

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№5. 2007



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



ООО “МИТ”

ООО “МИТ” – разработчик и изготовитель специального оборудования и мединструментов для малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука, рентгенотелевидения и эндоскопии.



Мобильный дистанционный литотриптер “КОМПАКТ-01-У-ЛГК”

Позволяет проводить дистанционную литотрипсию при непрерывном УЗ-контроле.

Отрицательное давление ударной волны менее 3%, что дает возможность проводить 97% сеансов без анестезии.

Стабильность фокального пятна на всех режимах дробления: диаметр – 3,5 мм, длина – 40 мм.

Дробление камней по эррозивному типу.

Не требует применения расходных инструментов.

Ресурс работы генератора – более 2 000 000 импульсов.

Потребляемая мощность – до 1 кВт, питание – 220 В.

Ультразвуковой лечебно-диагностический комплекс “СОВА” и эндоурологический комплекс “ЭНДО-МИТ”

Обеспечивают возможность проведения всех функциональных вмешательств под контролем ультразвука.

Пункционные насадки и пункционная программа создают высокую точность диагностических и функциональных вмешательств.

Одновременная визуализация на дополнительном мониторе от любых источников эндоскопии, ультразвука и рентгенотелевидения.

Дополнительный монитор на поворотном кронштейне обеспечивает хорошую визуализацию с любой стороны операционного стола.



Цифровая архивация видеоизображений и озвучивание процесса операций.

Возможность адаптации ряда зарубежного оборудования с отечественным.

Возможность передачи информации по телекоммуникационным каналам.

Комплектация всем необходимым инструментарием для хирургических, урологических, гинекологических, рентгенохирургических вмешательств (более 90 наборов инструментов).

Рентгенопрозрачный операционный стол “СО-1-МИТ” с наборами приспособлений

Удобство проведения рентгенохирургических и диагностических манипуляций.

Удобство транспортировки и большой диапазон изменения высоты (от 0,5 до 1 м).

Большой выбор приспособлений для проведения различных операций.

Большой диапазон инструментов и расходных материалов

Детская и взрослая урология: экстракторы камней, стенты универсальной длины, эндопротезы, иглы, проводники, дренажи, биопсийные наборы и т.д.

Хирургия: наборы для чрескожного дренирования полостных образований (желчных протоков, кист, абсцессов и т.д.).

Эндоскопия: экстракторы, папилотомы, петли, эндопротезы, иглы, катетеры, инструменты для радиоволновой хирургии.

Ангиология и сосудистая хирургия: кава-фильтры “КОРОНА”, сетчатые стенты, наборы для склеротерапии, баллонные катетеры, интродьюсеры, корректоры несостоятельных клапанов вен и др.

www.mit-ltd.ru

e-mail: mit@mit-ltd.ru, mit_ltd@mail.ru

тел./факс: (495) 522-1625, 522-7034, 522-4474

143987, Россия, г. Железнодорожный Московской области, а/я 48



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Концепция финансирования государственной программы ДЛО из средств ФФОМС
- Обеспечение населения Российской Федерации высокотехнологичными видами медицинской помощи: история, действительность, перспективы
- Влияние заболеваемости на экономику бизнес-структур в России
- Применение статистического метода при количественной оценке качества медицинской помощи
- Об актуальных вопросах формирования службы профилактической медицины
- Использование информационных технологий для непрерывного медицинского образования



Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ 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

В номере:

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

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

22-28

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

29-34

Результативность отдельных направлений
национального проекта «Здоровье» в 2006 году
Г.Е.Бессстремянная

35-39

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

40-49

С места событий
З-ий Международный конгресс по здравоохранению
«ЕВРОПА-2007»

50-54

О чем говорят цифры

55

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

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 234
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92, 639-92-45

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
тиографии «Стрит Принт»
Заказ № 481

© 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 МГТУ 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»

ШЕЙМАН 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

Интересный документ

56-62

**Распоряжение Комитета по здравоохранению г. Санкт-Петербурга
«О мерах по реализации Приказа Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации № 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»**

Консультирует «МЗ»

**Сравнительная характеристика
некоторых важнейших направлений
реализации приоритетного национального
проекта «Здоровье» в 2006 и 2007 годах**

63-66

В редакцию пришло письмо...

67-73

На Ваши вопросы отвечают д.э.н. Кадыров Ф.Н.
и главный специалист по труду и заработной плате
территориальной Санкт-Петербурга и Ленинградской
области организации профсоюзов работников
здравоохранения Туренко Н.В.

Работа над ошибками

74-75

Книжная полка

76-77

Органайзер

78-79



ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОРГАНИЗАЦИИ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ

Семинар под таким названием был организован 19 марта 2007 года в Москве руководством Проекта ЕС «Поддержка системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях в РФ» (№2005/1060-69). К участию в нем были приглашены представители территорий, в которых с 2007 года стартовал пилотный проект Минздравсоцразвития России, представители Министерства, независимые эксперты. В своем приветствии к собравшимся директор Департамента развития медицинской помощи и курортного дела МЗСР РФ Галина Чулуевна Махакова выразила надежду, что начавшийся в рамках проекта ЕС цикл семинаров позволит детально ознакомиться с зарубежным опытом разработки систем оплаты труда и критериев эффективности работы медицинского персонала первичного звена. Мы знакомим читателей с наиболее интересными выступлениями участников семинара и ключевыми моментами обсуждения.

Симо Кокко,
профессор Университета г. Тампере, Финляндия

Анализ международного опыта оплаты деятельности поставщиков услуг первичной медицинской помощи (ПМП) позволяет выделить пять альтернатив в организации оказания услуг ПМП: частнопрактикующие врачи с ассистирующими персоналом; частные групповые практики (независимые практикующие врачи, вместе осуществляющие расходы на оборудование и средства обслуживания); медицинские центры (групповые практики, но с возможностью образования юридического лица); государственные медицинские центры; поликлиники.

Но какой бы вариант не использовался, остро возникает вопрос о выборе такой системы оплаты труда, которая бы стимулировала врача работать качественно.

При этом недостатком системы работы с твердым окладом может стать несвоевременное реагирование на пожелания пациентов, длительное время ожидания как записи на прием, так и самого приема врача. В этом случае качество оказываемой медицинской помощи зависит от амбиций и моральных качеств специалистов.

Использование модели «оплата каждой услуги в отдельности» стимулирует вынужденный спрос поставщика (он начинает расширять, ускорять или трансформировать деятельность с целью получения прибыли). Если воздействие таких стимулов контролируется и направляется в нужное русло, то стремление к высокой активности вполне нормально. Контракты обычно основываются на тарифах в соответствии с перечнем различных видов услуг. В стационарах простые списки заме-



няются на Группы сходных диагнозов. В поликлиниках и амбулаториях используется простая система (RVBS), основанная на «относительной стоимости» услуги, то есть оценивается количество персонала и оборудования, требуемое для предоставления той или иной услуги. Такая система используется, например, в США, но она предполагает введение внешнего контроля.

Модель подушевого финансирования также имеет свои преимущества и проблемы. Она устраниет вынужденный спрос со стороны поставщика, но может привести к обратному эффекту. Поставщик начнет снижать количество, иногда и качество услуг или затруднять доступ к ним. Выбор пользователя во многом уравновешивает эти тенденции: если пациента не удовлетворяет медицинское обслуживание, он выбирает другого поставщика услуг. Существуют и другие методы внедрения контроля доступности и соблюдения всех директив, но они трудоемки и могут требовать больших затрат. Таким образом, простая модель подушевого финансирования (и только) не может считаться оптимальной системой оплаты. Поэтому широко применяются различные смешанные модели финансирования.

Последним достижением в области финансирования считается фондодержание. В Великобритании в 1990–1998 гг. под ответственность врачей общей практики было передано всего около 20–25% общего бюджета здравоохранения. Врачи общей практики использовали данные средства для приобретения различного рода услуг (диагностики, плановых операций, консультаций и т.п.). Эта система была на пути к трансформированию в «полное» или «100%-ное» фондодержание, когда Правительство Блэра избрало несколько иной курс «совместной деятельности». С тех пор модель претерпела множество изменений, но главная идея — сделать систему ПМП управляемой — сохранилась.

Сегодня британская национальная система здравоохранения для управления ПМП начала использовать целевые бонусы и выплаты. При этом цели не всегда выступают единственным основанием, но могут играть важную стимулирующую роль. Примеры целей: медицинское обслуживание всего населения, включая консультирование, проведение вакцинации, диспансеризации; поддержание допустимого в условиях оказываемой медицинской помощи (в соответствии с показателями) соотношения диабетиков и гипертоников; приверженность принципам доказательной медицины.

Предложения по системе оплаты в условиях российских поликлиник можно свести к следующему. Поликлиники как коллективные учреждения могут быть поставлены в рамки контрактных взаимоотношений нового типа, и возмещение расходов может способствовать развитию услуг в направлении поставленных целей. Участковые врачи в данном случае не рассматриваются, так как их профессиональное поле деятельности сильно ограничено и жестко контролируется протоколами. Врачи общей практики, имеющие большую свободу деятельности, должны не только получать финансирование по особым схемам, но и контролироваться более мягкими методами.

Но, по моему мнению, напрямую фондодержание не может быть применено в российских медицинских учреждениях.





Г.Ч. Махакова,

директор Департамента развития медицинской помощи и курортного дела МЗ СР РФ



В рамках сообщения д-ра Кокко прозвучали две актуальные вещи. Во-первых, все страны, которые финансируют медицинскую помощь из госбюджета, применяют тарифную сетку и определенные виды надбавок. Во-вторых, эти страны не устроили не стимулирующая система оплаты труда и отсутствие мотивации наращивания объемов.

Вы все знаете, что есть врачи, обладающие ограниченным набором профессиональных навыков, а есть исключительно хорошо подготовленные специалисты, но Вы располагаете минимумом возможностей простилировать работников, имеющих высокий профессиональный потенциал.

В рамках национального проекта нас интересует конечный результат, направленный на качество, развитие профилактической направленности.

И в докладе д-ра Кокко, очевидно, прослеживается движение в сторону оплаты за конкретные услуги и использования подушевого норматива. Безусловно, в чистом виде в системе оплаты труда эти формы существовать не могут, об этом свидетельствует и опыт зарубежных стран, который показал, что оплата за услуги приводит к нерегулируемым расходам на здравоохранение. В большинстве государств, которые сегодня работают по принципу ВОП, подушевая оплата, как правило, категорируется в зависимости от удельного веса здоровых, больных и хронических больных. Здесь тоже есть проблема — врачи не заинтересованы наращивать объем МП и заниматься мониторированием здоровья здоровых людей. Нужна система поощрений. Поэтому в основном используется смешанная система оплаты труда.

И.М.Шейман,

заведующий кафедрой государственного управления и экономики общественного сектора Высшей школы экономики, кандидат экономических наук, профессор



Мне хотелось бы более четко определить предмет сегодняшнего обсуждения. Существуют две формы: оплата медицинской помощи и оплата труда в рамках медицинского учреждения. Я призываю к четкому разделению этих понятий. Для нас актуальна оплата труда в рамках государственного учреждения.

Как распределять деньги, которые поступили в медицинское учреждение?

Симо Кокко:

Абсолютно верно! Необходимо разделять оплату за оказание медицинской помощи и оплату за труд. Международный опыт привел к тому, чтобы платить за индивидуальное обслуживание. Например, в Великобритании обнаружены проблемы, которые не могут быть сведены к работе одного врача, это проблемы команды. Нужно выделять в России такие команды.

Другое предложение для ВОП в России — иметь больше гибкости. ВОП можно дать больше стимулов — должна быть снята жесткая зарегулированность их деятельности. Сейчас появились новые разработки в Дании, там платят годовую оплату за работу с одним пациентом в течение года в соответствии с международными принципами.



Т.В.Елманова,

эксперт Проекта, доцент ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

 финансовое обеспечение ПМП и способы оплаты труда врачей ПМП в системах здравоохранения стран ЕС различны и зависят от ряда факторов, в первую очередь от систем налогообложения и систем страхования. Способы оплаты труда основываются на соединении различных финансовых механизмов, которые различаются не только на национальном уровне, но могут варьироваться внутри одной страны.

Можно выделить три вида существующих систем:

- **национальная система здравоохранения**, где средства собираются путем налогообложения, как, например, в Дании или Великобритании;
- **общественная система здравоохранения (страховая)**, в которой средства собираются путем сбора обязательных взносов страхования (обычно в зависимости от дохода), как, например, в Бельгии, Италии, Норвегии и Франции;
- **частная система страхования**, организованная отдельными лицами, страхующими самих себя частным образом, как, например, в случае «избранных» лиц в Нидерландах (40% населения), и выборочных услуг в Бельгии. В Бельгии схемы частного страхования используются для оплаты тех услуг, которые не вошли в схемы национального медицинского страхования.

Единая государственная система здравоохранения присутствует в 9 европейских странах: Дании, Испании, Финляндии, Великобритании, Греции, Италии, Ирландии, Португалии и Швеции. При этом в Италии, Греции, Испании и Великобритании используются также средства медицинского страхования. В Австрии, Бельгии, Франции и Люксембурге финансирование осуществляется через систему социального страхования, которое распространяется на все население. В Нидерландах им охвачено 70% населения, в Германии 85% населения охвачено обязательным страхованием.

В настоящее время система медицинского страхования введена в 25 странах, в которых проживают около 1 млрд. человек, что составляет почти 18% населения земного шара.

Национальные системы оплаты труда врачей ПМП неразрывно связаны со сложившимися системами оплаты услуг. Оплата медицинских услуг может осуществляться центральным фондом либо напрямую, либо косвенно — путем возмещения затрат пациентов, оплачивающих услуги врачей. Возмещение затрат может быть частичным или полным. Схемы частичного возмещения позволяют осуществлять финансовое влияние на трансакции между врачом и пациентом. Частичное возмещение затрат (софинансирование) может выступать в трех формах:

- **«сострахование»**, когда пациент выплачивает оговоренный процент от стоимости страхового взноса;
- **«кооплата»**, когда пациент выплачивает фиксированную сумму на единицу услуг (за консультацию, за выписанный рецепт);
- **в подлежащей «вычету» форме**, согласно которой пациент оплачивает все затраты до определенного уровня, обычно в зависимости от уровня дохода.

Размер соплатежа за фактически оказанные услуги в виде определённой доли стоимости услуги или фиксированной ставки устанавливает государство (например, в Германии с 2004 г. соплатёж за оказанную амбулаторную помощь равен 10 €).

Считается, что схемы софинансирования сокращают чрезмерное использование медицинских услуг по незначительным проблемам.

Но есть также данные, что такие меры не предотвращают чрезмерное использование медицинских услуг. Схемы софинансирования могут наиболее сильно повлиять на группы населения с низким уровнем доходов и в определенном смысле ограничить доступность медицинской помощи.



Существующие в странах ЕС механизмы оплаты услуг и оплаты труда в ПМП можно систематизировать следующим образом:

- оплата, основанная на единицах услуг, — гонорарный метод оплаты (Бельгия, Франция, Германия и США);
- оплата, основанная на единицах населения, — подушевая оплата (Нидерланды, Италия и Великобритания);
- оплата, основанная на единицах времени, — фиксированная заработка плата, контрактное соглашение, где оплата осуществляется по отработанным часам (Финляндия, Швеция и Норвегия).

В большинстве стран присутствуют элементы более чем трех механизмов оплаты труда врачей ПМП. Например, в Австрии и Дании это смешанная система подушевой оплаты и оплаты за услуги; в Великобритании за некоторые виды услуг выплачиваются гонорары и существует базовое содержание на врачебную практику. Доход практики складывается из подушевой оплаты (60%), гонорарной оплаты (25%) и прямых государственных субсидий (15%). Субсидии покрывают около 70% расходов ОВП на хозяйственные нужды (аренда, коммунальные платежи и т.д.), оплату вспомогательного персонала, приобретение компьютеров, программного обеспечения, доступ в Internet и др., а также повышение квалификации врачей и персонала.

Оплата труда врачей в Великобритании



В Великобритании все три элемента оплаты регулируются соглашением между врачебной ассоциацией и Министерством здравоохранения. Устанавливаются базовые ставки зарплаты, ставка подушевого норматива, размеры субсидий, тарифы на отдельные услуги. Британский ВОП получает оплату по гонорарной схеме: за услуги по планированию семьи, за услуги по родовспоможению, освидетельствование состояния здоровья отдельных категорий населения (водители транспорта, полицейские и т.д.), за профилактические осмотры вновь прикрепившихся пациентов, за посещение лиц преклонного возраста на дому, за просветительскую работу (90% ВОП получают гонорары), за консультации по вопросам профилактики заболеваний и др.

Отдельно оплачивается профилактическая работа по оценке состояния здоровья детей до 5 лет, работа по иммунопрофилактике (вакцинации) детей до 2 лет. Предусмотрено снижение ставки оплаты за уменьшение охвата профилактическими осмотрами детей.

Офисы врачей общей практики в Великобритании являются фондодержателями и вступают в договорные отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена, рассчитываясь с ними за оказанные медицинские услуги.

Великобритания демонстрирует осторожный и взвешенный подход к реформе бюджетной медицины и внедрению новых механизмов на практике, учитывая традиционную привязанность британцев к существующей системе. Это подтверждается данными социологических опросов.

Современная тенденция развития британского здравоохранения отражает официальный курс на преимущественное внимание к первичному медицинскому обслуживанию и помощи на дому.

Оплата медицинских расходов в Великобритании осуществляется следующим образом: через национальную систему здравоохранения (85%) и за счёт частных источников через прямую оплату медицинских услуг и страхование здоровья (15%).



Оплата медицинской помощи в Германии

 В конце 90-х гг. XX в. уровень медицинской помощи в ФРГ был самым высоким в Европе, причем более 95% населения получали эту помощь за счет больничных касс, то есть учреждений ОМС. В то же время нагрузка на систему финансирования все увеличивалась, и постепенно у больничных касс стал формироваться дефицит средств.

Ситуация в здравоохранении резко изменилась с приходом к власти социалистов. Федеральным законом о реформе здравоохранения Германии (2000) была введена новая система финансирования госпитальных медицинских услуг на основании диагностических родственных групп (ДРГ) — *Diagnosis Related Groups* — классификации, в основу которой положены диагностические группы.

Федеральный союз попечителей больничных учреждений Германии создал немецкое госпитальное общество, основной задачей которого стала помочь больницам при введении системы ДРГ.

В настоящее время финансирование здравоохранения Германии складывается из обязательных страховых взносов (75%), налогов (10%), премий по добровольному страхованию (10%), платных услуг (5%).

Обязательному медицинскому страхованию подлежат все лица наемного труда, крестьяне, студенты, безработные, дети до 18 лет. Пенсионеры и члены семьи страхуются в зависимости от размера месячного дохода. Взносы уплачиваются застрахованные, и работодатели — принцип «сострахования». Размер взносов пропорционален доходам (6,78% от заработной платы для тех и других).

Работодатель переводит в больничную кассу общий взнос по социальному страхованию, который включает долю работников из заработной платы, долю работодателя, взносы по пенсионному страхованию, взносы страхования по безработице.

Основным методом оплаты труда врачей ПМП в Германии является гонорарный метод — оплата, основанная на единицах услуг.

Гонорарный метод оплаты (оплата за услугу) нацеливает врачей на более дорогие методы лечения и затягивание лечебно-диагностического процесса, так как каждое посещение и процедура дают врачу доход.

Отрицательным моментом является отсутствие заинтересованности врача в профилактической работе, так как это приведёт в перспективе к уменьшению объёма оказываемых услуг.

Оплата медицинской помощи во Франции

 Во Франции ведущим финансовым механизмом выступает система ОМС. Важное направление реформы здравоохранения — усиление роли касс медицинского страхования (КМС) в управлении бюджетными ресурсами. В последние годы отмечался рост дефицита Национальной КМС, который в 2004 году составил 13 млрд €.

Закон «О медицинском страховании» (2004) ввёл институт лечащего врача как одно из значимых направлений реформы медицинского страхования. Каждый житель страны по своему желанию может выбирать врача, который будет оказывать ПМП, определять необходимость консультаций у врачей-специалистов.

Пациент сохранит право обращаться к любому специалисту напрямую.

Но при этом компенсация расходов за консультацию уменьшится на 5–10%, а стоимость консультации врача-специалиста увеличится с 25 до 32 €.





Кроме того, в данном случае врач может увеличить тариф медицинской услуги до 30%. К ряду специалистов: педиатрам, офтальмологам, гинекологам, по отдельным показаниям будет гарантирован «специфический доступ», освобождающий пациентов от упомянутых санкций.

КМС рассылают потенциальным пациентам списки для выбора лечащего врача. Прогнозируется, что в подавляющем большинстве случаев ими окажутся врачи общей практики, а врачей-специалистов будут выбирать главным образом пациенты с хроническими заболеваниями (диабет, астма и т. п.). По последним данным, из 40 млн. жителей Франции, имеющих социальную страховку, около 2 млн. уже сделали свой выбор.

При системе подушевой оплаты врачи ПМП выполняют роль фильтра в доступе пациентов к стационарной помощи и специалистам. В отличие от гонорарного метода, подушевое финансирование не предполагает обработку счетов за каждую оказанную услугу. В этом его несомненное достоинство для страховщиков. Также снижаются расходы на проведение расчетов (проверка счетов и т.д.).

Положительным моментом подушевого способа оплаты труда можно считать сдерживание роста расходов на медицинскую помощь, так как врачи не заинтересованы в увеличении числа посещений, обследований и консультаций. Следовательно, появляются стимулы к профилактике заболеваний.

В условиях конкуренции врачей данный метод создаёт стимул к привлечению как можно больше пациентов.

При свободном выборе врача лучшие из них быстро достигнут максимально возможного размера практики, за пределом которого они либо ничего не получают, либо оплачиваются по пониженным нормативам.

Существенным недостатком метода является слабая заинтересованность врача в том, чтобы брать на себя более значительный объем медицинской помощи (при набранном контингенте). Оказание большего числа услуг не приведет к росту дохода; на деле увеличение числа услуг приведёт к большим временными затратам врача, но не увеличит доход. Поэтому целесообразно сочетать подушевой метод оплаты труда с гонорарным.

Фиксированная заработка плата распространена в национальных системах здравоохранения, которые непосредственно нанимают врачей ПМП. В этой группе имеются несколько стран (Дания, Италия, Великобритания), где врачи ПМП получают оплату также по подушевому принципу (фондодержание в Великобритании) и гонорарному (смешанные модели).

Системы оплаты труда врачей со ссылкой на время делятся на две группы: ретроспективный вид оплаты (в основе плата за услугу) и перспективный вид оплаты — предполагаемая оплата за период, охватываемый соглашением, или общее вознаграждение, известное заранее (зарплата). Перспективные виды оплат стимулируют врачей к контролю за расходами и внедрению более экономичного и рационального стиля врачебной практики с профилактической направленностью. Но могут вести к отказу от «невыгодных» (наиболее больных) пациентов.

Кто определяет уровень гонорара?

- Сами врачи — так называемое «свободное назначение гонорара» (используется 25% врачей во Франции).
- Определяется путём переговоров между представителями врачей и страховщиками-покупателями: устанавливаются пределы общих расходов (жёсткая система) или могут применяться корректизы общих расходов (свободная система).
- Определяется центральным учреждением. В этом случае уровень дохода и его оценка могут зависеть от стажа работы, квалификации или могут определяться результативностью лечения.



ФРАГМЕНТ ДИСКУССИИ:

Без разработки общих принципов организации системы оплаты труда в отрасли нельзя передавать решение этих вопросов на уровень территорий, у нас для этого нет ни научных, ни методических ресурсов.

Мнение представителя субъекта РФ

В период реформы системы ОМС предлагались 89 региональных моделей ОМС, теперь будут 88 моделей систем оплаты труда?

А.В.Короткова, заместитель директора ЦНИИОИЗ Росздрава

Когда субъекты заявлялись на проведение пилотного проекта, они должны были осознавать, какие инициативы мы ожидаем от них. Мы делегируем право субъектам РФ принять закон или иной нормативный акт. Директивы Минздравсоцразвития носят лишь рекомендательный характер.

**Ю.Е.Михеева, заместитель начальника отдела
Департамента развития медицинской помощи и курортного дела**

Есть опасность, что Вы придетете к ситуации Великобритании. Они внедрили систему, не оценив, в какую сумму она выльется. Доктора получали большие деньги, а вот те, кто платили, мечтают теперь ее ограничить.

Симо Кокко, международный эксперт Проекта

И.М.Шейман:

С разделением полномочий фрагментация видов медицинской помощи резко повысилась. Мы не можем врача первичного звена поощрять за то, что он рано выявил туберкулез, потому что это — муниципальные деньги. И таких примеров можно привести много.

Только в ОМС снимаются эти перегородки. Если мы не соберем деньги в одну кучку, ничего не получится.

Следующий вопрос: «Как эти деньги раздавать?» Накоплен большой опыт, например, в Кемеровской области. Основная идея — систематический анализ трех групп показателей:

- показатели, влияющие на конечные управляемые результаты;
- процессные показатели (текущая деятельность ЛПУ);
- группа показателей, отражающих вклад первичного звена в общую результативность здравоохранения (частота вызовов скорой медицинской помощи, объем госпитализации, частота направлений от участкового врача к узкому специалисту).

Второй ключевой вопрос: «Из каких денег платит?» Парадоксально, но на первом этапе, когда регионы только начинают эту работу, вопрос оплаты — не первостепенный вопрос. Главное, что врачи начинают оценивать работу друг друга — идет самооценка. Само обсуждение показателей заметно влияло на конечный результат. Не паникуйте на этом этапе из-за отсутствия денег!





М.Д.Дуганов,

заместитель начальника Департамента здравоохранения
Вологодской области

Не приведет ли формирование системы из 5 групп базовых окладов к изменению нормирования труда и всех штатных расписаний? В настоящее время должности, входящие в штатные расписания, тарифицируются по ЕТС. При введении базовых окладов предполагается более укрупненный подход к тарификации, а, значит, и к количеству должностей, так как сам фонд оплаты труда резко изменяться не будет. В настоящее время работник, тарифицируясь по ЕТС, подрабатывает, то есть расширяет объем своей работы (1,25; 1,5 ставки), и он сознает, что выполняет полторы нормы за счет увеличения интенсивности труда либо за счет увеличения продолжительности рабочего времени. При введении базового оклада для работника он будет ассоциироваться как основная заработная плата за ту норму времени, по которой он ранее тарифицировался по ЕТС. Работник будет претендовать на дополнительную оплату уже сверх базового оклада. При отсутствии дополнительных финансовых средств возникнет необходимость пересматривать нормы труда. А это очень сложно, особенно в регионах, где нет научных институтов для проведения хронометража.

А.В.Кротов,

заместитель директора Департамента развития
медицинской помощи и курортного дела

Мы изначально исходим, что медицинское учреждение должно представить услугу определенного качества, а врач должен иметь определенную квалификацию.

М.Д.Дуганов:

К сожалению, мы сегодня рассчитываем услуги от штатного расписания. А штатное расписание состоит из должностей. Мы формируем оплату за услуги, но цена за услугу формируется от нормирования труда.

Л.А. Сунгатуллина,

заместитель директора по экономике Департамента здравоохранения
Тюменской области

Первое, что мы сделали в регионе, перевели муниципальные районные больницы в статус государственных. То есть сегодня первичную медицинскую помощь в регионе оказывают государственные учреждения. Затем осуществили переход на одноканальную систему финансирования.

На следующем этапе мы сократили коечный фонд и ушли от совместительства (сейчас он у нас 1,09). Ушли от тарифной сетки. На сегодня зарплата формируется руководителем, система оплаты труда сформирована в каждом ЛПУ и включает базовый оклад плюс стимулирующие выплаты.



М.Д.Дуганов:

Вы фактически пересмотрели нормативы оплаты труда, но при этом значительно увеличили фонд оплаты труда. Мы готовы работать в таком же ключе. Но у нас пока нет такого стимулирующего фонда.



И.М.Сон,

д.м.н., проф., заместитель директора по науке
ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»



Первичная медико-санитарная помощь в России не есть западный эквивалент общеврачебной практики. Российская система ПМСП очень многофункциональна. В России нет единого учреждения, на которое можно было бы возложить оказание всей первичной медицинской помощи.

ПМСП оказывают различные учреждения муниципальной системы здравоохранения: районные (в том числе центральные), городские поликлиники, детские городские поликлиники, центры общей врачебной (семейной) практики, амбулатории, женские консультации.

Это же касается и медицинских работников. ПМСП оказывают терапевты участковые (34тыс.), педиатры участковые (26 тыс.), врачи общей практики (семейные врачи) (5тыс.), акушеры-гинекологи. В зарубежных же странах первичную медицинскую помощь оказывает один специалист, поэтому там легче разработать эффективную систему оплаты труда.

В России различается и рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала и структура рабочего времени врача. Так, врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении на прием пациентов в связи с заболеванием и другими причинами тратит 75% рабочего времени, на мероприятия по диспансерному наблюдению за пациентами, состоящими на учете, — 5%, на профилактические осмотры — 10%. Иная структура рабочего времени у врача общей практики: на плановый прием пациентов уходит 50% рабочего времени, на неотложную помощь и лечебно-диагностические мероприятия в условиях стационарно-замещающих технологий — 40%, на профилактические мероприятия и участие в работе службы первичной медико-санитарной помощи — 10%. Очевидно, что критерии оплаты труда у них должны быть разными.

Система контроля качества работы по оказанию первичной помощи основана на модели конечных результатов. Практика показывает, что число и набор показателей всегда являются предметом дискуссий, а из всех групп индикаторов только индикаторы качества могут быть достигнуты индивидуально.

В регионах идет большая творческая работа по разработке различных индикаторов конечных результатов оказания ПМСП на уровне субъекта Федерации, района и т.д. и алгоритмов дифференциальной оценки сложности терапевтического участка, которые систематизируются и анализируются в ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава».





Модели конечных результатов:

- ➔ Индикаторы качества текущей деятельности (выявление социально значимой патологии, больных в запущенных стадиях различных заболеваний и т.д.).
- ➔ Индикаторы реструктуризации (уровень госпитализаций, число вызовов СМП и т.д.).
- ➔ Индикаторы конечных результатов (детская смертность, инвалидизация и т.д.).

Индикаторы конечных результатов оказания ПМСП на уровне субъекта Федерации, района и т.д.:

- ➔ Материнская смертность.
- ➔ Младенческая смертность.
- ➔ Детская смертность.
- ➔ Первичная инвалидность среди детей.
- ➔ Охват профилактическими осмотрами (в совокупности все группы).
- ➔ Удельный вес получивших инвалидность от болезней, характеризующихся повышенным артериальным давлением.
- ➔ Число обоснованных жалоб от населения на качество медицинской помощи, поступивших в территориальный орган управления здравоохранением.

Модели конечных результатов: поликлиника, ВОП

- ❖ Выполнение функции врачебной должности.
- ❖ Диспансеризация населения и организация школ здоровья для больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой, артериальной гипертонией, инфарктом миокарда (и т.д.).
- ❖ Профилактическая работа (выполнение плана профилактических прививок, охват населения флюорографическими осмотрами).
- ❖ Сокращение числа вызовов скорой медицинской помощи от нормативных показателей.
- ❖ Отсутствие запущенных случаев онкопатологии.
- ❖ Отсутствие запущенных случаев туберкулеза.
- ❖ Отсутствие случаев несвоевременной госпитализации, приводящей к ухудшению состояния больного или развитию осложнений.
- ❖ Отсутствие случаев осложнений, наступивших по вине медицинского работника.
- ❖ Отсутствие случаев направления на госпитализацию плановых больных без обследования.
- ❖ Отсутствие обоснованных жалоб пациента.
- ❖ Отсутствие случаев некачественного оформления медицинской документации, нарушения санэпидрежима на основании актов ЦГСЭН или комиссии ЛПУ.

Индикаторы реструктуризации – уровень учреждения:

- ➔ Заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением.
- ➔ Удельный вес пациентов, страдающих сахарным диабетом, госпитализированных в стационар, среди всех состоящих на учете.
- ➔ Удельный вес пациентов, страдающих сахарным диабетом, перенесших ампутацию в результате осложнения основного заболевания.
- ➔ Удельный вес пациентов, страдающих бронхиальной астмой, госпитализированных в стационар.
- ➔ Удельный вес пациентов, умерших от заболеваний органов пищеварения
- ➔ Удельный вес умерших от болезней мочеполовой системы.
- ➔ Удельный вес умерших от инфаркта миокарда.

Индикаторы качества текущей деятельности медперсонала первичного звена:

- ➔ Удельный вес умерших детей до года от кишечных инфекций.
- ➔ Удельный вес детей, привитых вакцинами от различных заболеваний.
- ➔ Удельный вес детей, получивших трехкратную вакцинацию против вирусного гепатита В.



- ➔ Процент больных злокачественными новообразованиями, выявленных при профосмотрах.
- ➔ Удельный вес больных злокачественными новообразованиями 3 и 4 стадии из числа больных с впервые установленным диагнозом.
- ➔ Удельный вес больных активным туберкулезом, выявленных профосмотрами.
- ➔ Удельный вес больных взятых на учет с впервые выявленным диагнозом ИППП в анонимном кабинете.
- ➔ Удельный вес больных туберкулезом, умерших до года наблюдения, среди всех впервые выявленных живых.

Оценочные критерии работы ВОП:

- ❖ Выполнение финансового плана госпитализации.
- ❖ Выполнение финансового плана вызовов скорой помощи.
- ❖ Выполнение финансового плана направлений на внешние услуги.
- ❖ Обоснованность направлений к врачам-специалистам.
- ❖ Количество принятых больных по смежным специальностям.
- ❖ Диспансеризация.
- ❖ Осмотр женщин fertильного возраста.
- ❖ Направление в смотровые кабинеты.
- ❖ Обоснованные жалобы.

Модели конечных результатов (МКР) работы врача общей практики (семейного врача):

- ➔ Уровень госпитализации на 1000 жителей.
- ➔ Удельный вес запущенных случаев онкологических заболеваний видимых локализаций.
- ➔ Удельный вес постановки на учет беременных женщин до 12 недель.
- ➔ Удельный вес грудного вскармливания.
- ➔ Охват вакцинацией детей и взрослых.
- ➔ Процент больных сахарным диабетом, посещающих школу для пациентов.
- ➔ Процент больных бронхиальной астмой, посещающих школу для пациентов.
- ➔ Уровень вызовов скорой помощи на 1000 населения.
- ➔ Уровень заболеваемости инсультами на 1000 населения.
- ➔ Удельный вес направления больных на консультации к узким специалистам.
- ➔ Охват периодическими осмотрами подлежащих категорий.

Экономические санкции к остаточному доходу (налагает внутриведомственная комиссия):

- ❖ Неполный охват «Д» наблюдением и отсутствие школ здоровья для больных сахарным диабетом, бронхиальной астмой,

артериальной гипертонией — 5% от средств остаточного дохода.

- ❖ Неполный охват больных профилактическими мероприятиями: флюорография, иммунопрофилактика, санпросвет- работа — 5%.
- ❖ Превышение уровня вызовов скорой медицинской помощи — 5%.
- ❖ Запущенные случаи онкологии (по вине ЛПУ, ВОП), за каждый случай — 10%.
- ❖ Случаи тbc в фазе распада (по вине ЛПУ, ВОП), за каждый случай — 10%.
- ❖ Несвоевременная госпитализация, приведшая к ухудшению состояния больного, развитию осложнений — 50% остаточного дохода.
- ❖ Обоснованные жалобы пациента — 50% остаточного дохода.
- ❖ Смерть по вине медицинского работника — 100% остаточного дохода.

Параметры коэффициентов сложности врачебных участков:

- ➔ Численность финансируемого населения.
- ➔ Отдаленность, этажность, протяженность.
- ➔ Численность льготной категории населения.
- ➔ Число организаций.
- ➔ Число больных, состоящих на диспансерном учете.





Базовые показатели, характеризующие деятельность ОВП

Показатели реструктуризации медицинской помощи	Показатели текущей деятельности ВОП	Показатели конечных результатов работы ВОП	Показатели дефектов
1. Уровень госпитализации на учете ВОП	1. Удельный вес беременных, поступающих под наблюдение ВОП в срок до 12 недель беременности	1. Уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста	1. Число онкологических больных с заболеваниями видимых локализаций, выявленных в 3–4 клинических стадиях
2. Частота вызовов СМП	2. Охват вакцинацией	2. Число лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет	2. Заболеваемость дифтерией
3. Удельный вес посещений прикрепленного населения к узким специалистам	3. Удельный вес профилактических посещений.		3. Нарушение санэпидрежима
			4. Жалобы

И.М. Шейман:

В модели конечных результатов должна учитываться результативность ПМСП. Мне понравилась Ваша концептуальная постановка: нас трудно сравнивать с западной практикой, у нас существуют два сектора — участковый врач и узкие специалисты.

Поэтому следует обсуждать мотивацию для каждого из этих двух секторов и по-разному оценивать участкового врача и специалиста. Нам нужно, чтобы участковый врач брал на себя больше функций врача-специалиста. Если это так, то оценивать его работу по посещаемости неправильно. Сегодня же узкие специалисты консультируют не пациентов, а врача первичного звена. Поэтому на данном этапе у нас есть потребность поощрять увеличение посещаемости узких специалистов. Следовательно, оплата участкового врача должна иметь в основе

Сегодня же узкие специалисты консультируют не пациентов, а врача первичного звена. Поэтому на данном этапе у нас есть потребность поощрять увеличение посещаемости узких специалистов. Следовательно, оплата участкового врача должна иметь в основе подушевой принцип плюс систему показателей, а специалиста нужно оплачивать по посещаемости.



подушевой принцип плюс систему показателей, а специалиста нужно оплачивать по посещаемости. Возможно, целесообразно ввести балльную систему, как это было сделано в Московской области (если слишком много отдельных услуг, то цена одного балла снижается).

Если мы с этим согласимся, то для аналитического учета в поликлиниках разумно делить бюджет на две части: для участковых врачей и для специалистов. При этом доля участковых врачей должна повышаться, то есть нужно платить за приближение к модели врача общей практики.

Непременно встанет вопрос об индивидуализации показателей. При разработке общих схем следует оставить люфт для индивидуальных показателей.

М.Д.Дуганов:

При переходе на чисто подушевое финансирование непременно возникает проблема необоснованного уменьшения количества приемов со стороны врача, поскольку уменьшения финансирования при этом не происходит. Поэтому лучше сочетать подушевое финансирование с учетом объемов внутри учреждения и установления нижней допустимой границы недовыполнения плана.

В рамках подушевого финансирования очень важно отработать механизм направления пациента к узким специалистам и на параклинические исследования только при направлении от участкового врача, иначе возможен бесконтрольный рост объемов с их стороны.

И.М.Шейман:

Если не сделать первичного врача привратником (диспетчером), то на фондодержании нужно поставить крест. Фондодержание предполагает, что часть финансовых рисков поликлиники берет на себя. Конечно, некоторые нозологии из фондодержания нужно изъять (онкологию, например). Нужно брать в фондодержание очень ограниченную часть денег, как в Великобритании, и усиливать роль страховщика, на которого следует возложить всю аналитику, потому что самим не подсчитать.

А.Л.Педде,

д.э.н., профессор кафедры труда и социальной политики, РАГС при Президенте РФ

Предположим, настанут времена, когда врача и поликлинику будут выбирать пациенты. Что мы будем делать, если этого врача пациенты не выберут? Мы его прикрепим? И у врача с пациентом будут отношения «прикрепленного к прикрепленному»?

А кто определяет обоснованность жалоб сейчас и кто будет определять в дальнейшем? Кто разбирается в обоснованности жалоб? В Тюмени мне главврач рассказала, что все описания случаев, где было написано «врачебная ошибка», передали в суд. Оплата врача и оплата деятельности учреждения — разные вещи. Во главу угла нужно ставить деятельность собственно врача, а не деятельность учреждения.



Л.А. Чужикова,

начальник отдела финансирования и социально-экономического развития Управления здравоохранения Белгородской области



В Белгородской области уже работает отраслевая система оплаты труда, которую мы разработали сами. У нас разделены участковые врачи и специалисты. Есть наблюдательные советы, возглавляемые главой муниципальных поселений. Они определяют критерии: частота вызовов скорой помощи, уровень госпитализации. На уровне первичного звена главное — не довести больного до стационара, поэтому используем показатель уровня госпитализации. Узким специалистам оставили оплату по посещениям.

Фонд заработной платы мы планируем на физическое лицо, определяем норматив для доктора. В Постановлении указали, что эти коэффициенты индексируются.

Вся отраслевая система оплаты труда направлена на повышение качества. Сегодня базовый оклад для участкового врача составляет 3 тыс. руб., для среднего медицинского персонала — 2120 руб. Базовая часть в заработной плате составляет для участкового врача 40%, 60% — дополнительной оплаты идет за счет коэффициентов к этому окладу. Используются коэффициенты: «вредные условия», «за праздничные дни», «категория», «ученая степень», «образование», «дополнительные услуги», «качество» (без ограничений). Хирургам производим оплату с учетом сложности операций. Заместителям и заведующим отделениями — по коэффициентам управления (как сработало структурное подразделение). Главному врачу выставляем коэффициенты по средней зарплате персонала, чтобы он был заинтересован в ее повышении.

Мы закрепили как обязательное требование направление к узкому специалисту только через терапевта.

М.Д. Дуганов:

Очень важный вопрос: «С какого минимального уровня зарплаты можно реализовать стимулирование оплаты труда?» Сейчас среди врачей любые добавки к зарплате воспринимаются как покрытие «задолженности государства» за прошлые годы недофинансирования. Простое увеличение размера оплаты труда не дает ожидаемого результата по улучшению качества. Нужны показатели конечных результатов и установление выплат из стимулирующего фонда на достижение этих показателей, а не просто рост заработной платы.

Простое увеличение размера оплаты труда не дает ожидаемого результата по улучшению качества. Нужны показатели конечных результатов и установление выплат из стимулирующего фонда на достижение этих показателей, а не просто рост заработной платы.



И.М. Шейман:

Я вспоминаю время, когда мы реально могли стимулировать труд врача на 20–30 руб. И врачи бились за 10 руб., потому что это — их репутация. Врачу важно понимать, что он стоит больше, чем коллега, и это даст ему вполне определенные доходы. Нельзя все сводить к деньгам. В начале мы ранжируем врачей. Много или мало должно быть показателей деятельности врача первичного звена? В Великобритании их 225.



Сегодня участковых врачей у нас называют «ОРЗ-ондами». Понятно, что и по диплому и юридически эту работу может выполнять фельдшер, так как он успешно ее выполняет, когда работает в ФАПе. У терапевта не хватает времени заниматься гепатитами, заболеваниями органов дыхания и т.д.

М.М. Фомин,

заместитель председателя Комитета здравоохранения
Ленинградской области



На протяжении уже многих лет в Ленинградской области ведутся работы над интенсивными методами воздействия на медицинский персонал: новый хозяйствственный механизм, различные коллективные формы работы. Все это сначала давало эффект.

Сегодня участковых врачей у нас называют «ОРЗ-ондами». Понятно, что и по диплому, и юридически эту работу может выполнять фельдшер, так как он успешно ее выполняет, когда работает в ФАПе. У терапевта не хватает времени заниматься гепатитами, заболеваниями органов дыхания и т.д. Известно, что в основном население умирает на дому: хронические больные; люди, перенесшие тяжелые операции, именно в этом заложены резервы повышения качества МП.

Сегодняшняя медсестра — специалист со средним медицинским образованием, которая может выполнять существенно более высококвалифицированную работу, чем поставить градусник и рецепт распечатать. Эти резервы увязываются с основной темой нашего обсуждения.





Назрела необходимость введения доврачебных приемов. Сегодня мы не имеем клинико-экономических стандартов их проведения, не знаем, как оплатить труд медицинских работников, выполняющих такие приемы.

Т.П.Кремнева,

заместитель председателя Департамента здравоохранения администрации г.Липецка



Если темой сегодняшнего обсуждения была проблема перехода от стационарной к более дешевой первичной медицинской помощи, то нужно было бы обсудить и вопросы организации дневных стационаров, кабинетов скорой неотложной медицинской помощи, стационаров на дому.

В Липецкой области мы создали Центр амбулаторной хирургии. После полосной операции хотелось бы хотя бы сутки держать больного в стационаре — не можем добиться оплаты. Не прозвучало, что при одноканальной системе финансирования неясно, как оплачивать профилактическую составляющую работы врача. Наши финансовые органы не имеют ответа на этот вопрос.

Назрела необходимость введения доврачебных приемов. Сегодня мы не имеем клинико-экономических стандартов их проведения, не знаем, как оплатить труд медицинских работников, выполняющих такие приемы.

Мы провели опрос главных врачей с целью выяснить, какой минимально необходимый размер стимулирующего фонда необходим для осуществления управленческих решений и повышения качества медицинской помощи. Оказалось, в среднем 12% от тарификации.

М.Д.Дуганов:

Мы работаем на базе ЕТС, но принятые организационные решения позволили ввести надбавки персоналу общеврачебных практик и поднять зарплату врачей до 20–28 тыс. рублей (при 200%-ной надбавке). Приняты отдельные решения по туберкулезным диспансерам: введены доплаты по 10 тыс. руб. врачам, по 5 тыс. руб. медсестрам и по 1 тыс. руб. санитаркам. Цель — привлечь приток молодых кадров. Приняты решения по онкодиспансеру — доплачиваем по 5 тыс. руб. операционным медсестрам.

Мы провели опрос главных врачей с целью выяснить, какой минимально необходимый размер стимулирующего фонда необходим для осуществления управленческих решений и повышения качества медицинской помощи. Оказалось, в среднем 12% от тарификации.



И.М.Шейман:

→ О поводу нормативного оформления спланированных мероприятий ключевым документом в регионах, начавших pilotный проект, должно стать Положение об оплате медицинской помощи. Далее следует разрабатывать Типовое положение на региональном уровне о порядке материального стимулирования. Здесь должен быть задан государственный вектор. Третий документ — Положение о платных медицинских услугах.

Все эти документы необходимо готовить в пакете.

Очевидно, что система оплаты труда, которая будет спланирована в регионе, должна быть ориентирована на источник финансирования. Вспоминаю в этой связи Калужскую область: как закончились деньги Всемирного банка, большая часть наработанного была предана забвению. С самого начала нужно дифференцировать месячные, квартальные, ежегодные финансовые затраты.

Мы еще находимся на том этапе, когда один день пребывания в стационаре в Российской Федерации стоит 10–15 долл. США, в то время как день в стационаре в странах ЕС стоит 200 долл. США, а в США — 1000. О каком качестве можно говорить при таком уровне финансирования? Перед тем, как серьезно говорить о ресурсосбережении, в российскую систему здравоохранения нужно накачивать много денег!

Можно согласиться, что показателей не должно быть много. То, что уже сегодня делают в Кемерове и Самаре вряд ли позволительно для некоторых других территорий. В этих регионах в течение многих лет накапливался уникальный опыт. Начинать надо, наверное, с 10–12 показателей, постепенно их интегрировать и сокращать. Менять постоянно эти показатели вряд ли целесообразно. Думаю, что для начала система должна быть прозрачной и устойчивой.

То, что связано с пониманием качества медицинской помощи на Западе, когда ставится знак равенства между высоким качеством и экономией ресурсов, в России неприемлемо. Иллюзией, с моей точки зрения, является ожидание, что введение стандартов позволит много сэкономить. Мы еще находимся на том этапе, когда один день пребывания в стационаре в Российской Федерации стоит 10–15 долл. США, в то время, как день в стационаре в странах ЕС стоит 200 долл. США, а в США — 1000. О каком качестве можно говорить при таком уровне финансирования? Перед тем, как серьезно говорить о ресурсосбережении, в российскую систему здравоохранения нужно накачивать много денег!

Подготовила Н.Куракова





От редакции: Журнал не должен являться суммой монологов его авторов. Журнал живет, когда инициирует диалоги и обсуждения...

В первом номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2007 год (стр.20–25) была опубликована статья Д.В.Пивеня, П.Е.Дудина, А.С.Купцевича «О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи», которая инициировала полемику по поводу подходов к решению проблемы обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Редакция всегда готова предоставить страницы для корректной и конструктивной дискуссии профессионалов. Сегодня оппонентами коллектива авторов из Иркутска выступают коллеги из Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН.

Одновременно мы дали возможность авторам обсуждаемой статьи прокомментировать доводы оппонентов.

В.И. Перхов,

Начальник отдела регулирования специализированной медицинской помощи РАМН

И.В. Самородская, д.м.н.,

И.Н. Ступаков, д.м.н., профессор

Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН

К ВОПРОСУ О КРИТЕРИЯХ ДОРОГОСТОЯЩЕЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Минздравсоцразвития России разработан и реализуется приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения «Здоровье», который отражает основные направления модернизации здравоохранения на период до 2009 года, а также включает задачи по наиболее полному обеспечению населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Исследования и научные публикации, посвященные вопросам совершенствования организации оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи, становятся все более актуальными и востребованными.

Вместе с тем число таких публикаций все еще недостаточно велико, а положения, содержащиеся в отдельных публикациях, не всегда бесспорны.

В 2007 году в первом номере журнала «Менеджер здравоохранения» опубликована статья «О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской

помощи», материалы которой авторы предлагают рассматривать руководству Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи как конкретные предложения по совершенствованию и развитию этого направления.

В частности, авторы указанной статьи выражают свое мнение о том, что:

1. В стране отсутствует единая государственная политика в области оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи;
2. Национальная система оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в стране еще только формируется;
3. Основные проблемы в вопросе организации оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи связаны с противоречиями между действующим законодательством и реальными функциями медицинских учреждений;
4. Ориентация региональных и муниципальных медицинских учреждений на имеющийся федеральный перечень высокотехнологичной медицинской помощи не может считаться оправданной;

© В.И.Перхов, И.В.Самородская, И.Н.Ступаков, 2007 г.



5. Отсутствуют критерии отнесения той или иной медицинской помощи к дорогостоящей и высокотехнологичной, что затрудняет её планирование и ресурсное обеспечение;

6. В качестве критериев высокотехнологичной медицинской помощи для её планирования и ресурсного обеспечения, а также для отнесения той или иной медицинской помощи на разных этапах её оказания к дорогостоящей и высокотехнологичной авторы предлагают использовать следующие: стоимость, новизна, сложность, эффективность и доступность;

7. На основании указанных критериев авторы рекомендуют создавать не только федеральный, но и региональный, а также муниципальный перечни ВМП, финансируемой из соответствующих бюджетов.

Другое мнение в порядке полемики изложено ниже в последовательности, соответствующей последовательности процитированных выше тезисов ученых из Иркутска.

Во-первых.

В настоящее время в стране реализуется единая государственная политика в сфере обеспечения населения дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощью.

В Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации задача повышения качества и доступности медицинской помощи признана одной из «самых насущных для граждан страны проблем».

Решение этой задачи предполагает существенную модернизацию здравоохранения, в том числе путем реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье», финансовое обеспечение которых в 2006 и 2007 годах предварительно составляло 145,6 млрд. рублей средств федерального бюдже-

та, а в действительности объем финансовых затрат на реализацию приоритетного национального проекта вырос в 2006 году с предполагаемых 60 до 96,8 млрд. рублей.

Треть указанных средств инвестируется государством в программы обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Увеличить уровень обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) Минздравсоцразвития России планирует путем увеличения объемов оказания и финансирования из федерального бюджета указанной помощи; перевода федеральных клиник на работу в условиях государственного задания (заказа); совершенствования порядка предоставления населению ВМП, а также создания новых медицинских центров, способных с учетом достижений медицинской науки совершить прорыв отечественного здравоохранения в области высоких технологий.

В рамках подпроекта «Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью» приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье» предполагается в 2007 пролечить с применением высоких медицинских технологий 170000 больных¹.

С учетом ввода в эксплуатацию новых центров высоких медицинских технологий в сравнении с 2005 годом к 2008 году планируется увеличить объемы ВМП, оказываемой населению за счет средств федерального бюджета, в 4 раза².

Также, по оценкам Минздравсоцразвития России, повысить удовлетворенность потребности населения в ВМП до 100% возможно при условии строительства и ввода в эксплуатацию к 2010 году 15 центров высоких медицинских технологий, расположенных по всей территории страны.

¹ Справка к Коллегии Минздравсоцразвития России от 14 октября 2005 года «О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения».

² Решение Коллегии Минздравсоцразвития России от 14 октября 2005 года «О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения»; Материалы Минздравсоцразвития России к заседанию Правительства Российской Федерации 10 ноября 2005 года «О реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и основные направления здравоохранения на 2006–2010 годы».





Оказание населению Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи в настоящее время регламентируется Постановлениями Правительства Российской Федерации: «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год»; «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» (от 6 мая 2003 г. № 255); «О федеральных учреждениях здравоохранения и федеральных учреждениях оздоровительного профиля» (от 29 декабря 2004 г. № 872); приказами Минздравсоцразвития России и РАМН «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию и Российской академии медицинских наук» (от 6 апреля 2005 г. № 259/19 и от 6 февраля 2006 № 58/3); приказами Министра здравоохранения и социального развития России: от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи»; от 29 марта 2006 года № 220 «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук, во II–IV кварталах 2006 г.»; от 7 июля 2006 года № 527 «Об утверждении медицинской документации мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи федеральными специализированными медицинскими учреждениями»; «Методическими рекомендациями по организации выполнения государственного задания по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации

ции за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук», утвержденными 8 июля 2006 (№ 3604-ВС) заместителем Министра здравоохранения и социального развития России.

Кроме этого, следует отметить, что Минздравсоцразвития России утвердило отдельными приказами более 300 стандартов медицинской помощи, которые рекомендованы к применению при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

В 2006 году создан новый федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения — Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи (Росмедтехнологии), осуществляющее функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом в части разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики и организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Правительством Российской Федерации готовится Постановление «О государственном задании на оказание высокотехнологичной медицинской помощи».

Во-вторых.

Национальная система оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в стране сформирована 14 лет тому назад, когда в Указе Президента Российской Федерации от 26 сентября 1992 года № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» Правительству Российской Федерации было поручено «предусматривать из республиканского бюджета Российской Федерации целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения Российской Федерации».



Основными участниками этой системы являются пациенты; врачи; финансирующие органы и организации; органы, осуществляющие нормативное правовое регулирование процессов, происходящих в системе; медицинские учреждения; предприятия медицинской и фармацевтической промышленности; учебно-методические организации и прочие.

Безусловно, в постоянно изменяющихся социально-экономических условиях достаточно сложно организовать упорядоченную деятельность всех участников системы. Каждый из участников системы стремится к удовлетворению своих потребностей, часто не учитывая интересы остальных и не стремясь участвовать в выработке единого стратегического плана для достижения общей цели — улучшения качества и доступности высокотехнологичной медицинской помощи для всех, кто в ней нуждается.

Именно для гармонизации интересов всех участников национальной системы оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи населению создано Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, которое в соответствии с установленными полномочиями ***организует и осуществляет:***

- деятельность подведомственных организаций по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;
- разработку, внедрение и применение современных медицинских технологий, новых методов диагностики и лечения;
- направление граждан Российской Федерации на лечение за границей;
- деятельность по подготовке в ординатуре, аспирантуре и докторантуре медицинских работников для сферы здравоохранения в части разработки, реализации современных медицинских технологий и оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- ведение баз данных в установленной сфере деятельности;
- экономический анализ деятельности подведомственных государственных унитарных предприятий и утверждает экономические

показатели их деятельности, проводит в подведомственных организациях проверки финансово-хозяйственной деятельности и использования имущественного комплекса;

- функции государственного заказчика федеральных целевых программ, научно-технических и инновационных программ и проектов в сфере деятельности Агентства.

В-третьих.

Основные проблемы в вопросе организации оказания населению ВМП связаны не с противоречиями между действующим законодательством и реальными функциями медицинских учреждений, а с другими факторами, изложенными авторами настоящей статьи в предыдущих своих публикациях, в том числе в журнале «Менеджер здравоохранения».

В дополнение к уже опубликованным материалам следует отметить, что, несмотря на то, что действующее законодательство в сфере здравоохранения и нормативные правовые акты Минздравсоцразвития России (приказ Минздравсоцразвития России от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи») не предусматривают оказание и финансирование из государственных источников ВМП в иных, кроме федеральных медицинских, учреждениях, а в федеральных медицинских учреждениях допускается оказание за счет средств федерального бюджета только высокотехнологичной медицинской помощи, в 2006 году, например, удельный вес больных, которым за счет средств федерального бюджета оказана только специализированная, но не дорогостоящая и высокотехнологичная стационарная медицинская помощь, в структуре госпитализированных в федеральные специализированные медицинские учреждения, подведомственные РАМН, составил почти 80%.

Кроме того, согласно данным, полученным Минздравсоцразвития России в результате проведения специального опроса территориальных органов управления здравоохранением (ТОУЗ), специализированные медицинские учреждения территориальных органов управления здравоохранением (СМУ ТОУЗ) за 9 месяцев 2006 года оказали населению страны за счет средств





региональных и муниципальных бюджетов 73% всех объемов ВМП, причем по действующему федеральному перечню её видов и профилей:

Выполненные за 9 мес. 2006 объемы ВМП (число пролеченных больных)		Доля в объемах	
ФСМУ (Росздрав +РАМН)	СМУ ТОУЗ	ФСМУ (Росздрав +РАМН)	СМУ ТОУЗ
104 219	281 098	27,0%	73,0%

Приведенные данные свидетельствуют о том, что и федеральные специализированные медицинские учреждения, и специализированные медицинские учреждения территориальных органов управления здравоохранением успешно игнорируют в своей деятельности сложившиеся противоречия между действующим законодательством и своими реальными возможностями и функциями.

Можно также утверждать, что ни сами медицинские учреждения, ни должностные лица указанных учреждений не могут быть привлечены за это ни к какому виду ответственности, так как своими действиями по оказанию помощи больным вряд ли наносят вред национальной системе оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи в целом, а также каждому участнику этой системы, взятыму в отдельности.

В-четвертых.

Как было показано выше, 73% объемов высокотехнологичной медицинской помощи (согласно федеральному перечню её видов) выполняются региональными и муниципальными медицинскими учреждениями.

Следовательно, федеральный перечень ВМП содержит виды помощи, финансирование и организация оказания которых вполне доступны субъектовым и муниципальным бюджетам, а также органам управления здравоохранением, а подведомственные указанным органам государственные и муниципальные специализированные медицинские учреждения в решение проблемы обеспечения населения высокотехнологичной меди-

цинской помощью вносят более существенный вклад, чем федеральные клиники.

В-пятых.

На практике в основе планирования дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи используются не критерии отнесения той или иной медицинской помощи к дорогостоящей и высокотехнологичной, а перечень видов этой помощи, утвержденный Минздравсоцразвития России и составленный с учетом мнения ведущих ученых страны — главных профильных специалистов-экспертов Минздравсоцразвития России.

Использование такого критерия отнесения той или иной медицинской технологии к дорогостоящей и высокотехнологичной при организации её оказания и финансирования, как *стоимость*, может привести к необходимости формирования перечня видов ВМП для каждого отдельного специализированного медицинского учреждения, так как себестоимость, а тем более стоимость одних и тех же медицинских услуг, а также размер накладных расходов в каждом учреждении разные.

Использование такого критерия отнесения той или иной медицинской технологии к дорогостоящей и высокотехнологичной при организации её оказания и финансирования, как *новизна*, по мнению самих же авторов статьи «О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи», «может иметь только относительное, весьма приближенное значение», что не вызывает сомнения.

Использование такого критерия отнесения той или иной медицинской технологии к дорогостоящей и высокотехнологичной при организации её оказания и финансирования, как *сложность*, по мнению самих же авторов статьи «О необходимости критериев дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи», «является относительным критерием», что также не вызывает сомнения.

Использование такого критерия отнесения той или иной медицинской технологии к дорогостоящей и высокотехнологичной при



организации её оказания и финансирования, как **доступность**, может привести к искаженным оценкам реальной доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи работниками органов управления здравоохранением регионов, которые в современных условиях (характеризующихся отсутствием утвержденных в установленном порядке методик по оценке доступности, показанности, полезности и целесообразности ВМП) весьма субъективны.

И только использование такого критерия отнесения той или иной медицинской технологии к дорогостоящей и высокотехнологичной при организации её оказания и финансирования, как **эффективность медицинской помощи**, безусловно, необходимо, но, к сожалению, применение указанного критерия на практике лишь ожидается, вероятнее всего, в далеком будущем.

Следует также отметить, что критерии отнесения той или иной медицинской помощи к дорогостоящей и высокотехнологичной не применяются в настоящее время для определения объемов ресурсного обеспечения гарантированной дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи.

Для этих целей используются нормативы финансовых затрат на оказание ВМП одному больному по её профилям (тарифы), рассчитанные и утвержденные Минздравсоцразвития России с учетом содержания стандартов оказания медицинской помощи при различных заболеваниях, а также объема выделенных целевых ассигнований.

В-шестых.

Если медицинские технологии, используемые при оказании ВМП конкретному больному, реализуются в несколько этапов (например, при лечении злокачественных новообразований), то все этапы лечения, необходимые для достижения цели применения высоких медицинских технологий, оказываются больному, как правило, в одном и том же медицинском учреждении, располагающем возможностью выполнить указанные технологии.

Каждое лечебно-диагностическое вмешательство, в том числе многоэтапное высоко-

технологичное, начинается только после того, как медицинским учреждением установлены соответствующие медицинские показания и источник ресурсного обеспечения затрат.

Действующий механизм обеспечения из государственных источников затрат медицинского учреждения при оказании ВМП предполагает финансирование за пролеченного больного, т.е. за пациента, выбывшего из стационара медицинского учреждения после достижения конечного результата госпитализации, в течение которой ему оказана высокотехнологичная медицинская помощь.

Каждый этап медицинского вмешательства, как правило, завершается выбыванием больного из стационара, при этом реализуется установленная процедура медико-статистического и финансового учета случая госпитализации больного, что является основанием для финансирования.

Если Минздравсоцразвития и (или) Росмедтехнологии установят необходимость оценивать на разных этапах оказания медицинской помощи её стоимость, новизну, сложность, эффективность и доступность (с исчислением интегрированного показателя по всем указанным критериям в совокупности или каждого критерия по отдельности) с целью отнесения (не отнесения) случая выбывания больного из медицинского учреждения к случаю оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи, то безвозмездное многоэтапное лечение с применением высоких и высокозатратных технологий может оказаться недоступным для больных.

В-седьмых.

Существование разных перечней ВМП на разных уровнях организации оказания и финансирования ВМП может привести к невозможности достоверной и объективной оценки результатов оказания населению медицинской помощи, содержащей высокие медицинские технологии в своде, а также к невозможности софинансирования из федерального бюджета расходов, связанных с выполнением государственного задания на оказание ВМП, которое планируется установить в 2007 году медицинским учрежде-





ниям, находящимся в введении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, из-за отсутствия единства в вопросе определения объекта финансирования.

Резюме:

Объемы сложных и высокотехнологичных медицинских вмешательств за последнее десятилетие значительно увеличились (Д. Р. Шиляев, 2004).

В настоящее время в структуре оказываемой населению в федеральных клиниках высокотехнологичной медицинской помощи более 70% составляют объемы помощи хирургического профиля.

Вместе с тем есть доказательства, что часть пациентов, которым действительно вмешательство необходимо, его не получают, в то время как другие могут получать избыточное, в том числе хирургическое, лечение (И. В. Самородская, 2005)

По мнению авторов, одной из причин указанных явлений является отсутствие соответствующих норм и критериев.

Концентрация усилий на изучении и оценке стоимости, новизны, сложности, эффективности и доступности медицинской помощи, безусловно, будет оправдана полученными результатами.

Улучшение организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению может быть достигнуто не только за счет указанной оценки, а также за счет регулярно обновляющихся клинических руководств, содержащих формализованные критерии оценки прежде всего показаний и противопоказаний к вмешательствам, основанных на доказательствах эффективности и полезности, а также оценке факторов риска.

Такие руководства могут играть важную роль в обеспечении баланса «стоимость-эффективность» и должны быть основаны на особенностях эпидемиологии заболеваний, требующих высокотехнологичных методов лечения, а также предоставлять возможность организаторам здравоохранения учитывать предпочтения и возможности самих пациентов.

Дорогостоящие и высокотехнологичные методы лечения, с одной стороны позволяют

улучшить качество жизни, снизить заболеваемость и смертность, с другой стороны, могут лечь непосильным бременем на бюджет любой системы здравоохранения при их использовании без показаний и адекватного аналитического сопровождения управлеченческих решений.

Когда польза от нового и (или) высокотехнологичного медицинского вмешательства не доказана или применение медицинской технологии может быть осуществлено не по медицинским причинам, лица, ответственные за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, должны рассматривать все альтернативные варианты лечения, а лица, ответственные за организацию и финансирование помощи, регулярно проверять и оценивать показатели не только процесса и результата, но и последствий оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи, причем исключительно по формализованным критериям и утвержденным научно обоснованным методикам.

Можно согласиться с мнением С. Lenfaunt (2001) — «к сожалению, научные знания очень слабо востребованы практикой». Аналогичную точку зрения высказали участники XXV конференции Surgical Society of Berlin and Brandenburg — «если результаты качественных клинических исследований противоречат парадигме текущей клинической практики, то их диффузия в практику происходит очень медленно» (Schwenk W., 2002).

По мнению авторов, именно Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи, успешно пользуясь своими полномочиями и эффективно выполняя свои функции, сможет обеспечить формирование в рамках государственного сектора единого способного к саморазвитию национального инновационного комплекса медицинских специализированных и научно-исследовательских учреждений и центров, поддерживающих и развивающих медицинский научно-технологических процесс, посредством которого новые идеи и технологии будут трансформироваться в инновационные медицинские услуги в необходимом для населения объеме, а также качестве.

**Д.В. Пивень**

д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей

П.Е. Дудин

к.м.н., главный врач Иркутской областной клинической больницы

О ФОРМИРОВАНИИ РЕГИОНАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ДОРОГОСТОЯЩЕЙ И ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Вопросы организации оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи, действительно, становятся всё более актуальными, что наглядно подтверждают разнообразные публикации, появляющиеся как на страницах данного журнала, так и в других изданиях. Авторы настоящей статьи хотели бы поблагодарить московских коллег, весьма интересно изложивших свой взгляд по ряду проблем в статье «К вопросу о критериях дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи».

Полностью согласны с тем, что ресурсные вложения в отрасль, которые осуществляются в последние годы и особенно в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», позволяют увеличить доступность дорогостоящей и высокотехнологичной помощи. В то же время считаем целесообразным продолжить обсуждение данной темы, так как, по нашему мнению, нерешённых проблем остаётся всё-таки гораздо больше.

Вернёмся к вопросу формирования и реализации единой государственной политики в обеспечении населения Российской Федерации дорогостоящей и высокотехнологичной помощью. Безусловно, работа в этом направлении ведётся, и подтверждением тому могут служить многочисленные нормативные документы, изданные федеральными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения. Однако указанные документы

© Д.В.Пивень, П.Е.Дудин, 2007 г.



прежде всего касаются деятельности федеральных специализированных медицинских учреждений, что вполне логично, так как это соответствует принципу разделения полномочий, заложенному в нашем законодательстве. Таким образом, вне правового поля оказываются реально существующие мощности крупных региональных и муниципальных клиник по оказанию дорогостоящей и высокотехнологичной помощи.

К сожалению, подобная ситуация закреплена и во всех принятых в последние годы законах, посвящённых вопросам разграничения полномочий между федеральным, региональными и муниципальными уровнями власти:

- Федеральный закон от 4 июля 2003 г. № 95-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»;

- Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации...»;

- Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».

Например, в последнем документе указано, что к полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации относится «организация оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях (за исключением федеральных специализированных медицинских учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации)». При этом нигде не указано, что дорогостоящая и высокотехнологичная помощь тоже является специализированной. Для организаторов здравоохранения очевидно, что это так, а для тех немедицинских работников, кто участвует в формировании

бюджетов отрасли в регионах и муниципалитетах (представителей финансовых и право-вых управлений), очевидно только то, что конкретно написано в законах, а не их трактовка.

Для полной объективности следует отметить, что 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» к полномочиям федеральных органов государственной власти в области охраны здоровья граждан отнесены полномочия по формированию государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в медицинских организациях в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации. То есть предусмотрена возможность участия региональных и муниципальных учреждений здравоохранения в оказании высокотехнологичной медицинской помощи за счёт федеральных средств, распределяемых на конкурсной основе, что сейчас и реализуется в рамках национального проекта «Здоровье». Но о собственных полномочиях в данном вопросе субъектов Федерации и муниципальных образований (городских округов и муниципальных районов) опять же ничего не сказано.

Таким образом, в действующем законодательстве ничего не говорится о возможности оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи как на уровне субъекта Федерации, так и в муниципальном здравоохранении. Именно поэтому Приказ Минздравсоцразвития РФ от 13 октября 2005 г. № 633 «Об организации медицинской помощи» вполне определённо относит оказание данной помощи исключительно к компетенции федеральных медицинских учреждений. И это в тех условиях, когда распределение объёмов фактически оказанной дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи между федеральными и территори-



альными медицинскими учреждениями, как отмечают московские коллеги, составляет 27 и 73%, соответственно.

Сформировавшаяся в Российской Федерации к настоящему времени нормативно-правовая база по проблеме оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи, на наш взгляд, обладает следующими характеристиками:

- ориентирована исключительно на средства федерального бюджета и соответственно прежде всего на федеральные медицинские учреждения;

- не определяет полномочия субъектов Федерации и муниципальных образований по оказанию дорогостоящей и высокотехнологичной помощи, то есть не учитывает реальной действительности — достаточно больших возможностей крупных региональных и муниципальных медицинских учреждений по данному направлению.

Действительно, несмотря на указанные выше «особенности» нашего законодательства, в территориальных медицинских учреждениях оказываются значительные объёмы дорогостоящей и высокотехнологичной помощи. В то же время сложившаяся проблемная правовая ситуация в свою очередь формирует новые очень серьёзные проблемы, с которыми постоянно сталкиваются многие организаторы здравоохранения на территориях.

Во-первых, как уже было отмечено, при формировании региональных и муниципальных бюджетов по разделу «Здравоохранение» в части оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи нередко появляются вопросы о правовом обосновании финансирования данной помощи из средств соответствующего бюджета. А так как о полномочиях субъектов Федерации и муниципальных образований по оказанию дорогостоящей и высокотехнологичной помощи в законах ничего не сказано, то и обосновать это крайне непросто. В результате во многих крупных территориальных клиниках дорогостоящее медицинское оборудование

используется лишь наполовину, так как нет адекватного финансирования приобретения дорогостоящих расходных материалов. Кроме того, не хватает средств для адекватного материального стимулирования труда специалистов. При этом действующее законодательство вместо помощи в данном вопросе является ещё одним препятствием, которое надо мужественно преодолевать.

Во-вторых, следует отдельно сказать о системе финансового контроля, достаточно сильно влияющей на организацию оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи. Указанная система развивается и модернизируется весьма интенсивно и, в отличие от многих других систем, действительно, стала национальной. Организаторы здравоохранения региональных и муниципальных органов управления и соответствующих крупных медицинских учреждений хорошо знают, что такие структуры, как контрольно-счётные палаты, контрольно-ревизионные управление, прокуратура и т.п., изучают вопросы формирования и исполнения бюджета, исходя не из здравого смысла, а исключительно из действующего законодательства, которое этому самому смыслу в вопросах организации дорогостоящей и высокотехнологичной помощи как раз и противоречит. В результате появляются новые препятствия для финансового обеспечения данной помощи в регионах и муниципалитетах. Подобные проблемы возникают даже тогда, когда речь идёт не только об увеличении объёмов финансирования, но и о более рациональном использовании тех ресурсов, которые выделялись ранее.

В качестве примера приведём опыт Иркутской областной клинической больницы. В 2005 г. в соответствии с постановлением губернатора региона в этой ведущей клинике области начался эксперимент, предусматривающий финансирование оказания дорогостоящей и высокотехнологичной помощи в пределах областного государственного заказа по законченному случаю на основе представленных реестров. При этом в рамках





фактически выделяемых бюджетных средств учреждению было предоставлено право самостоятельно определять приоритеты расходов по данному направлению и прежде всего это касалось приобретения расходных материалов и оплаты труда. В результате в течение двух лет без увеличения объёмов финансирования учреждение смогло увеличить объёмы оказываемой дорогостоящей и высокотехнологичной помощи на 30%. Казалось бы, что всё идёт нормально, опытом заинтересовались представители других регионов. Однако в течение всего эксперимента и руководство больницы, и региональный орган управления здравоохранением вынуждены не столько думать о его дальнейшем развитии, сколько бесконечно доказывать самым разным контролирующим структурам его целесообразность и правовую обоснованность. В этой связи очень своевременным явилось Бюджетное послание Президента РФ от 9 марта 2007 г., в котором сказано: «Финансовый контроль в малой степени затрагивает вопросы эффективности использования бюджетных средств и качества финансового менеджмента, а его результаты практически не используются при формировании бюджетов и принятии управленческих решений».

В-третьих, отсутствие полномочий у субъектов Федерации по оказанию дорогостоящей и высокотехнологичной помощи не способствует совершенствованию её этапности. Это наглядно видно на примере такого затратного вида терапевтической помощи, как гематология. Несмотря на рост соответствующей заболеваемости и появление новых более сложных методов диагностики и лечения, организационная структура гематологической службы в большинстве регионов практически никак не совершенствуется. Более того, в крупных муниципальных образованиях есть прямая угроза сокращения существующих объёмов гематологической помощи, так как она не относится к первичной медико-санитарной, а, следовательно, и

не должна оказываться муниципальными медицинскими учреждениями. К сожалению, сегодня в Российской Федерации сложилась ситуация, когда только наличие федеральных гематологических центров и гематологических отделений в областных (краевых, республиканских) больницах ещё не обеспечивает необходимой доступности и качества оказываемой гематологической помощи всем нуждающимся в ней пациентам. Теоретически решить проблему вроде бы можно, передав полномочия по оказанию данной помощи от субъекта Федерации отдельным муниципальным образованиям, имеющим соответствующие потребности и достаточно мощное здравоохранение, но практическая реализация указанного механизма передачи полномочий громоздка и весьма затруднительна. То есть и в случае необходимости совершенствования структуры и деятельности на региональном уровне дорогостоящих медицинских служб существующая система нормативно-правового регулирования скорее является препятствием, а не помощником.

В-четвёртых, действующее разделение полномочий между федеральным уровнем, регионами и муниципалитетами не способствует развитию и таких направлений, как трансплантология, которое недоступно абсолютному большинству наших соотечественников. При этом мы не имеем в виду жёсткие требования законодательства, регламентирующие забор донорских органов. В этом вопросе достаточно много и других проблем. Если, например, говорить о проблеме пересадки почки, то до этого, вероятно, следует рассмотреть вопрос об обеспеченности гемодиализом. Так, в Иркутской области заместительную почечную терапию должны получать 400 человек, реально данная помощь оказывается 150 пациентам. При этом 90% её объёмов сконцентрированы в Иркутской областной клинической больнице и совсем немного на севере области, в городе Братске. Безусловно, для региона, имеющего площадь около 700 тыс. кв. км,



и население 2,6 млн. человек, этого крайне недостаточно. Вопрос о необходимости радикального изменения ситуации неоднократно инициировался ведущими организациями здравоохранения региона, но без надлежащей правовой основы обеспечить его положительное решение, требующее серьёзных затрат, крайне сложно. Подобная ситуация скорее типична, чем исключение из правил. А ведь если повысить обеспеченность дialisными местами субъектов Федерации, во много увеличив тем самым потребности в трансплантации почек, то, вероятно, и законодательные нормы, регламентирующие забор донорских органов, тоже стали бы более гибкими, а политика государства в этом вопросе более активной.

Теперь кратко остановимся на Перечне дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. Указанный Перечень ежегодно утверждается для федеральных медицинских учреждений. Необходимость принятия данного документа не вызывает сомнений, как и то, что пользоваться им целесообразно и ведущим региональным клиникам, обладающим указанными в Перечне технологиями, особенно при формировании собственных бюджетов в части дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи.

В то же время федеральный Перечень дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи не включает и не может включать многочисленные высокозатратные медицинские технологии, имеющиеся в субъектах Федерации и в отдельных муниципальных образованиях. Следует отметить, что на многих территориях тарифы по ОМС никак не покрывают затраты не только на такие распространенные и ресурсоёмкие исследования, как КТ или МРТ, но и на многие другие. В результате большинство подобных технологий в медицинских учреждениях регионов и муниципальных образований для плановых больных чаще всего выполняются на платной основе. Очевидно, что в таких

случаях «желание» гражданина получить медицинскую помощь за плату прямо или косвенно индуцируется как недостаточным финансированием, так и несовершенной организацией выполнения затратных медицинских вмешательств.

Кроме того, можно с большой долей вероятности предположить, что развитие лечебно-диагностических технологий нередко будет сопровождаться их удорожанием. В этой связи вопросы обеспечения доступности высокотехнологичной медицинской помощи становятся одной из важнейших проблем для властных структур субъектов Федерации, а также городских округов и муниципальных районов. Но, чтобы участвовать в решении данной проблемы, указанные выше структуры должны знать, что соответствующие задачи перед ними поставлены.

Именно для этого отдельными полномочиями по формированию собственных Перечней дорогостоящей (высокотехнологичной) помощи целесообразно наделить субъекты Федерации и муниципалитеты. Возможно, что в законодательстве для субъектов Федерации и муниципальных образований данные Перечни следовало бы назвать Перечнями высокозатратной медицинской помощи. В этом случае не будет путаницы при ответе на вопрос: «Кто и за что отвечает?»

Учитывая, что основные проблемы в обеспечении доступности для населения современных медицинских технологий кроются в их недостаточном финансировании, участие в их решении региональных и муниципальных бюджетов было бы вполне оправданным. При этом следует обратить внимание, что формирование собственных Перечней высокозатратной медицинской помощи в субъектах Федерации и муниципальных образованиях целесообразно, на наш взгляд, именно на основе такого универсального критерия, как доступность. Ведь причинами ограниченной доступности медицинской помощи могут быть как медицинские, так и немедицинские факторы, но для устранения и тех, и других





чаще всего требуются финансовые решения. А это в свою очередь является и должно являться компетенцией соответствующих органов власти.

Кроме того, у такого критерия, как доступность, есть еще одно очень важное положительное свойство. Для того, чтобы оценить доступность, необходимо хорошо знать возможности и потребности в медицинской помощи. А со знанием потребностей у нас большие проблемы на всех уровнях. Следовательно, использование данного критерия будет стимулировать и их решение.

Предвидим возражения оппонентов, что наделение отдельными полномочиями по оказанию высокозатратной медицинской помощи субъектов Федерации и муниципальных образований может привести к тому, что в некоторых участковых больницах и маломощных ЦРБ появятся МРТ или КТ, где они, безусловно, не могут быть рационально использованы. Со своей стороны считаем, что подобное развитие событий маловероятно. Прежде всего потому, что существующий сегодня в большинстве регионов и муниципальных образований значительный дефицит финансирования здравоохранения в первую очередь заставляет искать пути рационального использования ресурсов, и вопросы приобретения столь дорогостоящего оборудования для небольших медицинских учреждений даже при самых амбициозных планах не обсуждаются.

Полагаем, что если бы региональный и муниципальный компоненты дорогостоящей и высокотехнологичной помощи были взяты обозначены в нашем законодательстве, то это позволило бы более рационально использовать имеющиеся возможности крупных региональных и муниципальных медицинских учреждений, совершенствовать структуру и деятельность высокозатратных служб, а также преемственность в их работе.

Следовательно, сегодня можно говорить о существующей в стране федеральной системе оказания дорогостоящей и высокотехно-

логичной помощи, включающей медицинские учреждения федерального подчинения, но никак не о национальной. Очевидно, что к формированию последней мы пока еще только стремимся.

Предложения



Законодательно закрепить полномочия в части оказания высокозатратной медицинской помощи для субъектов Федерации и в отдельных случаях для муниципальных образований, приведя тем самым правовое регулирование данного вопроса в соответствие со сложившейся действительностью.



Нормативными документами на уровне Правительства РФ или Минздравсоцразвития РФ рекомендовать субъектам Федерации, а также городским округам и муниципальным районам сформировать собственные Перечни высокозатратной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов соответствующего уровня, с целью повышения её доступности.



Целесообразно ввести в программы подготовки и повышения квалификации организаторов здравоохранения разделы по организации внедрения и эффективного использования высокозатратных медицинских технологий, а также по организации деятельности ресурсоемких служб.



Г.Е. Бесстремянная,
к.э.н., эксперт Центра стратегических разработок

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2006 ГОДУ.

Одним из важнейших мероприятий национального проекта «Здоровье» стало повышение заработной платы врачей и медсестер первичного звена и скорой помощи, а также появление у узких специалистов возможности получать дополнительные средства в результате проведения дополнительной диспансеризации и профилактических осмотров населения. Увеличение зарплаты стало вынужденной мерой, обусловленной тем, что уровень доходов медработников составлял в конце 2004 года лишь 54% от соответствующего показателя в промышленности и 67% от средней зарплаты в экономике. При этом около 38% медработников получали зарплату ниже прожиточного минимума. Низкий уровень оплаты труда оказывал влияние на решение врачей, фельдшеров и медсестер скорой помощи подрабатывать как в государственном, так и в коммерческом секторах. По данным социологических исследований, распространность совместительства значительно увеличилась в 2005 году по сравнению с 2002 годом¹.

Целями национального проекта были провозглашены существенные изменения в качестве и эффективности медицинских услуг. Принимая во внимание, что показатели, характеризующие уровень здоровья насе-

ния, лишь частично зависят от организации системы здравоохранения и во многом обусловлены социальными, экономическими, поведенческими и другими факторами, и учитывая существование значительного временного лага² между проведением различных медицинских и экономических мероприятий в здравоохранении и изменением результатирующих показателей (Таблица 1), попытаемся, тем не менее, провести эконометрическую оценку первых результатов национального проекта.

Если оценивать результативность национального проекта в сфере здравоохранения с точки зрения адекватности реализуемых мероприятий обозначенным целям, то можно предположить, что повышение заработной платы врачей и медицинских сестер первичного звена могло повлиять лишь на положение с медицинскими кадрами. Прибавка к заработной плате была лишь формально связана с показателями работы врачей и медсестер (в основном прибавилась лишняя документация и несколько увеличились объемы работы в связи с профосмотрами — Таблица 2).

Для анализа результативности расходов на здравоохранение в рамках национального проекта «Здоровье» был произведен

¹ Менеджмент в здравоохранении. Ч.3./Под общ. ред. Галенко, В.П., Страховой, О.А., Кириллова, А.В. – СПб, 2006. – С.51. – Рис.7.

² При этом скорость возникновения реакции (длина временного лага) может различаться для населения разных возрастных групп: лица трудоспособного возраста оказываются менее чувствительными, а дети и население старше трудоспособного возраста, наоборот, реагируют на социально-экономические изменения в течение продолжительного времени. См. Гасников В.К. О возрастных особенностях реакции здоровья населения на социально-экономические кризисы./Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований. – Ижевск, 2006. – С.256.



Таблица 1.

Когда следует ожидать первых ощутимых результатов реализации национального проекта «Здоровье»?

	Брянская область	Тюменская область	Хабаровский край
Результаты уже есть	5	7	5
В течение года	30	26	20
Через несколько лет	47	44	50
Никогда/Трудно сказать	18	23	24

Источник: Пахомова Е.И. Здравоохранение в регионах: взгляд изнутри.//Национальные проекты. – 2006. – №2. – С.74. – Рис.7 (Опрос 400 работников сферы здравоохранения, репрезентирующих основные категории занятых в этой отрасли, 27–31 марта 2006 года).

Таблица 2.

Изменился ли Ваш объем работ в связи с реализацией нацпроекта?

	Брянская область	Тюменская область	Хабаровский край
Существенно возрос	37	58	57
Остался неизменным	48	26	25
Сократился	1	2	0

Источник: Пахомова Е.И. Здравоохранение в регионах: взгляд изнутри.//Национальные проекты. – 2006. – №2. – С.75. – Рис.12. (Опрос 400 работников сферы здравоохранения, репрезентирующих основные категории занятых в этой отрасли, 27–31 марта 2006 года).

регрессионный анализ медицинских и индивидуальных факторов, влияющих на уровень заболеваемости работающего населения, со следующими объясняющими переменными (для 83 регионов РФ в первом полугодии 2006 года):

- уровень заработной платы работника (приведенный показатель с учетом индекса потребительских цен);
- уровень заработной платы в отрасли «здравоохранение» (приведенный показатель с учетом индекса потребительских цен);
- доля работников, для которых заключен договор о дополнительных медосмотрах, в общей численности работающего населения региона;
- доля населения региона, прошедшего профилактические осмотры в ЛПУ.

Используемая в нашем анализе заболеваемость трудоспособного населения является достаточно обобщенным, «грубым» показателем для оценки эффективности мероприятий

национального проекта. Ее использование в регрессионном анализе обусловлено доступностью данных по всем регионам Российской Федерации для 2006 года: поисково-мониторинговая система Фонда социального страхования <http://fz122.fss.ru>

Исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Анализ панельных данных в течение 6 лет (2000–2006 годы) показывает, что уровень заболеваемости оказывается также статистически не зависимым от уровня заработной платы медицинских работников.

2. Согласно результатам регрессионного анализа пространственных данных в 2006 году, изменение заболеваемости (рассчитанное как снижение заболеваемости по отношению к значению 2005 года либо как индекс по отношению к соответствующему показателю предыдущего периода) в 2005–2006 годах не зависит от увеличения реальной заработной платы самих работников. Характеристики



управления и финансирования здравоохранения в регионах (<http://www.healthreform.ru>), количество врачей на душу населения и подушевые объемы финансирования здравоохранения в отрасли «здравоохранение» также оказываются не связанными с показателями заболеваемости в регионах. Эта проблема часто указывается в качестве одного из существенных недостатков нацпроекта¹.

3. Охват работающего населения договорами о дополнительных медицинских осмотрах и показатели диспансеризации играют статистически значимую роль на уровне 11%, что можно считать достоверным, принимая во внимание достаточно малый объем выборки для регрессионного анализа. (Если рассмотреть попарные корреляции между уровнем заболеваемости и каждым из двух вышеуказанных показателей, то они оказываются значимыми на 5%-ном уровне).

Существование зависимости между уровнем заболеваемости и диспансеризации свидетельствует о выявлении заболеваний на более ранних стадиях, что должно способствовать снижению показателей смертности и увеличению продолжительности жизни. С другой стороны, часто диспансеризация оказывает влияние на состояние здоровья населения лишь по прошествии некоторого времени, и это влияние не отражается в агрегированных показателях. Так, несмотря на то, что в Удмуртской республике охват детей профосмотрами в течение 1991–2000 годов вырос с 77,5% до 98,5%, уровень заболеваемости всех групп населения (в том числе и детей) лишь увеличился². Кроме того, российское население не привыкло представлять себе диспансеризацию в качестве эффективного инструмента для профилактики: за первые 6 месяцев 2006 года диспансеризацию прошли лишь 25% респондентов всероссий-

ского соцопроса, 28% — проходили диспансеризацию в течение последних трех лет, 29% — более 4 лет назад, а 15% — вообще никогда не проходили диспансеризацию (Таблица 3). Прохождение диспансеризации упоминается респондентами соцопросов намного реже, чем самостоятельное медицинское самообразование и занятие спортом (Таблица 4). Следует отметить, что распространенность диспансеризации так же, как и распространенность обращения к медицинским работникам в случае болезни, превалирует у среднедоходных групп населения.

Частота посещений с профилактическими целями в общем числе обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения в 2003–2004 годах практически не менялась в каждом из регионов России (Рисунок). Исключение составляют республики Ингушетия и Кабардино-Балкария. В то же время межрегиональные различия оказываются весьма существенными: распространность профилактических визитов к врачу колеблется от 3% до более 50%. Такой разброс данных позволяет предположить и определенную степень их недостоверности (см. Рисунок).

Иными словами, повышение заработной платы работников медицинских учреждений призвано иметь в первую очередь социальное воздействие в области улучшения материального положения медицинских работников.

Незначимость такого экономического фактора, как уровень заработной платы самого населения, соотносится с результатами других исследований: в одних нозологических группах уровень заболеваемости возрастает при снижении среднедушевых доходов респондентов, а в других — наоборот, снижается. Кроме того, корреляционный анализ заболеваемости и доли бедных в регионах РФ показал наличие отрицательных корреля-

¹Кадыров Ф.Н. Проблемы реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»: обзор публикаций СМИ и экспертные оценки. Ч.1//Менеджер здравоохранения. – 2006. – №10. – С.25.

²Гасников В.К. О проблемах и тенденциях в развитии здоровья и здравоохранения Удмуртской республики за годы реформ и пути их преодоления//Особенности управления здравоохранением региона в условиях социально-экономических преобразований. – Ижевск, 2006. – С.101–103.





Таблица 3.

**Когда Вы в последний раз проходили диспансеризацию?
(процентов респондентов в зависимости от ежемесячного дохода).**

	Вся выборка	До 1500 руб/чел.	1501-3000 руб/чел.	3001-5000 руб/чел.	Свыше 5000 руб/чел.
В этом году	25	17	28	26	24
В течение последних 3 лет	28	28	23	31	27
4-5 лет назад и более	29	35	31	29	28
Никогда не проходил	15	14	17	13	17

Источник: Как здоровье, страна? 1-2 июля 2006 г./Мониторинг общественного мнения. – Июль-сентябрь 2006. – №3(79) – С.88. – Рис.48. (Опрос 1600 респондентов).

Таблица 4.

**Если Вы заботитесь о своем здоровье, то в чем это проявляется?
(процентов респондентов, любое число ответов).**

	Вся выборка	Мужчины	Женщины
Не пью и не курю	31	18	41
В случае болезни сразу обращаюсь к врачам, выполняю все их требования	28	22	32
Правильно питаюсь	16	14	18
Смотрю передачи о здоровье по телевидению, читаю медицинские книги и журналы	16	10	21
Занимаюсь физкультурой, спортом	12	15	10
Регулярно проверяю свое здоровье, прохожу диспансеризацию	11	9	13
Я здоров, заботиться о здоровье не приходится	8	11	5
Не могу назвать себя здоровым, но на болезни, недомогания не обращаю большого внимания	24	29	19

Источник: Как здоровье, страна? 1-2 июля 2006 г./Мониторинг общественного мнения. – Июль-сентябрь 2006. – №3(79) – С.89. – Табл.24. (Опрос 1600 респондентов).

ций для 6 нозологий, положительных корреляций для 4 нозологий (анемия, эндокринные и другие расстройства, туберкулез и умственная отсталость) и отсутствие значимой корреляции для 18 нозологий¹.

Нужно также помнить о различиях между статистически зарегистрированным и факти-

ческим уровнями заболеваемости, не учтенными в вышеописанных регрессиях. Так, например, данные в Тульской области показывают существенное расхождение между регистрируемыми показателями заболеваемости и экспертными оценками². Кроме того, по каждому из видов заболеваний присут-

¹ Киселев А.С., Михайлова Ю.В., Шестаков М.Г. Методологические подходы к анализу уровней жизни и уровней заболеваемости и смертности населения по регионам страны//Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – №3(28). – С.17-21.

² Из доклада В.Б.Филатова «Научное обеспечение национального проекта «Здоровье» на заседании Научного совета «Общественное здоровье и здравоохранение» (18 апреля 2006 года)//Менеджер здравоохранения. – 2006. – №8. – С.50. – Табл.5.

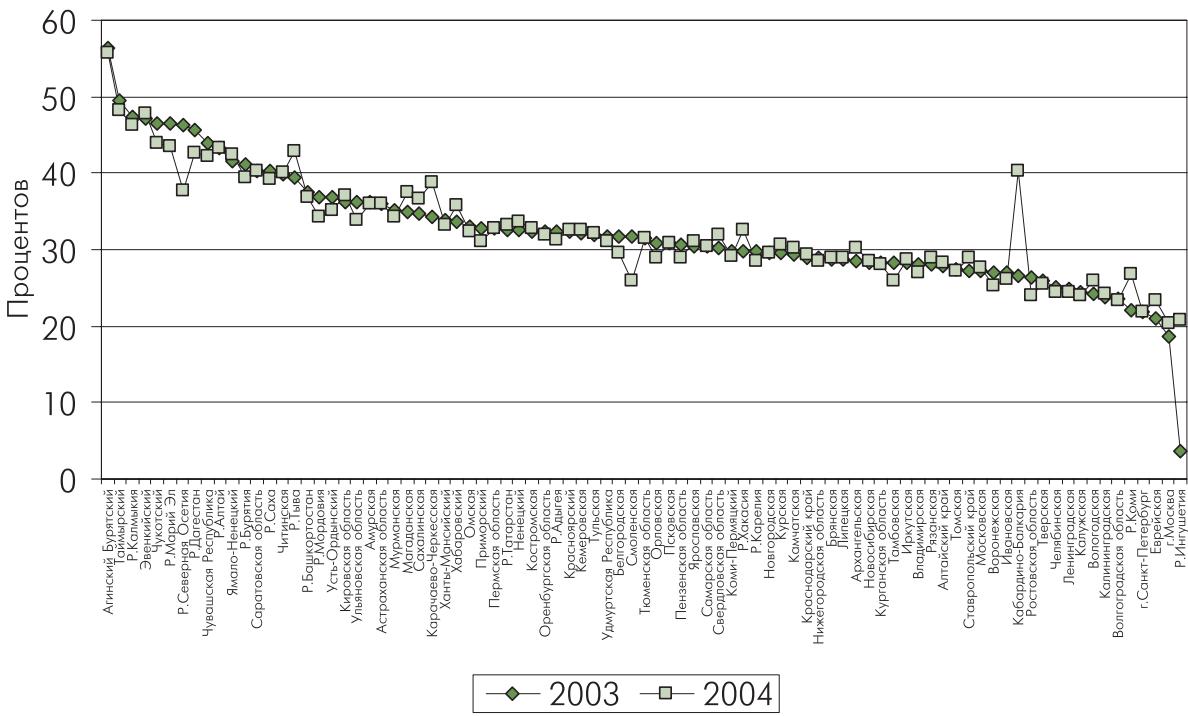


Рисунок. **Доля профосмотров в общем числе посещений амбулаторно-поликлинических учреждений.**

(По данным: Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения. – М., 2005).

стует определенная частота ошибочных диагнозов, нередко достигающая 5–10%. Эти два фактора существенно снижают точность статистических данных о заболеваемости и, следовательно, уровень эконометрического анализа.

Значимость уровня диспансеризации населения показывает, что, с одной стороны, целевые инвестиции национального проекта являются результативными. Однако положительная взаимосвязь уровней диспансеризации и заболеваемости может быть проинтерпретирована двояко. Прежде всего она отражает тот факт, что в ходе диспансеризации удается диагностировать заболевания на ранней стадии. Поэтому, хотя уровень заболеваемости, то есть обращаемости к медицинским работникам для лечения, уве-

личивается, само лечение болезней, зафиксированных достаточно рано, становится дешевле. С другой стороны, в реальности диспансеризацию проходят не столько здоровые люди в целях профилактики, сколько уже заболевшие люди. Таким образом, с помощью профилактических осмотров медицинские учреждения пытаются привлечь для себя дополнительные средства из Фонда социального страхования.

Не стоит также забывать, что понятия диспансеризации и профилактической медицины не являются синонимичными, и поэтому содержание всех мероприятий по профилактике, осуществляемых в рамках системы здравоохранения, требует уточнения на уровне нормативно-правовых документов¹.

¹ Агапитов А.Е., Таевский Б.В. О функциональном содержании профилактической медицины //Менеджер здравоохранения. – 2006. – №11. – С.63.



В.В.Косарев, В.С.Лотков, С.А.Бабанов

ГОУ ВПО «Самарский Государственный медицинский университет»

ПЕРИОДИЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ И ИХ РОЛЬ В СОХРАНЕНИИ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

В настоящее время Президентом Российской Федерации В.В.Путиным и Правительством страны принят новый курс в области здравоохранения, направленный на консолидацию усилий по охране здоровья нации. Разработан и реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», направленный на сохранение здоровья граждан, сохранение трудового потенциала работающего населения. Это является очень важным в условиях того демографического кризиса, сокращения численности населения, в котором пребывает Россия. *Одной из важных мер по сохранению здоровья работающих являются предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры, осуществляемые с целью:*

- определения соответствия (пригодности) рабочих и служащих поручаемой им работе, обеспечения безопасности труда;
- выявления лиц с профессиональными заболеваниями или с подозрением на профессиональное заболевание;
- распознавания общих (непрофессиональных) заболеваний, при которых дальнейшая работа в контакте с профессиональной вредностью может ухудшить их течение;
- оценки условий труда и разработки санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на ликвидацию причин, вызывающих профессиональное заболевание.

При этом качество проведения и полнота охвата медицинскими осмотрами работающего населения оставляют желать лучшего.

Это связано на наш взгляд с тем, что многие работающие, стремясь сохранить высокооплачиваемую работу, не предъявляют активных жалоб на медосмотрах, а многие работодатели не заинтересованы в качественном проведении медосмотров и охране труда, считая, что всегда найдут себе новых здоровых работников. На многих предприятиях малого бизнеса, а также самозанятые люди вообще не проходят медосмотров. Часто медицинские осмотры проводятся медицинскими организациями и специалистами, не имеющими соответствующих лицензий и сертификатов, а следовательно,альной квалификации для проведения медосмотров.

Предварительные и периодические медицинские осмотры организуются и выполняются в соответствии с требованиями федеральных законов. Так, в статье 24 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22.09.1993 № 5487-1 указывается на необходимость их проведения. В статье 14 Федерального закона «Об основах охраны труда в Российской Федерации» от 17.07.1999 № 181-ФЗ указано, что проведение этих осмотров является обязанностью работодателя и они должны проводиться за его счет. Работодатель не имеет права допускать работников к выполнению ими трудовых обязанностей без прохождения обязательных медицинских осмотров и при наличии медицинских противопоказаний. Об этом же сказано в Трудовом кодексе РФ и в статье 34 «Закона Российской Федерации о санитарно-эпидемиологическом благополучии насе-

© В.В.Косарев, В.С.Лотков, С.А.Бабанов, 2007 г.



ния», подписанного Президентом РФ 30.03.1999 № 52-ФЗ.

Медицинские осмотры проводятся на предприятиях любой формы собственности (общественной, государственной, муниципальной, индивидуальной), согласно Приказу МЗ МП РФ № 90 от 14.03.1996 «О порядке проведения предварительных и периодических медицинских осмотров работников и медицинских регламентов допуска к профессии» и Приказу Минздравсоцразвития России от 16.08.2004 № 83 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)», а также Письму Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 13 января 2005 г. N0100/63-05-32 «О порядке применения приказа Минздравсоцразвития России от 16.08.2004 № 83».

Приказ Минздравмедпрома №130 от 23.06.1994 впервые ввел в перечень врачебных специальностей должность врача-профпатолога. Согласно приказу МЗ РФ № 337 от 27.08.1999 года профпатология вошла в категорию основных врачебных специальностей (040.014). Этот факт является юридическим аргументом правомерности проведения профессиональной переподготовки специалистов по профпатологии. Приказ МЗ РФ №180 от 04.07.2001 включил в перечень учреждений здравоохранения центры профпатологии (п. 1.1.6.), отсутствовавшие в приказе МЗ РФ № 395 от 02.11.1999 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».

В последние годы отмечается увеличение потребности в повышении квалификации по профпатологии врачей различных специальностей. Прежде всего это связано с изменением лицензионных требований в соответствии с приказом Минздрава России от 26.07.2002 года № 238. Проведение аккредитации и лицензирования медицинских учреждений по видам деятельности «предва-

рительные и периодические медицинские осмотры», «Экспертиза профпригодности», «Экспертиза связи заболевания с профессией» стало осуществляться с участием специалистов-профпатологов. Это позволило не только проводить оценку качества оказания медико-санитарной помощи работающим во вредных условиях труда, но и способствовало изменению отношения руководителей медицинских учреждений к организации профилактических медицинских осмотров в части оснащения необходимым оборудованием и обучения врачей вопросам профпатологии.

Возросшие требования к врачам, осуществляющим профилактические медосмотры, связаны с приказом МЗ ИСР РФ от 16.08.2004 № 83, утвердившим положение о том, что председателем медицинской комиссии, проводящей предварительные и периодические медицинские осмотры должен являться врач-профпатолог, а членами комиссии — специалисты, прошедшие в рамках своей специальности подготовку по профессиональной патологии. Хотя еще положение 1.1 Приказа № 90 МЗ МП от 14.03.1996 предписывало проведение специальной подготовки врачей всех специальностей по вопросам профпатологии, которое в полной мере не выполнялось.

Перечисленные документы свидетельствуют о повышении роли врача-профпатолога в современной медицине. В то же время обращает на себя внимание несовершенство вузовского этапа подготовки по профпатологии. Так, на лечебном факультете для подготовки по профпатологии отводится недостаточное количество часов. Следовательно, в настоящее время основной акцент при подготовке врачей по профпатологии должен быть сделан на постдипломной подготовке. Для центров профпатологии, учитывая зарубежный опыт, необходима более углубленная подготовка специалистов с обучением их в клинической интернатуре и ординатуре.

К одной из основных проблем следует отнести также вопрос механизма финансиро-





вания медицинских осмотров. Приказом Минздравсоцразвития РФ № 83 от 16.08.2004 разрешено заключать договоры на проведение медицинских осмотров практически с любыми медицинскими организациями. Работодатели в поисках дешевых цен за проведение периодических медицинских осмотров заключают договора с медицинскими организациями с низкой квалификацией кадров и недостаточной оснащенностью медицинским оборудованием, соответственно не придавая значения качеству периодических медицинских осмотров.

Сегодня постоянно происходит нарушение прав человека на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены (ст. 37 Конституции РФ, ст. 219 Трудового кодекса).

В сложившейся ситуации виновниками являются работодатель, сам работающий, трудовая инспекция. Работающий (человек наемного труда) вынужден мириться с условиями труда, в противном случае ему быстро найдется замена. Поэтому, дорожа своим рабочим местом, работник скрывает до поры до времени ухудшение состояния здоровья. К тому же существующее нормативно-правовое обеспечение медицины труда не позволяет произвести перевод человека с начальными формами профессионального заболевания на другое место работы с сохранением среднего заработка. Он остается на своем прежнем рабочем месте до тех пор, пока не будет установлен диагноз профессионального заболевания. Выявленные профзаболевания дают возможность получать дополнительные выплаты, путевки в санаторий и прочее. Такое положение дел становится выгодным и работодателям, так как вложения на охрану труда гораздо существеннее, чем затраты на реабилитационные мероприятия. Работодатель, исходя из экономических соображений, становится малотребовательным к качеству проводимых профилактических медосмотров, тем самым освобождая себя от необходимости реализовывать профилактические мероприятия по результатам осмотров.

Практически отсутствует заинтересованность в снижении профессиональных заболеваний и среди лечебно-профилактических учреждений, так как они работают по договорам с предприятиями. С одной стороны, они слабо ориентированы в проблемах медико-санитарного обслуживания работающих. Не знают специфику условий труда, наличия неблагоприятно влияющих производственных факторов на состояние здоровья. С другой стороны, лечебно-профилактические учреждения не заинтересованы в повышении качества медосмотров, дообследовании лиц с подозрением на профзаболевание, выявлении начальных форм профзаболеваний, боясь потерять заказчика и дополнительный доход. Сложившаяся система не ставит главной целью раннее выявление профессиональных заболеваний и сохранение здоровья работающих. В результате мы имеем сверхсмертность лиц трудоспособного возраста, рост инвалидности и профессиональных заболеваний, а общество несет огромные потери человеческого и трудового потенциала.

Целью предварительных осмотров является определение соответствия (несоответствия) здоровья гражданина его будущей работе. Гражданин приходит на осмотр с направлением от работодателя, в котором указаны профессия, вредные, опасные вещества и производственные факторы, в условиях воздействия которых он будет работать. Кроме направления, гражданин должен иметь паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность) и военный билет. Осмотр проводят специалисты медицинской комиссии, составленной в соответствии с указаниями Приложения 1 к Приказу МЗ МП РФ № 90 от 14.03.1996, в котором обозначены перечень врачей-специалистов, вредные, опасные вещества, производственные факторы, лабораторные и функциональные исследования, медицинские противопоказания. В комиссию должны входить врачи разных специальностей в зависимости от тех вредных производственных факторов, с которыми имеют контакт работники. Это могут



быть терапевты, невропатологи, хирурги, отоларингологи, офтальмологи, дерматовенерологи и др. Состав комиссии определяется в соответствии с Приложением 1 к Приказу МЗ МП РФ от 14.03.1996 № 90.

Независимо от того, с какими вредными, опасными веществами и производственными факторами будет контактировать будущий работник, всем гражданам, поступающим на работу, должны быть проведены исследования крови (гемоглобин, лейкоциты, СОЭ), рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции; в последующем повторное рентгенологическое исследование проводится один раз в три года. Все женщины осматриваются акушером-гинекологом с проведением бактериологического (на микрофлору) и цитологического (на атипичные клетки) исследований, а в последующем женщины должны осматриваться акушером-гинекологом ежегодно. Члены комиссии при осмотре руководствуются общими и дополнительными противопоказаниями, изложенными в Приложениях 1 и 4 к Приказу МЗ МП РФ №90 от 14.03.1996. На каждого обследуемого заводится амбулаторная медицинская карта, в которой каждый специалист отражает жалобы обследуемого или их отсутствие, анамнез заболеваний, объективные данные, диагнозы или их отсутствие и обязательно дает заключение о годности (негодности) обследуемого для работы в данных условиях. В конце осмотра председатель комиссии (врач-профпатолог) дает окончательное заключение о соответствии (несоответствии) состояния здоровья гражданина предъявляемым требованиям для работы по данной профессии с данными вредными, опасными веществами и производственными факторами. При необходимости решается вопрос о проведении дополнительных исследований.

Свое решение председатель комиссии обязан вынести не позднее месячного срока с момента обращения работника и оформить его направление на осмотр. В случае недопуска к работе председатель комиссии выносит вопрос на заседание клинико-экс-

пертной комиссии (КЭК) с соответствующим оформлением документов. Кроме того, решение о недопуске к работе (копия) персылается в трехдневный срок работодателю, выдавшему направление.

Целью периодических медицинских осмотров являются наблюдение в динамике за состоянием здоровья работников и своевременное установление начальных признаков профессиональных заболеваний, выявление общих заболеваний, являющихся противопоказаниями для продолжения работы во вредных и опасных условиях труда, предупреждение несчастных случаев.

Осмотры проводят врачи ЛПУ любой формы собственности, имеющего лицензию на проведение периодических медицинских осмотров. Каждый член комиссии должен обладать знаниями не только по своей специальности (сертификат специалиста), но и по профессиональной патологии (удостоверение или сертификат специалиста), врачи обязаны каждые 5 лет проходить усовершенствование по своей специальности и по профпатологии. Председатель комиссии должен иметь сертификат врача-профпатолога. Необходимые знания они могут получить, пройдя обучение на специализированных кафедрах высших медицинских учреждений последипломного образования.

Контингенты работников, подлежащих периодическим осмотрам, определяют специалисты санитарно-эпидемиологического надзора совместно с работодателями по цехам и профессиям с указанием вредного производственного фактора. Между работодателем и ЛПУ заключается договор о финансировании осмотров. Не позднее 1 декабря текущего года работодатель составляет список работников, подлежащих осмотру, с указанием производства, цехов, профессий, вредных производственных факторов. Руководитель ЛПУ издает Приказ о составе комиссии и календарном плане-графике проведения осмотров.

Данные обследования записываются в амбулаторную карту утвержденного образца.





Надо обратить внимание на необходимость делать подробные записи жалоб осматриваемого (если они есть), анамнеза жизни, данных о развитии заболевания, объективного статуса, диагноза и заключения о годности (негодности) к выполнению работы. Указывается патология, назначаются лечебно-профилактические мероприятия. На отдельном листе в амбулаторной карте должен быть обозначен «профмаршрут» работника (цех, профессия, стаж, вредные производственные факторы). Председатель комиссии (врач-профпатолог) дает окончательное заключение о состоянии здоровья обследуемого, его соответствии (несоответствии) выполняемой работе, о переводе на другую временную или постоянную работу. Углубленные периодические медицинские осмотры один раз в пять лет должны, согласно Приказу МЗ МП РФ от 14.03.1996 № 90, проводиться Областными центрами профпатологии с выдачей заключения по результатам осмотра.

По результатам осмотра в ЛПУ составляется заключительный акт, в котором представлены основные данные осмотра. Составляет его председатель комиссии — врач-профпатолог с участием врачей других специальностей, представителей санитарно-эпидемиологического надзора, профсоюзной организации работодателя. Комиссия по проведению осмотров руководствуется Списком профессиональных заболеваний (см. Приложение 5 к Приказу МЗ МП РФ от 14.03.1996 № 90). Он является основным документом, который используется при установлении предварительного диагноза профессионального заболевания, связи его с выполняемой работой, при решении вопросов экспертизы трудоспособности, медицинской и трудовой реабилитации, а также при рассмотрении вопросов о возмещении ущерба, причиненного работнику повреждением здоровья.

При расследовании случаев профессиональных заболеваний руководствуются «Положением о расследовании и учете профессиональных заболеваний», утвержденным

Правительством РФ от 15.12.2000 № 967. При остром профессиональном заболевании(отравлении) предварительный диагноз устанавливается учреждением здравоохранения. В течение суток направляется экстренное извещение в органы санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющего надзор за объектом, где произошло острое профессиональное заболевание, и сообщение работодателю. Органы санитарно-эпидемиологического надзора в течение суток расследуют случай острого профессионального заболевания и составляют характеристику условий труда. Учреждения здравоохранения на основании клинических данных и санитарно-гигиенической характеристики условий труда устанавливают диагноз острого профессионального заболевания.

При установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания (отравления) извещение о нем ЛПУ в трехдневный срок направляет в органы санитарно-эпидемиологического надзора, которые в течение двух недель представляют в ЛПУ санитарно-гигиеническую характеристику условий труда заболевшего. ЛПУ в месячный срок должно отправить пострадавшего в областной профпатологический центр для установления (неустановления) заключительного диагноза.

При подозрении на профессиональное заболевание для уточнения диагноза, установления (неустановления) связи заболевания с условиями труда работник направляется в региональный центр профпатологии. Только специалисты этого учреждения и Федерального НИИ медицины труда имеют право устанавливать окончательный диагноз профессионального заболевания. **Документы, необходимые для обследования в областном центре профпатологии**, служащие основанием для подтверждения профессиональной причины заболевания: **направление** с указанием цели медицинского обследования и предполагаемого профессионального диагноза, **копия трудовой книжки**, подтверждающая его трудовой стаж на



предприятия, где могла возникнуть профессиональная болезнь. Копия заверяется отделом кадров по месту работы, **санитарно-гигиеническая характеристика условий труда** с описанием конкретных неблагоприятных факторов производства, их параметров, длительности контакта больного с ними. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда составляется врачом санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющим государственный санитарный надзор за объектом, на котором трудится заболевший. Обязательно указываются количественные значения вредного производственного фактора в сравнении с их ПДК или ПДУ. При подозрении на хроническое отравление необходимы данные о среднесменной ПДК (если она есть), а при остром отравлении — о максимальной разовой концентрации вредного производственного фактора, **выписка из амбулаторной карты** с данными предварительного и периодических медицинских осмотров, также указываются все перенесенные заболевания, время их возникновения, результаты проведенных инструментальных и лабораторных методов исследования, содержание проведенного лечения и его эффективность, **производственная характеристика** с указанием вредных привычек больного.

Установление связи инфекционного или паразитарного заболевания с профессией проводится с обязательным участием врача-инфекциониста ЛПУ и врача-эпидемиолога санитарно-эпидемиологического надзора. Основным документом, кроме санитарно-гигиенической характеристики условий труда, удостоверяющим связь инфекционного и паразитарного заболевания с профессией, является карта эпидемиологического обследования. Особо сложные случаи рассматриваются Федеральным центром профпатологии (НИИ медицины труда РАМН). Диспансеризация больных с профессиональными заболеваниями осуществляется лечащим врачом или врачом-специалистом по профилю заболевания или врачом-профпатологом. На диспансерном наблюдении должны находиться больные с профессиональным заболеванием

независимо от его выраженности. Составной частью диспансеризации (реабилитации) является ежегодное курсовое лечение в профпатологических стационарах.

Лечебно-профилактическое учреждение несет административную и юридическую ответственность за качество осмотра, заключений, диспансерного наблюдения, лечебно-профилактических мероприятий, осуществляемых в отношении больных, их направление в центр профпатологии для проведения медицинской экспертизы и дополнительные лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия.

У Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (санитарно-эпидемиологический надзор), работающей с лечебно-профилактическим учреждением по организации и проведению осмотров, также имеются определенные обязанности. Они состоят в определении вместе с работодателем контингента работников, подлежащих медосмотрам, вредных и опасных производственных факторов, с которыми они имеют контакт на работе, частоты проведения осмотров, составлении санитарии гигиенических характеристик условий труда.

Работодатель обязан составить в течение месяца список работников, подлежащих осмотру, указать цеха, профессии, вредные и опасные производственные факторы на их рабочем месте, стаж работы в этих условиях, своевременно направить работников на осмотр с направлением, выданным им на руки. Он обеспечивает данных работников картами профосмотров, в которые можно вносить результаты осмотра, в том числе и заключение о возможности (невозможности) работать по состоянию здоровья. Как было указано выше, осмотр финансируется работодателем. Наконец, работодатель несет ответственность за допуск к работе лиц, не прошедших осмотр или не допущенных к работе по состоянию здоровья.

Обязанности работника, проходящего осмотр, состоят в своевременной явке на





него с направлением, паспортом или другими документами, удостоверяющими личность, военным билетом и в получении заключения комиссии для работодателя. Контроль за проведением и выполнением медицинских осмотров осуществляют органы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию в пределах своей компетенции.

Медицинские врачебные комиссии, проводящие предварительные и периодические медицинские осмотры, должны четко взаимодействовать с врачами-гигиенистами и эпидемиологами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Это взаимодействие должно заключаться в первую очередь в ознакомлении членов комиссии с вредными и опасными факторами производственной среды, потенциально опасными, участвующими в формировании профессиональной патологии.

С учетом вредных производственных факторов и опасных веществ врачи Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека осуществляют контроль за полнотой охвата подлежащих осмотру контингентов, на основе специального расследования составляют санитарно-гигиеническую характеристику условий труда работников по запросу врачей лечебных учреждений. Органы санитарно-эпидемиологического надзора ответственны за регистрацию, учет и расследование профессиональных заболеваний на предприятиях подконтрольной территории. Врачи-гигиенисты участвуют в подведении итогов периодических осмотров, в разработке медико-профилактических мероприятий по профилактике профессиональной патологии.

В списке документов, необходимых для установления связи заболевания с профессией, значится санитарно-гигиеническая характеристика условий труда с указанием концентраций и уровней вредных производственных факторов за весь период работы, а также класса условий труда по степени вредности, опасности.

Вредные условия труда (3-й класс) характеризуются наличием вредного производственного фактора в количествах, превышающих гигиенические нормативы и оказывающих вредное воздействие на организм работника и (или) его потомство.

Вредные условия труда по степени превышения ПДК и ПДУ и выраженности функциональных и патологических изменений в организме работающих подразделяются на 4 степени вредности, о чем сказано в «Гигиенических критериях оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса» (от 23.04.1999).

1-я степень 3-го класса (3.1) — это условия труда, характеризующиеся отклонениями от ПДК и ПДУ, которые вызывают обратимые функциональные изменения в организме и обуславливают развитие заболеваний.

2-я степень 3-го класса (3.2) — это условия труда с уровнями вредных производственных факторов,ющими вызвать стойкие функциональные нарушения, приводящие в большинстве случаев к росту заболеваемости с временной утратой трудоспособности, появлению признаков профессиональной патологии.

3-я степень 3-го класса (3.3) — это условия труда с уровнями вредных производственных факторов, приводящими к развитию, как правило, профессиональной патологии в легких формах в период трудовой деятельности, к росту хронической общесоматической патологии, включая повышение заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

4-я степень 3-го класса (3.4) — это условия труда, при которых могут возникать выраженные формы профессиональных заболеваний со значительным ростом хронической патологии и высокими уровнями заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Вредные условия труда (4-й класс) являются опасными (экстремальными) с уровнями вредных производственных факторов, воздействие которых в течение рабочей смены



(или ее части) создает угрозу для жизни, высокий риск возникновения тяжелых форм острых профессиональных заболеваний. *Оптимальные (1-й класс) и допустимые (2-й класс)* условия труда считаются безопасными и не должны оказывать неблагоприятного воздействия в ближайшем и отдаленном периоде на состояние здоровья работника и его потомство. Однако в отдельных случаях при комбинированном, комплексном, длительном воздействии вредных производственных факторов, относящихся к 1-му или 2-му классу условий труда — возможно развитие профессиональных заболеваний.

Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда выдается Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по запросу лечебного учреждения (на основании извещения о подозрении на профзаболевание). В течение двух недель дней со дня получения запроса врач-гиgienист или эпидемиолог составляет ее в трех экземплярах на бланке с подписями профильного специалиста, главного врача и печатью Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Первый экземпляр отсылается по запросу лечебного учреждения, второй — на предприятие, третий экземпляр остается в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Санитарно-гигиеническая характеристика должна последовательно содержать следующие сведения: профессию; место работы и название предприятия; его ведомственную принадлежность; фамилию, имя, отчество и год рождения заболевшего; трудовой стаж — общий и в данной профессии; общую санитарно-гигиеническую характеристику производственного процесса; описание конкретной трудовой деятельности; перечень вредных факторов с выделением основного (рассматриваемого в качестве предполагаемой причины профессионального заболевания) и сопутствующих; время контакта; данные хрономе-

тража; использование средств индивидуальной защиты; сведения о выявленных ранее случаях профессиональных заболеваний. Сведения о факторе, который рассматривается в качестве причины предполагаемого заболевания, должны быть представлены с использованием всех доступных источников объективной информации, желательно в динамике за возможно более продолжительный период работы. Количественные параметры производственных вредностей указываются обязательно,дается сравнение их с ПДК и ПДУ. Разнообразие физических перегрузок (динамические и статические нагрузки, стереотипные многократно повторяющиеся движения, неудобные вынужденные рабочие позы и др.), наряду с количественной оценкой, должно получить отражение в виде описательной части.

В заключительной части санитарно-гигиенической характеристики обязательно должно иметься заключение об условиях труда работника с отнесением их к одному из классов по условиям труда: оптимальному, допустимому или вредному той или иной степени вредности.

В нашей стране установлена система учета профессиональных заболеваний, возложенная на органы санитарно-эпидемиологического надзора, в соответствии со статьей 44 Федерального закона РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (1999 г.).

Расследование необходимо вести в соответствии с «Положением о расследовании и учете профессиональных заболеваний», утвержденным Правительством РФ от 15.12.2000 г. № 967. При установлении предварительного диагноза хронического профессионального заболевания (отравления) извещение о нем лечебное учреждение в трехдневный срок направляет в Роспотребнадзор, который в течение двух недель представляет в лечебное учреждение санитарно-гигиеническую характеристику условий труда заболевшего. ЛПУ в месячный срок должно отправить пострадавшего в специализированное и лицензирован-





ное медицинское учреждение по профессио-
нальной патологии (в Самарской области это
Областной центр профпатологии Самарской
областной клинической больницы № 2) для
установления (неустановления) заключительно-
го диагноза. Указанное медицинское учрежде-
ние составляет медицинское заключение и в
трехдневный срок направляет извещение об
этом в органы санитарно-эпидемиологиче-
ского надзора, работодателю, страховщику
и в ЛПУ, направившее больного, и выдает его
работнику (под расписку).

Порядок расследования профессиональ-
ного заболевания, которое должен организо-
вать работодатель, следующий. **В течение**
10 дней после получения извещения о
заключительном диагнозе работодатель
должен организовать комиссию во главе
**с главным врачом санитарно-эпидемиоло-
гического надзора в составе:** а) предста-
вителя-работодателя; б) специалиста по
охране труда или ответственного за это
лица, назначенного работодателем; в) пред-
ставителя ЛПУ; г) представителя профсоюз-
ного или иного уполномоченного работника-
ми представительного органа.

В расследовании могут принимать участие
и другие специалисты. Пострадавший работ-
ник имеет право на личное участие в рассле-
довании.

Для принятия решения по результатам
расследования нужны следующие документы:

а) приказ о создании комиссии; б) сани-
тарно-гигиеническая характеристика условий
труда; в) сведения о проведенных меди-
цинских осмотрах; г) выписка из инструктажа
и протоколов проверки знаний работника
по технике безопасности; д) протоколы
объяснений работника, опросов работав-
ших с ним; е) экспертное заключение спе-
циалистов, результаты исследований и
экспериментов; ж) медицинская документа-
ция о характере и тяжести повреждений,
причиненных здоровью работника; з) копии
документов, подтверждающих выдачу работ-
нику средств индивидуальной защиты; и)

выписка из ранее поданных предписаний
Роспотребнадзора.

Комиссия устанавливает причины профес-
сионального заболевания, определяет лиц, допустивших нарушение санитарии эпидеми-
ологических правил или нормативных актов, и меры по устранению причин его возникно-
вения и по его предупреждению; составляет
акт о случае профессионального заболева-
ния. Он составляется в трехдневный срок в 5 экземплярах:

- а) для работника; б) для работодателя;
- в) для органов санитарно-эпидемиологиче-
ского надзора; г) для лечебного учреждения;
- д) для страховщика.

Акт подписывается всеми членами комис-
сии, утверждается главным врачом органа
санитарно-эпидемиологического надзора,
заверяется его печатью и хранится 75 лет в
Роспотребнадзоре и в организации, где про-
водилось расследование.

При установленном профессиональном
заболевании больной должен быть напра-
влен на **медицинско-социальную экспертизу**,
на которой могут быть определены группа
профессиональной инвалидности, степень
утраты профессиональной трудоспособности
в процентах, а также необходимость в
дополнительных расходах, связанных с пов-
реждением здоровья застрахованного.

Для решения указанных вопросов Бюро
МСЭ руководствуется Постановлением Пра-
вительства Российской Федерации от
16.10.2000 «Об утверждении Правил устано-
вления степени утраты профессиональной
трудоспособности в результате несчастных
случаев на производстве и профессиональ-
ных заболеваний».

При направлении на МСЭ необходимо
иметь посыльный лист на МСЭ, который
заполняется врачами ЛПУ; заключение спе-
циализированного профпатологического
учреждения об установлении профессио-
нального заболевания; акт расследования
случаев профессионального заболевания,
который составляется органами санитарно-



эпидемиологического надзора совместно со страхователем; заявление застрахованного (потерпевшего). Работодатель (страхователь) представляет в учреждение медико-социальной экспертизы заключение органа государственной экспертизы условий труда Роспотребнадзора о характере и условиях труда пострадавших, которые предшествовали профессиональному заболеванию.

При определении степени утраты профессиональной трудоспособности в каждом конкретном случае учитываются выраженность нарушений функций организма, степень компенсации, способность больного выполнять в той или иной степени работу по основной профессии, в том числе в обычных или специально созданных условиях, а также мероприятия по реабилитации, включая профессиональное обучение и переобучение.

Видами обеспечения по страхованию являются пособие по временной нетрудоспособности, страховые выплаты (единовременные и ежемесячные) и дополнительные расходы, связанные с повреждением здоровья пострадавшего. Названный выше Федеральный закон № 125 «Об обязательном социальном страховании» не относит к страховым выплатам возмещение морального вреда от профессионального заболевания, так как это осуществляется причинителем вреда, то есть тем предприятием (организацией), где у человека возникло профессиональное заболевание.

Единовременные страховые выплаты, согласно упомянутому выше Федеральному закону, осуществляются не позднее одного календарного месяца со дня назначения. Размер единовременной страховой выплаты определяется в соответствии со степенью утраты профессиональной трудоспособности, исходя из шестидесятикратного мини-

мального размера оплаты труда, установленного на день такой выплаты.

Ежемесячные страховые выплаты назначаются и осуществляются за весь период утраты пострадавшим профессиональной трудоспособности с того дня, с которого МСЭ установлена утрата профессиональной трудоспособности, исключая период временной нетрудоспособности.

Согласно статье 8 цитируемого Федерального закона, обеспечение по страхованию осуществляется в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья застрахованного, на его медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, включая расходы на дополнительную медицинскую помощь (сверх предусмотренной по обязательному медицинскому страхованию), в том числе на дополнительное питание и приобретение лекарств; на посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным, в том числе осуществляемый членами его семьи; санаторно-курортное лечение, включая оплату отпуска (сверх ежегодно оплачиваемого отпуска, установленного законодательством РФ) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно, стоимость проезда застрахованного, а в необходимых случаях также стоимость проезда сопровождающего его лица к месту лечения и обратно, их проживание и питание; на протезирование, а также на обеспечение приспособлениями, необходимыми застрахованному для трудовой деятельности и в быту; на обеспечение специальными транспортными средствами, их текущий и капитальный ремонт и на горючесмазочные материалы; на профессиональное обучение (переобучение). Дополнительные расходы производятся страховщиком, если в результате МСЭ установлено, что застрахованный нуждается в указанных видах помощи.





3rd Annual World Health Care Congress EUROPE 2007



Industry and government leaders convene to share best practices for improved delivery and outcomes in Europe

26-28 MARCH 2007
HOTEL FIRA PALACE
BARCELONA, SPAIN

ТРЕТИЙ ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ЕВРОПА 2007

Барселона, 26–29 марта 2007 г.

Организованный под эгидой Европейской комиссии по здравоохранению Всемирный конгресс Европы является ежегодным крупным международным форумом, в котором традиционно принимают участие делегации более чем 35 стран Европы и Северной Америки с высоким уровнем представительства: министры здравоохранения, руководители крупных медицинских центров, государственных и частных фондов страхования, топ-менеджеры крупных фармацевтических компаний производители медицинского оборудования.



ентральные вопросы, обсуждаемые на Конгрессе в этом году: менеджмент затрат на лечение хронических заболеваний и использование электронной медицинской информации для повышения качества и безопасности медицинских услуг.

Актуальность выбранных тем обусловлена двумя долгосрочными прогнозами. В промышленно развитых странах число лиц в возрасте старше 60 лет за полвека более чем удвоится и возрастет с 245 миллионов человек в 2005 году до почти 406 миллионов в 2050 году. В глобальном масштабе численность людей старше 60 лет к 2050 году утройится и достигнет показателя в 2 миллиарда.

Второй прогноз был озвучен во время самого форума со ссылкой на аналитиков газеты «Financial Times». В ближайшие годы в Европе 20% национальных бюджетов систем здравоохранения будут тратиться на информатизацию. Сейчас доля этих расходов составляет 8%.

Озабоченность ростом расходов на лечение хронических заболеваний прозвучала в выступлениях практически всех докладчиков.

George Halvorson, руководитель одного из крупнейшего страхового медицинского фонда США (Kaiser Foundation Health Plan), охватывающего 8 млн. застрахованных, привел следующие данные, характеризующие структуру расходов здравоохранения США, бюджет которого в текущем году оценивается в 2,1 трил. долларов. Из этой



суммы на лечение общих инфекционных заболеваний, включающих ОРЗ, тратится 6%; на лечение заболеваний детей — 4%, на лечение онкологических больных — 5%, а стоимость лечения только пяти хронических заболеваний (астма, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания ЖКТ и депрессия) составляет 75% всего бюджета здравоохранения США.

Поэтому докладчик отметил необходимость использования наиболее оптимальных схем ведения таких больных, с фокусом на профилактике обострений. Фонд заказал разработку автоматизированной системы домашнего мониторинга за состоянием таких пациентов.

Развивая тему поиска правильного баланса между распределением ресурсов национального здравоохранения на лечение острых и хронических заболеваний, **Cor Spreeuwenberg, профессор Университета Maastricht, Нидерланды**, отметила, что должна поменяться система кадрового обеспечения медицинской помощью таких больных: врачей следует привлекать только для интенсивного менеджмента наиболее сложных случаев и осуществления консультирования и надзора за деятельностью младшего медицинского персонала. Медсестры должны оказывать помощь хроническим больным только в период обострения, в остальных случаях пациенты с хроническими заболеваниями должны реализовывать технологии самоменеджмента.

По данным ВОЗ, оптимальное соотношение между количеством врачей и средних медицинских работников составляет 1:4,3; в ЕС сегодня — 1:4; в США — 1:5,5; в России с учётом всех параклинических служб — 1:2,2.

В докладе **Franz Knieps, представляющего Министерство здравоохранения Германии**, отмечалось, что новая парадигма системы здравоохранения Германии предполагает нахождение баланса между готовностью государства оказать необходимую медицинскую помощь и ответственностью самого пациента за свое здоровье, а также баланса между государственной политикой в сфере здравоохранения и самоадминистрированием отдельных организаций, оказывающих медицинские услуги. Оплата медицинской услуги, оказываемой врачом, и услуги, оказываемой медицинской организацией, должна иметь различные алгоритмы расчета. В качестве новых тенденций здравоохранения Германии докладчик выделил растущую конкуренцию на рынке медицинских услуг, повышение требовательности потребителей медицинских услуг, усиление роли профессиональных ассоциаций.

Главной проблемой национальной системы здравоохранения названы дезинтеграция госпитальной и первичной медицинской помощи и отсутствие в последней профилактического компонента. Вместе с тем, по мнению докладчика, здравоохранению Германии уже сегодня необходимы новые модели популяционно ориентированной интегрированной медицинской помощи.

Marina Geli i Fabrega, Министр здравоохранения Каталонии, отметила значимость и результативность курса на децентрализацию национальной системы здравоохранения Испании. Сегодня Министерство страны курирует только вопросы финансового проектирования национальной системы, фармацевтическую и образовательную политику. Остальные вопросы решаются на уровне регионального управления.

В Испании соотношение государственного и частного секторов в национальных системах здравоохранения составляет 70,9% : 29,1% (в США — 44,7% : 55,3%, в странах ЕС — 75% : 25%). В Каталонии при затратах 1100 евро на человека в год только 4,7%





поступают из государственного бюджета, остальное — средства провинции. Остро, по словам Министра, стоит проблема укомплектованности врачами первичного звена медицинской помощи, уровень которой составляет сегодня 60%. Большая часть ставок младшего медицинского персонала занята выходцами из Румынии и Болгарии, испанские медсестры предпочитают работать в странах ЕС с более высокой системой оплаты.

Walter Bergamaschi, директор Департамента информатизации Министерства здравоохранения Ломбардии (Италия), рассказал, что новая национальная парадигма страны основана на прогнозе, согласно которому к 2030 году в стране будет 27% населения старше 65 лет. Уже сегодня в этой возрастной группе доля больных хроническими заболеваниями составляет 78%, а в группе старше 75 лет — 87%. Из этого следует необходимость менять структуру оказания медицинской помощи (с акцентом на медицинскую помощь на дому и в домах для престарелых) и разработки новых принципов ее финансирования. С этой целью разработана и функционирует национальная система мониторинга финансовых затрат на первичную, скорую и специализированную медицинскую помощь. В национальную систему мониторинга интегрируются региональные информационные системы, которые могут строиться на любых платформах, но с использованием единого стандарта.

Министр здравоохранения Чешской Республики Tomas Julinek также отметил, что снижение доли работоспособного населения в стране приводит к увеличению затрат на здравоохранение. В этой связи в Чехии идет поиск путей увеличения эффективности расходования ресурсов, привлечения частных денег и преодоления национальных границ в оказании медицинских услуг. Заметной проблемой для стран Восточной Европы стала миграция медперсонала в поисках более высоких затрат.

Jennifer Dixon, директор по развитию Королевского страхового фонда, Великобритания, представила алгоритмы идентификации хронических больных с высоким риском госпитализации и модели профилактики таких обострений. Подробная информация об оригинальных и интересных разработках Фонда находится на сайте: www.kingsfund.uk.

Вопросы улучшения клинических и финансовых результатов лечения хронических заболеваний будут обсуждаться на Первом ежегодном саммите руководителей европейского здравоохранения по хроническим заболеваниям, который состоится в ноябре в Нидерландах.

Второй центральной темой Конгресса стало обсуждение новых возможностей ИТ в решении проблем национальных систем здравоохранения.

Vivian Reding, руководитель информационной службы Еврокомиссии (Бельгия), представила свое видение создания инфраструктуры европейского электронного здравоохранения в интересах пациентов. Она отметила, что возросшая мобильность европейцев, старение популяции, возможность получения медицинских услуг в любой точке Европы вызывают необходимость развития европейского электронного здравоохранения, рынок услуг которого быстро растет. Для достижения этого, во-первых, необходимо, чтобы электронные формы предоставления медицинских услуг стали бы более привлекательными для пациентов по ценовым параметрам. Во-вторых, следует инвестировать средства в создание системы нового поколения учета персональных данных европейцев.

Чтобы преодолеть фрагментацию европейского рынка e-health, необходимо создавать интероперабельные системы, предполагающие совместимость идентификаторов пациентов, клинических рекомендаций и медицинских бизнес-процессов. Это особенно важно для создания европейской системы эпидемиологического мониторинга, внедрения телемедицины в систему оказания медицинской помощи на дому хроническим больным.



**ПЕРВЫЙ ЕЖЕГОДНЫЙ САММИТ
РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЕВРОПЕЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПО ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ**

Нидерланды, Амстердам, 26–27 ноября 2007 г.

Основная тема Саммита: Затраты на лечение хронических заболеваний составляют сегодня в странах ЕС и США более 70% в общем объеме расходов на здравоохранение. Процесс старения населения и связанный с этим рост числа хронических больных диктуют необходимость поиска наиболее перспективных возможностей для улучшения клинических и финансовых результатов лечения таких больных.

- Обучение больных оказанию самопомощи.
- Адаптация финансовой структуры национальных систем здравоохранения к расходам на лечение хронических заболеваний.
- Роль информационных технологий в организации медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями. Интеграция первичной и вторичной медицинской помощи.
- Развитие баз данных по управлению сопутствующими заболеваниями.

Подробнее на сайте:
<http://www.worldcongress.com/events/HL07080/>

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ –
THE PUBLIC HEALTH CONGRESS**

США, Вашингтон DC, 16–18 июля, 2007 г.

Основная тема Конгресса: проблемы взаимоотношения государственного и частного секторов в национальных системах здравоохранения.

- Проблемы координации и интеграции федерального, регионального и муниципального секторов системы здравоохранения.
- Системы администрирования госпитальной помощи.
- Алгоритмы взаимодействия частного и государственного секторов в решении вопросов контроля и профилактики инфекционной заболеваемости.

Подробнее на сайте:
<http://www.worldcongress.com/events/NW701/?confCode=NW701>





В этой связи, по мнению докладчика, не может не настораживать тот факт, что выделенные Европейским Сообществом по грантам Седьмой рамочной программы на 2007–2013 гг. финансовые средства (45 млн. евро) на проведение научных исследований в этой области, к сожалению, имеют невысокий уровень внедрения в практическое здравоохранение.

Сегодня 80% рецептов в Дании поступают к фармацевтам в электронном виде.

С 01.01.2007 все электронные рецепты проходят через Prescription Server медицинского Агентства Дании.

Ежегодно в выписанных в Дании рецептах обнаруживается 200 000 ошибок. 75 000 из них имеют клиническое значение для пациента.

В Дании, например, созданы прекрасные АИС для поддержания отдельных направлений системы здравоохранения, но они несовместимы и неинтегрируемы в инфраструктуру европейского электронного здравоохранения.

Harry Cayton, национальный директор Департамента здравоохранения Великобритании, отметил технические и организационные сложности в создании системы электронных записей в Великобритании.

При внедрении ИТ в практическую деятельность врача он рекомендовал широко использовать систему выбора врачом удобных и неудобных функций. По его наблюдениям, единственные системы, которые не вызывают у врачей раздражения, — системы учета платежей за указанные медицинские услуги и начисления зарплаты. Именно с этих систем должна начинаться мотивация врача к использованию ИТ в своей профессиональной деятельности. Далее постепенно следует добавлять системы электронных записей ведения пациентов, в которых врачи быстро усматривают элементы страхования их профессиональной ответственности.

Общее впечатление от трехдневного обсуждения ключевых вопросов программы Конгресса — удивительное сходство проблем, возникающих в национальных системах здравоохранения стран, независимо от уровня их финансового обеспечения. Это прежде всего неудержимый рост расходов, связанных со старением европейской популяции и сокращением работоспособного населения; проблемы с кадровым обеспечением; растущая стоимость медицинских услуг, являющаяся следствием использования инновационных медицинских технологий.

Обращает на себя внимание и общность методологии подготовки реформирования отдельных элементов национальных систем здравоохранения в странах ЕС: сначала выполняется долгосрочный прогноз, на его основе выделяются приоритеты, затем создается общенациональная концепция, а далее происходит постепенная (5–10 лет) реализация проектов с предоставлением больших свобод руководителям регионального здравоохранения.

К сожалению, Россия на Конгрессе не была представлена ни программными докладами, ни секционными выступлениями. Общение с представителями стран ЕС обнаружило полное отсутствие у них какой бы то ни было информации о приоритетном национальном проекте «Здоровье», о первых результатах его реализации. Журнал «МЗ» получил предложения о подготовке серии публикаций о ходе реформирования национальной системы здравоохранения для ряда европейских периодических изданий и в свою очередь планирует подготовить цикл публикаций о наиболее успешных национальных европейских проектах в области здравоохранения.

Рекомендуем ознакомиться с презентациями пленарных и секционных заседаний на сайте: <http://www.worldcongress.com>

Редакция журнала «МЗ» выражает благодарность компании ORACLE за спонсорскую поддержку участия журнала «Менеджер здравоохранения» в Конгрессе.

Подготовила Н.Куракова



К 2050 году население России сократится со 140 до 108 млн. человек.

С таким прогнозом выступили специалисты ООН, представившие 13 марта 2007 года в штаб-квартире Объединенных Наций ежегодный доклад о перспективах роста населения в мире (<http://www.un.org/russian/news/>). Как заявила, представляя доклад на состоявшейся пресс-конференции директор Департамента народонаселения ООН Хания Злотник, демографические перспективы в РФ будут во многом зависеть от политики в области миграции и усилий по пресечению распространения ВИЧ. Однако, подчеркнула директор Департамента ООН, ВИЧ является основной, но не единственной причиной высокой смертности в России, сообщает ИТАР-ТАСС.

В докладе отмечается, что сегодня в мире наблюдаются демографические изменения, вызванные переходом от периода высокой смертности и рождаемости к периоду низкой смертности и низкой рождаемости. Х.Злотник обратила внимание на три этапа этих преобразований.

Первый обычно начинается со снижения смертности детей. Вследствие этого, ускоряются темпы роста численности населения и доли детей в его составе, что ведет к его омоложению. На втором этапе рождаемость начинает снижаться и увеличивается доля взрослого населения и пожилых людей. На третьем этапе в результате долговременного снижения и рождаемости, и смертности увеличивается только доля пожилых людей. Она подчеркнула, что третьего этапа достигли страны Европы и Япония.



В промышленно развитых странах число лиц в возрасте старше 60 лет за полвека более чем удвоится и возрастет с 245 миллионов человек в 2005 году до почти 406 миллионов в 2050 году. В глобальном масштабе численность людей старше 60 лет к 2050 году утроится и достигнет показателя в 2 миллиарда.



В период с 2005 по 2050 годы половина всего населения планеты будет проживать в восьми густонаселенных странах мира: Индии, Нигерии, Пакистане, Демократической Республике Конго (ДРК), Эфиопии, США, Бангладеш и Китае.

В этих государствах сохранится тенденция высокого прироста населения.

В докладе отмечается, что в странах Восточной Европы сохраняется самый низкий уровень ожидаемой продолжительности жизни среди промышленно развитых государств.



В период с 2005 по 2010 годы средняя продолжительность жизни в регионе будет 68,6 лет. Для сравнения в 1960–1965 годы этот показатель был выше — 69,3 лет.

В ближайшие годы самыми пожилыми на планете будут европейцы, самыми молодыми — жители Афганистана, ДРК, Анголы, Бурунди, Либерии, Нигера и Уганды.

Источник: NEWSru.com





ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
Р А С П О Р Я Ж Е Н И Е

13.03.2007 № 87-р

О мерах по реализации Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 50 от 19.01.2007 «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»

В целях упорядочения использования и учета денежных средств, связанных с оплатой 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, в государственных учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении органов исполнительной власти Санкт-Петербурга,

1. Утвердить:

1.1. Рекомендации по применению порядка и условий расходования и учета средств, связанных с оплатой государственным учреждениям здравоохранения 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 (Приложение 1).

2. Считать утратившими силу с 01.01.2007 Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 27.02.2006 № 73-р «Об утверждении Положения о порядке расходования и учета денежных средств, полученных учреждениями здравоохранения по родовым сертификатам за оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и (или) родов».

3. Внести изменения в Распоряжение Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 30.01.2006 № 32-р «О родовом сертификате»:

3.1. Исключить пункты 1.4 и 1.5 из текста Распоряжения.

4. Контроль за исполнением распоряжения возложить на заместителя председателя Комитета по здравоохранению Кадырова Ф.Н.

Председатель Комитета
по здравоохранению

Ю.А. Щербук



Приложение 1

к Распоряжению № 87-р от 13.03.2007

Комитета по здравоохранению

«О мерах по реализации Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 50 от 19.01.2007 «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»



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПОРЯДКА И УСЛОВИЙ РАСХОДОВАНИЯ И УЧЕТА СРЕДСТВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЛАТОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 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

Настоящие «Рекомендации по применению порядка и условий расходования и учета средств, связанных с оплатой государственным учреждениям здравоохранения 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» (далее — Рекомендации) регулируют условия и порядок расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (далее — учреждения здравоохранения) 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.

Основными нормативными документами, регламентирующими вопросы получения и использования средств по родовым сертификатам в Санкт-Петербурге, являются:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 г. № 869 «О порядке финансирования в 2007 году расходов, 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 в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 ноября 2005 г. № 701 «О родовом сертификате»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации



Федерации от 15 января 2007 г. № 33 «О порядке и условиях оплаты 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, и выдачи женщинам родовых сертификатов»;

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 января 2007 г. № 50 «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 Санкт-Петербурга от 30 января 2006 г. № 32-р «О родовом сертификате».

Государственное учреждение — Санкт-Петербургское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее — отделение Фонда) производит оплату счетов за оказанные услуги, представленные учреждениями здравоохранения, в течение 10 рабочих дней с даты получения этих счетов на оплату услуг с при-

ложением талонов родовых сертификатов, а также реестров указанных талонов путем перечисления средств на лицевые счета учреждений здравоохранения, открытые в Комитете финансов.

Оплата услуг осуществляется на основании талонов родового сертификата.

Для обособленного учета и целевого использования средств на оплату услуг Комитетом финансов Санкт-Петербурга введен код бюджетной классификации — 000 3 02 01020 02 0400 130 — «доходы учреждений здравоохранения, получаемые от регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации (далее — отделение Фонда), за оказанную медицинскую помощь женщинам в период беременности и (или) родов».

На основании обращений главного распорядителя средств бюджета в связи с поступлением доходов учреждений здравоохранения, получаемых от отделения Фонда, Комитетом финансов производится увеличение ассигнований, утвержденных Сводной росписью расходов бюджета Санкт-Петербурга на 2007 год по целевой статье 4690025 «Расходы на содержание учреждений здравоохранения, функционирующих в системе ОМС». При этом бюджетным ассигнованиям присваивается отличительный признак — код фонда «90» с признаком «м».

Финансирование расходов бюджета Санкт-Петербурга осуществляется Комитетом финансов на основании Сводной росписи бюджета Санкт-Петербурга, бюджетной росписи по подведомственным бюджетным учреждениям в пределах доведенных лимитов бюджетных обязательств согласно инструкции, утвержденной Распоряжением председателя Комитета финансов от 26.04.2001 № 45-р. Лимиты бюджетных обязательств для бюджетных учреждений утверждаются председателем Комитета финансов (его заместителем) на основе проектов распределения лимитов бюджетных обязательств по бюджетным учреждениям, представленных главными распорядителями бюджетных средств.



Расходование средств, перечисленных отделением Фонда на оплату 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 (далее — средства на оплату услуг), осуществляется учреждениями здравоохранения (их структурными подразделениями), оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, стационарную помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, а также осуществляющими диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни.

Учреждения здравоохранения должны обеспечить ведение обособленного учета средств на оплату услуг, поступающих от отделения Фонда, в соответствии с Договором.

Отделение Фонда осуществляет оплату услуг из расчета:

- 3 тыс. рублей — учреждениям, оказывающим медицинскую помощь женщинам в период беременности (женским консультациям), за каждую женщину, получившую такие услуги;
- 6 тыс. рублей — учреждениям, оказывающим медицинскую помощь женщинам во время родов и в послеродовой период (родильным домам, стационарным учреждениям, имеющим в своем составе родильные отделения), за каждую женщину, получившую такие услуги;
- 1 тыс. рублей — учреждениям, оказывающим медицинскую помощь по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни.

Для оплаты услуг учреждения ежемесячно представляют в отделение Фонда счета на оплату услуг с приложением талонов родовых сертификатов, которые подтверждают оказание услуг, а также реестров указанных талонов.

Средства на оплату услуг не учитываются при выделении средств учреждениям из бюджетов всех уровней и иных источников, в том числе средств, выделяемых на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

Средства на оплату услуг за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности направляются учреждениями здравоохранения на:

- оплату труда (включая начисления на оплату труда) медицинского персонала в размере 35–45% от суммы перечисленных средств;
- обеспечение медикаментами женщин в период беременности в размере 20–33% от суммы перечисленных средств;
- оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения.

Средства на оплату услуг за оказанную стационарную помощь женщинам в период родов и послеродовой период направляются учреждениями здравоохранения на:

- оплату труда (включая начисления на оплату труда) медицинского персонала в размере 40–55% от суммы перечисленных средств;
- оснащение медицинским оборудованием, инструментарием и мягким инвентарем;
- обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения, дополнительным питанием беременных и кормящих женщин.

Средства на оплату труда распределяются с учетом критериев качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, приведенных в Приложении к настоящим Рекомендациям (далее — Критерии качества).





Средства на оплату услуг за осуществление диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни направляются учреждениями здравоохранения на оплату труда (включая начисления на оплату труда) медицинского персонала, за исключением врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых и медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

В учреждении должно быть разработано положение, определяющее порядок использования средств, полученных за родовые сертификаты.

Оплата труда медицинских работников за счет средств, полученных по родовым сертификатам, — это дополнительная заработка плата, сверх гарантированного уровня, установленного действующими нормативными документами.

С начисленных работникам сумм оплаты труда в установленном порядке должен быть удержан налог на доходы физических лиц.

Учреждение вправе самостоятельно распределить средства, выделяемые на оплату труда, между медицинскими работниками в соответствии с разработанными в установленном порядке положениями об оплате труда работников за счет средств, полученных по родовым сертификатам с соблюдением требований настоящих Рекомендаций.

Фонд заработной платы за счет средств, полученных за родовые сертификаты, целесообразно распределять между подразделениями учреждения пропорционально фонду оплаты труда медицинских работников данных подразделений. Распределение между сотрудниками внутри подразделения может производиться пропорционально сумме зарплаты, начисленной за счет средств обязательного медицинского страхования либо по другим принципам (КТУ и т.д.), в соответствии с порядком, принятым на общем собрании коллектива подразделения.

Направление средств на оплату услуг осуществляется руководителем учреждения здравоохранения на основании приказа по учреждению здравоохранения.

Дополнительные выплаты к заработной плате за счет средств, полученных за родовые сертификаты, устанавливаются ежемесячно приказом главного врача учреждения.

Средства на оплату услуг, направляемые на оплату труда, распределяются между медицинским персоналом, непосредственно оказывающим амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, в зависимости от качества оказанной медицинской помощи, оцениваемого по Критериям качества, а также осуществляющим диспансерное наблюдение за ребенком в течение первого года жизни, в соответствии с положением об оплате труда.

Перечень лиц, непосредственно оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также осуществляющим диспансерное наблюдение за ребенком в течение первого года жизни, устанавливается учреждениями здравоохранения самостоятельно, исходя из особенностей организации оказания медицинской помощи. К таким лицам могут быть, в частности, отнесены сотрудники лечебно-диагностических служб (занимающихся обследованием беременных, рожениц, детей до года), другой персонал, без участия которого невозможна организация оказания медицинской помощи в соответствии с данными Рекомендациями и т.д.

В случае, когда женские консультации и/или детские поликлиники входят в состав поликлиник, средства, полученные по родовым сертификатам, могут использоваться на оплату труда только медицинского персонала, указанного в штатном расписании женской консультации (детской поликлини-



ки). Если родильные дома (отделения) входят в состав стационарных учреждений (больниц), средства, полученные по родовым сертификатам, могут использоваться на оплату труда только медицинского персонала, указанного в штатном расписании родильного дома (отделения). Исключение в обоих случаях составляет оплата труда медицинского персонала, обеспечивающего работу этих подразделений (в первую очередь лечебно-диагностических служб). Порядок и размеры оплаты труда медицинского персонала, не входящего в состав женских консультаций (детских поликлиник), родильных домов (отделений), должны быть определены положениями об оплате труда работников за счет средств, полученных по родовым сертификатам.

В случае, если в одном учреждении объединены родильный дом и женская консультация, распределение полученных по родовым сертификатам средств производится отдельно по родильному дому и женской консультации. Это касается и выделения средств на оплату труда медицинского персонала лечебно-диагностических служб, обслуживающих оба подразделения. При этом допустимо объединять отдельно выделенные средства для оплаты труда медицинского персонала лечебно-диагностических служб в целях их распределения между медицинским персоналом лечебно-диагностических служб.

Указанные суммы входят в расчет среднего заработка. В связи с этим учреждения здравоохранения должны планировать средства на эти цели за счет средств, полученных за родовые сертификаты.

Из средств, полученных за родовые сертификаты, можно производить оплату привлекаемых консультантов.

Выплаты немедицинскому персоналу за счет средств, полученных по родовым сертификатам, не предусмотрены.

Доходы, полученные учреждениями здравоохранения за оказание медицинских услуг женщинам в период беременности и родов, а также диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации, не подлежат обложению налогом на прибыль организаций.

В случае, когда женские консультации и/или детские поликлиники входят в состав поликлиник, средства, полученные по родовым сертификатам, могут использоваться на приобретение медикаментов, медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря и изделий медицинского назначения только для женской консультации (детской поликлиники).

Расходование средств на оплату услуг, направляемых учреждениями здравоохранения, оказывающими амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, на обеспечение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения, медикаментами (за исключением медикаментов, обеспечение которыми осуществляется при оказании амбулаторно-поликлинической помощи) и дополнительным питанием беременных и кормящих женщин, осуществляется в зависимости от их потребности.

Расходование учреждениями остатков средств, полученных за услуги, оказанные по родовым сертификатам в 2006 году, а также средства, полученные в 2007 году за услуги 2006 года, используются в порядке, применяемом ранее (в 2006 году).



Приложение

к Рекомендациям по применению порядка и условий расходования и учета средств, связанных с оплатой государственным учреждениям здравоохранения 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

**КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗАННОЙ ЖЕНЩИНАМ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ,
В ПЕРИОД РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД**

1. Настоящие Критерии используются в целях определения размера средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала за оказанную женщинам амбулаторно-поликлиническую помощь в период беременности и стационарную помощь в период родов и в послеродовой период.

2. Распределение средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала, непосредственно оказывающего амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, осуществляется руководителем учреждения здравоохранения в зависимости от качества оказанной медицинской помощи.

3. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- антенатальная гибель плода;
- врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;
- разрыв матки до госпитализации;
- несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;
- несвоевременная госпитализация при переношенной беременности.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда (включая начисления на оплату труда) медицинского персонала направляются средства в размере 45% от суммы перечисленных средств.

При наличии одного или более критериев на оплату труда (включая начисления на

оплату труда) медицинского персонала направляются средства в размере от 35 до 44% от суммы перечисленных средств.

4. При оказании стационарной помощи женщинам в период родов и послеродовой период качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- эклампсия в родах и послеродовом периоде;
- случаи родового травматизма новорожденного;
- разрывы промежности III–IV степени, разрывы шейки матки III степени, расхождение лонного сочленения;
- разрывы матки;
- гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;
- поздняя неонатальная смерть новорожденного (7–27-й день);
- осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты;
- экстирпация матки при осложненных родах.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда (включая начисления на оплату труда) медицинского персонала направляются средства в размере 55% от суммы перечисленных средств.

При наличии одного или более критериев на оплату труда (включая начисления на оплату труда) медицинского персонала направляются средства в размере от 40 до 54% от суммы перечисленных средств.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ ВАЖНЕЙШИХ НАПРАВЛЕНИЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2006 И 2007 ГОДАХ

Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 г., как и предполагалось, имеет некоторые отличия от предыдущего года. Отчасти это связано с совершенствованием механизмов реализации отдельных направлений приоритетного проекта, отчасти — с появлением новых элементов. Рассмотрим некоторые важнейшие изменения реализации отдельных направлений приоритетного национального проекта.

	2006 г.	2007 г.
Дополнительная диспансеризация		
Категории работающих, подлежащих диспансеризации	1. Работающие в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях (Постановление 868). 2. Работающие граждане (Постановление 876)	Работающие в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях
Ограничения по возрасту	35–55 лет (для работников бюджетной сферы)	Ограничений по возрасту нет
Норматив затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина	500 рублей	540 рублей
Срок давности предыдущих медицинских осмотров, лабораторно-диагностических исследований	Не должен превышать 6 месяцев с момента их проведения	Не должен превышать 3 месяцев, флюорографии и маммографии — 2 лет с момента исследования





Оплата родовых сертификатов

Талоны

Талон № 1 — на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой в период с наблюдения женщины до родов;

Талон № 2 — на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой в период родов женщины

Дополнительно введены:

Талон № 3-1 — на оплату услуг за первые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка;

Талон № 3-2 — на оплату услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка

Возможность выдачи талона № 2 женщинам, наблюдающимся в период беременности в медицинской организации, не имеющей право выдавать родовые сертификаты

Не предусмотрена

Предусмотрена

Размер оплаты талонов родовых сертификатов (оказанных услуг)

— 2 тыс. рублей — учреждениям, оказывающим медицинскую помощь женщинам в период беременности, за каждую женщину, получившую такие услуги;

— 5 тыс. рублей — учреждениям, оказывающим медицинскую помощь женщинам во время родов, за каждую женщину, получившую такие услуги

— 3 тыс. рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности;

— 6 тыс. рублей за каждую женщину, получившую соответствующие услуги в учреждениях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь женщинам в период родов и в послеродовой период;

— 1 тыс. рублей за каждого ребенка, получившего соответствующие услуги в учреждениях здравоохранения, осуществляющих диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни



Цели, на которые могут использоваться средства, полученные по родовым сертификатам

Средства используются:

- учреждениями (их структурными подразделениями), в которых была оказана медицинская помощь женщинам в период беременности, на оплату труда медицинских работников (в размере не менее 60% от суммы указанных средств) и оснащение медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения (кроме капитальных вложений и коммунальных услуг);
- учреждениями, в которых была оказана медицинская помощь женщинам в период родов, на оплату труда медицинских работников (в размере не менее 40% от суммы указанных средств), обеспечение лекарственными средствами и оснащение медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения (кроме капитальных вложений и коммунальных услуг)

Средства на оплату услуг за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности направляются на:

- оплату труда медицинского персонала в размере 35–45% от суммы перечисленных средств;
- обеспечение медикаментами женщин в период беременности в размере 20–33% от суммы перечисленных средств;
- оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения.

Средства на оплату услуг за оказанную стационарную помощь женщинам в период родов и послеродовой период направляются на:

- оплату труда медицинского персонала в размере 40–55% от суммы перечисленных средств;
- оснащение медицинским оборудованием, инструментарием и мягким инвентарем;
- обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения, дополнительным питанием беременных и кормящих женщин.

Средства на оплату услуг за осуществление диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни направляются на оплату труда медицинского персонала, за исключением врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых и медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей)





Оплата первичной медико-санитарной помощи

Категории персонала, имеющие право на оплату труда за счет средств, полученных по родовым сертификатам

Медицинские работники

Медицинский персонал, непосредственно оказывающий амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также осуществляющий диспансерное наблюдение за ребенком в течение первого года жизни

Критерии качества	Отсутствуют	Предусмотрены
Медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами		
Наличие больничного листа	Не обязательно	Обязательно
Организации, имеющие право на дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи	Организации, оказывающие медицинские услуги	Амбулаторно-поликлинические учреждения
Наименование медицинских осмотров	Дополнительные медицинские осмотры	Углубленные медицинские осмотры
Число специалистов, принимающих участие в осмотрах	6: терапевт, эндокринолог, хирург, невролог, офтальмолог, уролог (для мужского населения)	Не менее чем два врача отдельных (узких) специальностей с учетом отраслевой специфики и профессий работников
Объем инструментально-лабораторных исследований	Клинический анализ мочи, исследование уровня холестерина крови, исследование уровня сахара крови, электрокардиография, флюорография (1 раз в год), маммография (для женского населения в возрасте 40–55 лет — 1 раз в 2 года) или УЗИ молочной железы, ультразвуковое исследование предстательной железы (по медицинским показаниям)	Не менее двух дополнительных инструментально-лабораторных исследований
Размер финансирования медицинского осмотра одного работника	535 рублей	580 рублей



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА,
Д.Э.Н. Ф.Н.КАДЫРОВ**



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» закупались так называемые «открытые системы», не привязанные к одному производителю?

Требования поставщика медицинской техники для лабораторных исследований об использовании при исследованиях только наборов реагентов, контрольных материалов, стандартных образцов и принадлежностей, предлагаемых поставщиком, не правомерны. Расходные материалы отечественного и зарубежного производства, прошедшие в установленном порядке регистрацию и разрешенные к применению в медицинских целях на территории Российской Федерации, могут быть использованы для проведения клинических, микробиологических (бактериологических) и других лабораторных исследований. Гарантийное обслуживание лабораторного оборудования поставщик обязан выполнять в соответствии с государственным контрактом.



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?



Оплата услуг по медицинской помощи, оказанной кардиологическим диспансером и иными учреждениями здравоохранения, в рамках родовых сертификатов не предусмотрена. Согласно Федеральному закону от 19.12.2006 № 234-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2007 год» и Постановлению Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 № 869, оплате в рамках родовых сертификатов подлежат услуги по медицинской помощи, оказанные государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения (а при их отсутствии — медицинскими организациями, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ), имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности по специальностям «акушерство и гинекология» и (или) «педиатрия».



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?

Объем обязательных исследований при беременности установлен стандартом медицинской помощи женщинам с нормальным течением беременности, утвержденный Приказом Минздравсоцразвития России от 14.09.2006 № 662, и осуществляется бесплатно для беременной женщины в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 30.12.2006 № 869, оплата дополнительных лабораторных исследований за счет родовых сертификатов не предусмотрена.



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?

К сожалению, в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006–2007 г.г. финансовые средства на выплату средней заработной платы работника при осуществлении указанных денежных выплат из средств федерального бюджета медицинским работникам первичного звена здравоохранения в рамках действующего законодательства не предусмотрены.



Поэтому финансирование дополнительных расходов, связанных с увеличением размера средней заработной платы работника при осуществлении указанных денежных выплат, в том числе отпускных, должно осуществляться за счет средств, формирующих фонд оплаты труда, средств соответствующих бюджетов и средств обязательного медицинского страхования. При формировании соответствующих бюджетов или бюджетов территориальных фондов ОМС должны были быть предусмотрены средства на эти цели.



Планируется ли в рамках нацпроекта «Здоровье» оснащение медицинским оборудованием стационаров?

Нет, на 2007 год не планируется. В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006 года № 868 «Об обеспечении в 2007 году диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений для организации первичной медико-санитарной помощи, а также женских консультаций» в 2007 году за счет средств федерального бюджета будут оснащаться учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую и стационарно-поликлиническую помощь, в том числе женские консультации. В случае, если оборудование поставляется в учреждения, имеющие как амбулаторно-поликлиническое, так и стационарное звено (например, ЦРБ), оборудование должно поставляться только в подразделения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь.



Подлежат ли неиспользованные в конце 2006 года остатки средств федерального бюджета, полученные за реализацию родовых сертификатов, перечислению в фонд федерального бюджета?

Если в лечебно-профилактическом учреждении остались неиспользованные средства, полученные по родовым сертификатам, то они не подлежат возврату в Фонд социального страхования и могут быть использованы учреждениями здравоохранения в 2007 году.



Имеют ли право работники вычислительных центров и АСУ при медицинских учреждениях получать доплаты как работники, занятые в проведении дополнительной диспансеризации?

В связи с тем, что работники вычислительных центров и АСУ при медицинских учреждениях не относятся к категориям медицинских работников учреждений здравоохранения, они не имеют право на получение денежных выплат в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.





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 рождается в феврале, то есть уже в новом году?

Женщинам, получившим родовый сертификат до 1 января 2007 и родившим в 2007 году, в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах осуществляется замена родового сертификата старого образца на родовый сертификат нового образца. Это правило определено Приказом Минздравсоцразвития России от 15 января 2007 г. № 33 «О порядке и условиях оплаты 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 в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни, и выдаче женщинам родовых сертификатов» (зарегистрирован в Минюсте России 20.02.2007, регистрационный номер 8980).



В декабре в женской консультации мне выдали родовый сертификат, а теперь я узнала, что он подорожал и роддому положены большие деньги. Примут ли в роддоме сертификат старого образца?

Женщинам, получившим родовый сертификат до 1 января 2007 и родившим в 2007 году, в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах осуществляется замена родового сертификата старого образца на родовый сертификат нового 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?

Средства за осуществление диспансерного наблюдения ребенка первого года жизни направляются учреждениями здравоохранения на оплату труда медицинского персонала, за исключением врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых и медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

Распределение средств осуществляется руководителем учреждения здравоохранения на основании приказа по учреждению здравоохранения.



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?

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 15 января 2007 г. № 33 «О порядке и условиях оплаты 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 в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни, и выдачи женщинам родовых сертификатов» не подлежат оплате талоны родовых сертификатов за услуги, оказанные учреждениями здравоохранения на платной основе, в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

В то же время учреждение не лишается прав на получение оплаты родового сертификата, если оказалось услуги по предоставлению платы повышенной комфортности, поскольку эта услуга не относится к медицинской.



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?

С 1 января 2007 г. пособие по уходу за ребенком выплачивается в новом размере — 40% заработка женщины за последние 12 месяцев, предшествовавших месяцу наступления отпуска по уходу за ребенком. При этом минимальный размер пособия должен составлять 1500 руб. по уходу за первым ребенком и 3000 руб. по уходу за вторым ребенком и последующими детьми. Максимальный размер пособия по уходу за ребенком не может превышать за полный календарный месяц 6000 руб. (ст.15 Федерального закона от 19 мая 1995 года № 81-ФЗ в редакции Федерального закона от 5 декабря 2006 г. № 207-ФЗ).

Ежемесячное пособие на период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, назначенное по состоянию на 31 декабря 2006 года, подлежит перерасчету с 1 января 2007 года в соответствии с вышеуказанными нормами. Это требование прямо установлено ст. 4 Федерального закона от 5 декабря 2006 года № 207-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части государственной поддержки граждан, имеющих детей».





**НА ВОПРОСЫ
ОТВЕЧАЕТ ГЛАВНЫЙ
СПЕЦИАЛИСТ ПО ТРУДУ
И ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И
ЛЕННИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФ-
СОЮЗОВ РАБОТНИКОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТУРЕНКО Н.В.**

Должен ли доход от оказания платных услуг населению и предприятиям входить в расчет отпускных сотрудников?

Да, при расчете отпускных должны учитываться все виды заработков работника. Учитывая, что источником средств для включения в расчет отпускных являются доходы от платных услуг, сумма выплачиваемой работнику оплаты за счет доходов от платных услуг должна быть уменьшена на величину фонда отпускных. Тем не менее, возможен вариант (например, при включении соответствующего пункта в коллективный договор), когда фонд отпускных за счет доходов от платных услуг не формируется, а ежемесячная оплата труда за оказание платных услуг сразу включает в себя отпускные. Тогда при расчете среднего заработка для выплаты отпускных и т.д. оплата труда за счет платных услуг не учитывается.

Сотрудник получает выплаты согласно Постановлению Главы г. Норильска от 29.12.2004 «Об установлении тарифной системы оплаты труда и повышении заработной платы работникам учреждений, финансируемых за счет средств единого муниципального образования «Город Норильск». Специалистам, впервые окончившим одно из учреждений высшего (среднего) профессионального образования и заключившим в течение трех лет после окончания учебного заведения трудовые контракты (договоры) по соответствующей специальности с муниципальными учреждениями образования, здравоохранения, социального обслуживания населения, культуры, физической культуры, спорта, по делам молодежи, установлена ежемесячная надбавка в размере 50% от установленной тарифной ставки (оклада) по основному месту работы на срок первых пяти лет с момента окончания учебного заведения.

Согласно этому постановлению срок окончания выплат сотруднику 18.02.2007. С 09.01.2007 по 12.03.2007 у данного сотрудника очередной отпуск, далее следует больничный лист по беременности и родам. Каким образом должно произво-



диться начисление молодым специалистам в период очередного отпуска, больничного листа по беременности и родам?

Поскольку в данном случае установлена ежемесячная надбавка в размере 50% от установленной тарифной ставки (оклада), то она должна входить в расчет среднего заработка при расчете отпускных в период очередного отпуска, больничного листа по беременности и родам и т.д.



Можно ли заменить ежегодный оплачиваемый отпуск денежной компенсацией?

Статья 126 ТК РФ предусматривает возможность часть отпуска, превышающую 28 календарных дней, по письменному заявлению работника заменять денежной компенсацией без увольнения работника. При этом решение о замене части отпуска, превышающей 28 календарных дней, денежной компенсацией принимает работодатель на основании письменного заявления работника, исходя из чего он может согласиться с выплатой компенсации или нет.

Учитывая, что выплата компенсации напрямую связана с правом работника на отпуск за соответствующий рабочий год, то ее выплата может быть произведена только при предоставлении основной части отпуска 28 календарных дней.

Замена отпуска денежной компенсацией беременным женщинам и работникам в возрасте до 18 лет, а также работникам, занятых на тяжелых работах и работах с вредными или (и) тяжелыми условиями труда, не допускается.



Какие премии включаются в расчет среднего заработка?

При исчислении среднего заработка учитываются все предусмотренные системой оплаты труда виды выплат (ст. 139 ТК РФ), то есть в расчет среднего заработка будут включаться те премии, которые отражены в положении об оплате (премировании) работников организаций, при условии начисления их в расчетном периоде, а в частности, и единовременные премии к праздникам и юбилейным датам.



Является ли обязательным ежедневное посещение работы в случае непредоставления ее по вине работодателя, и как производится оплата в этот период?

Непредоставление работы работодателем характеризуется как простой. Под простоем понимается временная приостановка работы. В случае простоя работодатель имеет право переводить работника на срок до одного месяца на не обусловленную трудовым договором работу в той же организации с оплатой труда по выполняемой работе, но не ниже среднего заработка по прежней работе. При этом работник не может быть переведен на работу, противопоказанную ему по состоянию здоровья. Работодатель может перевести работника на работу, требующую более низкой квалификации, с письменного согласия. Неявка работника на работу даже в случае непредоставления работы по вине работодателя в период простоя считается прогулом.





Директору Издательского дома
«Менеджер здравоохранения»

Уважаемая Наталия Глебовна!

Несомненно, изданная в Вашем Издательском доме книга «Модернизация здравоохранения: что ответов на актуальные вопросы» своевременна и крайне необходима как работникам практического здравоохранения, так и организаторам здравоохранения всех уровней.

Очень удачной является форма подачи материала: вопросы и ответы. Но, учитывая постоянное изменение правовой базы, регламентирующей деятельность лечебных учреждений, надеемся, что подобные издания будут не эпизодическими, а выходить раз в полгода.

Учитывая нашу глубокую заинтересованность в Вашем издании, разрешите указать на некоторые противоречия с действующей нормативно-правовой базой.

1. На стр. 175 на вопрос: «Должны ли облагаться налогом средства, приходящие на счет ЛПУ из СМО?» дается ответ, что средства ОМС подлежат налогообложению, что не соответствует действующему законодательству согласно Федеральному закону № 204-ФЗ от 29.12.04, внесшему дополнительный абзац п.п. 14, п. 1 ст. 251 НК РФ, действие которого распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2003 года.

Более того, до выхода указанного закона можно было оспаривать ссылку налоговиков на формулировку 3-го абзаца п.п. 14, п. 1 ст. 251, являвшегося основанием для налогообложения средств ОМС, поступивших в ЛПУ от СМО по договорам, а не по смете доходов и расходов, так как данные утверждения противоречили другим статьям НК РФ (например, ст. 40) и действующим законам (например, «О медицинском страховании граждан в РФ»).

Заместитель главного врача по экономическим вопросам
ГУЗ «Калужская областная больница»
и внештатный лектор ЦИНО «Знание»

2. На стр. 179 на вопрос: «Что относится к представительским расходам?», дается правильный и исчерпывающий ответ.

В то же время на стр. 183–185 на вопросы о представительских расходах, расходах на рекламу и учебу даются ответы со ссылкой на недействующий документ, так как указанные расходы регламентируются в настоящее время Налоговым кодексом РФ, часть II:

- представительские — п. 2 ст. 264;
- на подготовку и переподготовку кадров — п. 3 ст. 264;
- на рекламу — п. 4 ст. 264.

3. На стр. 186 на вопрос: «Должна ли доля заработной платы за оказание платных услуг соответствовать доле, заложенной в калькуляцию?», дается отрицательный ответ.

Считаем ответ некорректным, так как отвечают по доле заработной платы конкретного работника, а не по доле заработной платы **в целом**. Действительно, за счет экономии по другим статьям можно увеличить средства на оплату труда, но это будет распределение прибыли. Порядок же распределения прибыли на оплату труда, а также налогообложения этих средств (не начисляется ЕСН), учет их в среднем заработке (не учитываются) иные.

Наибольший интерес вызвали разделы Вашего издания «Платные услуги» и «Правовые проблемы деятельности ЛПУ». Благодарны авторам за изложение материала со ссылками на действующее законодательство.

Надеемся на продолжение Вашей деятельности.



Ответ редакции:

Уважаемая Юлия Юрьевна!



Спасибо за добрые слова в адрес книги! Еще большую ценность представляют обнаруженные Вами ошибки и неточности, связанные, как справедливо отмечаете Вы сами, с постоянным и динамичным изменением правовой базы, регламентирующей деятельность лечебных учреждений.

Сегодняшние преобразования в отрасли идут темпами, не имеющими мировых аналогов. Идеологам реформ сложно предусмотреть все многообразие проблем, возникающих при соприкосновении нормативных документов с практикой здравоохранения. Не всегда даже очень грамотные специалисты, привлеченные к сотрудничеству с этой рубрикой журнала, находят ответы на приходящие в редакцию вопросы. Тем выше значимость коллективного обсуждения и поиска корректных толкований правоприменительной практики. Поэтому призываем всех заинтересованных в обсуждении материалов этой рубрики направлять нам свои замечания и комментарии.

С уважением шеф-редактор журнала «Менеджер здравоохранения»

Н.Г.Куракова



В Издательском доме «Менеджер здравоохранения» издана новая книга:



Кадыров Ф.Н. Методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2007. — 278 с.

Рассмотрены методы оценки эффективности деятельности медицинских учреждений при различных источниках финансирования, а также организаций различных организационно-правовых форм, занимающихся медицинской деятельностью. Другими словами, она затрагивает вопросы деятельности как бюджетных (государственных и муниципальных), так и частных (негосударственных) медицинских учреждений, как коммерческих, так и некоммерческих организаций. Одно из главных достоинств книги — ее практическая направленность и возможность использования в деятельности финансовой службы любого учреждения.



По вопросам приобретения обращайтесь по тел. (495) 618-07-92 или электронной почте: idmz@mednet.ru. С содержанием книги можно ознакомиться на сайте: www.idmz.ru





Майкл Портер, Элизабет Тейсберг

Пересмотр системы здравоохранения: конкуренция, основанная на ценности и ориентированная на результат

Язык издания: русский

Год издания: 2007



Авторами отмечено:

Система здравоохранения США находится в кризисе. В 2006 году в США было потрачено 2 триллиона долларов на здравоохранение, и расходы будут расти и в дальнейшем. На кону находятся качество оказания медицинской помощи для миллионов американцев, а также финансовое благополучие пациентов и работодателей, находящееся под угрозой ввиду быстрорастущей стоимости медицинских услуг. Авторы считают, что под угрозой находится стабильность федерального бюджета и бюджетов штатов.

Всемирно признанный эксперт в области стратегий Майкл Портер и эксперт в области инноваций Элизабет Тейсберг приоткрывают завесу над глубоко скрытыми фундаментальными причинами высокой стоимости медицинских услуг в США, плохого качества, неудовлетворенности пациентов, ограниченного доступа и быстрорастущей стоимости в американском здравоохранении, которые часто исследователями упускаются из вида. Авторы представляют на суд читателей пути и методы, ведущие к изменению ситуации в лучшую сторону.

Во время проведения своих изысканий д-ра Портер и Тейсберг пришли к выводу, что нет никаких оснований полагать, что хорошее качество медицинских услуг напрямую связано с повышением их стоимости.

Авторы книги провели глубокую аналитическую работу, посвященную оценке успешности системы здравоохранения США. В книге много сравнительных таблиц и графиков, которые иллюстрируют ход анализа ситуации и предложенные авторами выводы и предостережения.



Более того, существуют веские причины считать, что лучшие поставщики услуг являются более эффективными, а значит, и расходуют меньше средств.

В отличие от многих других работ, авторы которых недальновидно полагают, что отрасль здравоохранения не является рынком, д-ра Портер и Тейсберг считают, что существующая в американском здравоохранении модель конкуренции является конкуренцией с нулевым результатом, создающей мизерную ценность, способствующей плохому качеству и часто приносящей вред пациентам.

Почему? Потому что существующее конкурентное окружение не способствует повышению эффективности; повторяет взвинчиванию стоимости услуг, диктату условий получения помощи и сокращению объема услуг; конкуренция сфокусирована на динамике бизнеса поставщиков услуг и пакетах оказания медицинской помощи вместо того, чтобы быть сфокусированной в части установления диагнозов, оказания помощи и профилактики заболеваний.

Д-ра Портер и Тейсберг излагают свою точку зрения, почему единственный путь, который может привести к настоящему реформированию здравоохранения, это путь преобразования сущности конкуренции. Если говорить более конкретно, это реформирование системы здравоохранения путем преобразования конкуренции, которая была бы способна создать ценность для пациентов.

В силу этих и других причин переосмысление системы здравоохранения должно проис-

ходить в ключе пересмотра сущности конкуренции, существующей в данное время в здравоохранении.

Одним из основных преимуществ предлагаемых авторами рецептов изменений является то, что одни изменения будут влиять на возникновение других необходимых изменений, то есть эти процессы с определенного момента не требуют вмешательства извне.

Авторы предлагают систему здравоохранения США поставить в условия, аналогичные тем, в которых находятся другие отрасли, а именно, в условия предоставления поставщиками услуг пациентам исчерпывающей информации о ценности, создаваемой медицинскими услугами, а затем предоставить пациентам возможность выбора.

В совокупности с рекомендациями, адресованными медицинским учреждениям, работникам системы здравоохранения, работодателям и тем, кто оказывает влияние на формирование стратегии развития отрасли, эта книга указывает направление движения к конкуренции с положительным результатом, которая должна привести к существенному улучшению качества обслуживания и рациональному использованию ресурсов.

«Пересмотр системы здравоохранения: конкуренция, основанная на ценности и ориентированная на результат» является инновационным взглядом на переосмысление конкуренции в здравоохранении, основанной на создании ценности для пациента.



По вопросам приобретения обращаться на сайт:

http://www.books.web-standart.net/book/pereosmyshlenie_sistemy_zdravooxranenija_kak_sozdat/



З-я Международная выставка/форум «МЕДИЦИНА-2007»

Время проведения: с 6 по 8 июня 2007 года

Место проведения: Конгресс-центр ЦМТ на Красной Пресне

Организаторы проекта: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Российская академия наук, ЗАО «МЕДИ Экспо»

Под патронажем: Торгово-промышленной палаты РФ

Третий год подряд выставка/форум «Медицина» является демонстрационной площадкой модернизации системы здравоохранения РФ, отражая в разделах обширной деловой программы ход реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

В рамках проекта:

1. Круглые столы по основным направлениям приоритетного национального проекта «Здоровье».

- Оказание высокотехнологичной помощи населению.
- Развитие профилактического направления в здравоохранении. Диспансеризация населения.
- Демографическая ситуация в России и пути решения проблемы.
- ВИЧ, СПИД и вакцинопрофилактика.

В круглых столах примут участие руководители Минздравсоцразвития России, Росздрава, ФОМС, ФСС, Росздравнадзора, органов здравоохранения субъектов РФ, муниципальных медицинских учреждений, представители Профсоюза работников здравоохранения РФ, поставщиков-победителей конкурсов, ученые. Всего планируется 500 делегатов из 89 управлений здравоохранением субъектов РФ.

2. Всероссийский конгресс лучевых диагностиров «Радиология-2007»

Организаторы:

Кафедра лучевой диагностики и терапии ММА им. И.М.Сеченова,
Московское объединение медицинских радиологов,
ЗАО «МЕДИ Экспо»

Тематические направления Конгресса:

- Роль специалистов по лучевой диагностике в реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».
- Доклиническая диагностика (скрининг) социально значимых заболеваний.
- Вопросы преподавания дисциплины на до- и последипломном этапах. Адаптация преподавания в соответствии с принципами Болонской декларации.
- Роль и место лучевой терапии в онкологической практике.
- Совещание с главными и ведущими специалистами субъектов Российской Федерации (по рентгенологии, ультразвуковой и радионуклидной диагностике, лучевой терапии).

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ:

по участию в научной программе Конгресса:

тел.: 248-7791, 678-7440

www.tomography.ru,

www.radiology-congress.ru

по организационным вопросам:

тел.: 938-9211

факс: 938-2458,

expo@mediexpo.ru,

www.mediexpo.ru



**3. Всероссийская конференция
«Информатизация здравоохранения и
социальной сферы в регионах России:
проблемы координации и информа-
ционного обмена»
Приказ МЗ СР РФ № 284 от 19.04.2007**

Организаторы:

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»,
ЗАО «МЕДИ Экспо»

Основные вопросы Конференции:

- Информационное обеспечение управления системой здравоохранения на современном этапе.
- Проблемы интеграции автоматизированных информационных систем федерального и регионального уровней.
- Мониторинг реализации национального проекта «Здоровье» на территориях РФ с использованием ИКТ.
- Проблемы координации и интеграции ИТ-проектов здравоохранения и социальной сферы на региональном уровне.
- Информатизация медицинских специализированных служб на территориях.
- Взаимодействие автоматизированных информационных систем территориального уровня с муниципальными и учрежденческими системами.

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ:

по участию в научной программе
Конференции:
тел.: 248-7791, 678-7440
www.idmz.ru,
idmz@mednet.ru

по организационным вопросам:
тел.: 938-9211
факс: 938-2458
expo@mediexpo.ru,
www.mediexpo.ru

**4. Всероссийский конгресс врачей
общей практики (семейных врачей)**

Организаторы Конгресса:

Общероссийская ассоциация врача общей практики (семейного врача),
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова,
ЗАО «МЕДИ Экспо»

**Тематические направления программы
Конгресса:**

- Роль и место ВОП/СВ в национальном проекте «Здоровье».
- Организационные модели внедрения общих врачебных практик в Российской Федерации.
- Научные исследования в области семейной медицины.
- Российский и международный опыт развития общей врачебной практики (семейной медицины).
- Фармакотерапия в деятельности врача общей практики.
- Профилактическая деятельность в работе врача общей практики.
- Диагностика, профилактика и лечение распространенных заболеваний.
- Роль сестринского персонала в деятельности общих врачебных практик.

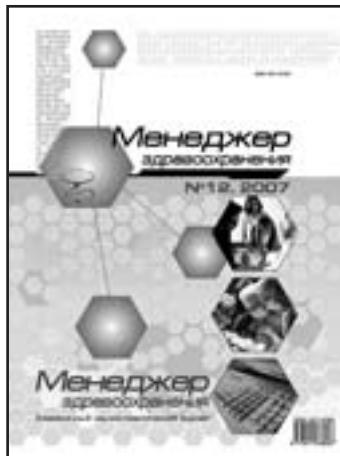
По всем вопросам участия:

тел.: +7 (495) 938-9211,
факс.: +7 (495) 9382-458,
e-mail: expo@mediexpo.ru,
web-site: www.mediexpo.ru

5. 3-я Международная специализированная выставка «Медицина-2007»

Ведущие российские и зарубежные компании представляют посетителям, делегатам, гостям проекта новейшее медицинское оборудование, технику, услуги, лекарства, применяемые в различных областях медицины.





Начинается подписка на второе полугодие 2007 года

В почтовом отделении (на любой срок и с любого номера):

• Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»

Подписной индекс (годовая): **20102**

Подписной индекс (полугодовая): **82614**

Подписка через редакцию (с любого номера):

Стоимость подписки через редакцию для любого региона РФ
платежным поручением на полугодие – **1620 руб.**

НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьинорощинском ОСБ
№ 7981 Сбербанка России, ОАО г. Москва

К/с 30101810400000000225

БИК 044525225

ИНН 7715376090

КПП 771501001

Получатель – ООО Издательский Дом
«Менеджер здравоохранения»

ВНИМАНИЕ!

В платежном поручении обязательно укажите:

«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»
на второе полугодие 2007 г.»

Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.

Мы высыпаем свежий номер ценной бандеролью

Адрес редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11

Тел./факс: (495) 618-07-92; 639-92-45

Моб. тел.: 8(926)602-40-71

E-mail: idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru

www.idmz.ru



(495) 775-65-65
www.medcore.ru



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"



INTERSYSTEMS – 28 ЛЕТ
В АВТОМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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 средства 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