный распорядитель не хочет утверждать скорректированную смету? Кто прав?

### Приложение к журналу

#### «Менеджер здравоохранения»

### Нормативная база здравоохранения

#### Нормативное правовое регулирование реализации в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения

Опубликованные документы:

1. Постановление Правительства РФ от 19 мая 2007 года № 296 «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации»;
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 25 мая 2007 года № 360 «О мерах по реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 года № 296 «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации» (зарег. в Минюсте России 1 июля 2007 года, № 9579);
3. Письма Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 июня 2007 года №5054-ВС, от 2 августа 2007 года № 5885-ПХ, разъясняющие отдельные вопросы реализации пилотного проекта;
4. Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 июля 2007 года № 151 «О мониторинге пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения» (зарег. в Минюсте России 7 августа 2007 года, № 9970).





## Содержание МЗ-10-2007

### Реформа здравоохранения

*В.И. Стародубов, В.О. Флек, Е.Д. Дмитриева.* Комплексная оценка финансирования здравоохранения Российской Федерации по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы. Часть 1 . . . . .4–11

*Е.А. Тельнова.* Качественное определение потребности как основное условие доступности лекарственных средств . . . . .12–17

*Н.Б. Найговзина, А. Абрамов, В.Б. Филатов.* Актуальные проблемы разграничения полномочий в области организации и пропаганды донорства крови и ее компонентов . . . . .18–21

### Менеджмент в здравоохранении

*И.Е. Рыбальченко.* О критериях высокотехнологичных медицинских услуг . . . . .22–28

*Г.Б. Еремин, А.А. Козлов.* Значение учредительных документов в обеспечении качества структуры учреждения здравоохранения . . . . .29–36

### Финансовый менеджмент

*Е.С. Железняк, В.И. Симаненков, О.Н. Булавин, К.П. Жидков, Н.В. Захарова.* Экономические предпосылки к внедрению формулярной системы . . . . .37–42

*В.М. Донин, Ю.В. Лунин, В.В. Омеляновский.* Влияние заболеваемости на экономику бизнес-структур в России . . . . .43–52

### Профилактическая медицина

*И.А. Гундаров, А.А. Алиева.* Методика прогностической оценки резерва здоровья . . . . .53–54

### Зарубежный опыт

Бессистемная медицина: опыт США . . . . .57–59

### Срочно в номер

*Ф.Н. Кадыров.* Новое в законодательстве о государственном (муниципальном) заказе . . . . .60–65

### Здравоохранение в цифрах

. . . . .66–67, 72–73

### Консультирует МЗ

*Ф.Н. Кадыров.* Новое в законодательстве об оплате труда . . . . .68–70

### Вопросы и ответы

Платные услуги. *На вопросы отвечает О.Г. Коган*

- *Правоммерно ли будет записать в Положении об оказании платных услуг в качестве основания для предоставления медицинских услуг на платной основе предоставление услуг, проводимых в порядке личной инициативы граждан при отсутствии соответствующего назначения в медицинской карте лечащим врачом?*
- *Учреждение в 2007 г. официально предложило купить пациенту в стационаре более дорогой препарат, чем могло обеспечить, исходя из имеющегося финансирования. Пациент при этом подписал информированное согласие. Оба препарата входили в перечень медикаментов, утвержденных на уровне субъекта Федерации на 2006 г. (на 2007 г. такой перечень еще не был утвержден) и в федеральный перечень*

*жизненно важных препаратов. Страховая организация на основе обращения гражданина требует вернуть ему деньги. Кто прав?*

- *Что подразумевается под услугами, оказываемыми учреждениями здравоохранения, на платной основе и является ли основанием для отказа в оплате талона №2 родового сертификата оказание сервисных «бытовых» услуг, предоставляемых родильными домами?*

## Содержание МЗ-11-2007

### Финансовый менеджмент

*В.И. Стародубов, В.О. Флек, Е.Д. Дмитриева.* Комплексная оценка финансирования здравоохранения Российской Федерации по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы. Часть 2 . . . . .4–12

### Особое мнение

*О.А. Каплунов.* В продолжение дискуссии о возможных путях и направлениях реформы здравоохранения: резервы далеко не исчерпаны . . . . .3–21

*В.М. Донин, Ю.В. Лунин, В.В. Омеляновский.* Медицинская помощь или медицинское обслуживание? Искусство или ремесло? — ментальные стереотипы отношения к общественному здравоохранению . . . . .20–28

*Н.В. Фоломеев.* Вопросы оптимизации региональных медико-технических программ . . . . .29–34

*Д.В. Пивень, Г.В. Ленок.* Проблема ВИЧ/СПИД: новые требования к организации работы и усилению её кадрового компонента . . . . .35–40

*Е.Б. Жибурт.* Сколько денег нужно на модернизацию Службы крови? . . . . .41–47

### Зарубежный опыт

Алгоритм контроля новых лекарственных средств в США . . . . .48–52

### Здравоохранение в цифрах

. . . . .52

### Консультирует МЗ

*Ф.Н. Кадыров.* Изменения в оплате труда работников бюджетной сферы: отказ от Единой тарифной сетки . . . . .53–57

### Вопросы и ответы

. . . . .58–79

*На вопросы отвечают Ф.Н. Кадыров, И.С. Хайруллина*

- *Как понимать отмену п. 7.1. Приказа № 377, касающегося дежурств на дому?*
- *Что относится к одноименным товарам и услугам в рамках государственного (муниципального) заказа?*
- *Сколько медсестёр должно приходиться на одного врача УЗИ?*
- *Облагаются ли ЕСН суммы среднего заработка, выплачиваемые учреждением работникам-донорам за дни сдачи крови и дополнительный день отдыха?*
- *Облагаются ли ЕСН суммы среднего заработка, выплачиваемые учреждением работникам за время прохождения медицинского освидетельствования для решения вопроса о призыве на военные сборы, а также за время прохождения военных сборов?*



## Продолжается подписка на 2008 год

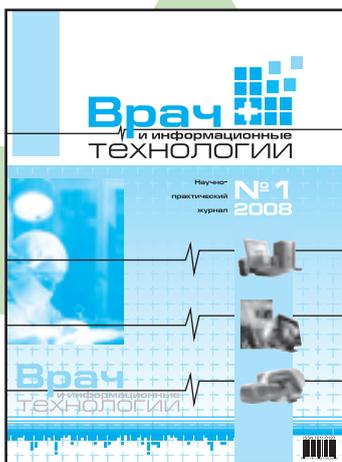


### В почтовом отделении:

• Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»  
Подписной индекс (годовая): ..... **20102**  
Подписной индекс (полугодовая): ..... **82614**

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

Стоимость подписки для любого региона РФ  
платежным поручением на полугодие – **1620 руб.**  
НДС не облагается.  
Доставка включена в стоимость подписки.



### В почтовом отделении:

• Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»  
Подписной индекс (годовая): ..... **20103**  
Подписной индекс (полугодовая): ..... **82615**

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

Стоимость подписки для любого региона РФ  
платежным поручением на полугодие – **810 руб.**  
НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки.

### Подписка на электронную версию журнала (в формате PDF)

Стоимость подписки на полугодие – **500 руб.**

### Адрес редакции:

127254, г. Москва,  
ул. Добролюбова, д.11.  
Тел./факс: (495) 618-07-92  
Моб. тел.: 8(926)602-40-71  
E-mail: idmz@mednet.ru,  
idmz@yandex.ru  
www.idmz.ru

### Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьиноорошинском ОСБ  
№ 7981 Сбербанка России, ОАО г. Москва  
К/с 30101810400000000225  
БИК 044525225  
ИНН 7715376090  
КПП 771501001  
Получатель – ООО Издательский Дом «Менеджер  
здравоохранения»

**В платежном поручении указать: полный почтовый адрес и телефон.**



**INTERSYSTEMS – 28 ЛЕТ  
В АВТОМАТИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

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

## **УНИКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ INTERSYSTEMS ДЛЯ ОБРАБОТКИ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ – КАЧЕСТВЕННО НОВЫЙ УРОВЕНЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ**

**Говорит**  
**Валерий Николаевич Бучин,**  
начальник Негосударственного  
учреждения здравоохранения  
«Медико-санитарная часть»  
доктор медицинских наук,  
профессор, заслуженный врач  
Российской Федерации

“ Для работы в корпоративной вычислительной сети общей емкостью около 300 автоматизированных рабочих мест мы используем медицинскую информационную систему собственной разработки, действующую более 10 лет. Основной её целью является повышение эффективности работы медицинского учреждения на основе автоматизированного безбумажного медицинского документооборота. Стабильная работа такой крупной информационной системы требует тщательного подхода к выбору средств автоматизации, и, прежде всего, системы управления базами данных. Мы выбрали систему управления базами данных Cache разработки Intersystems. ”

# INTERSYSTEMS

**InterSystems Corporation**

123610, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 12, ЦМТ-2 • Тел.: +7 (495) 967 00 88 • [info@InterSystems.ru](mailto:info@InterSystems.ru)