ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№8. 2011

Менеджер здравоохранения

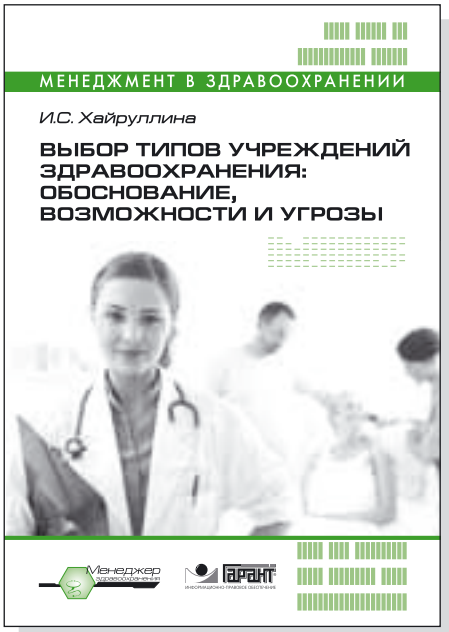
Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185

9 771811 018003

Издательский дом «Менеджер здравоохранения» выпустил книгу под редакцией академика РАМН В.И. Стародубова

Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы



О книге

Рассмотрены новые возможности и новые угрозы различных типов государственных (муниципальных) учреждений (автономные, бюджетные, казенные): права и ответственность, достоинства и недостатки конкретных типов, подходы к формированию государственных (муниципальных) заданий и т.д. Определена персональная ответственность руководителей учреждений здравоохранения в новых условиях. Обоснован выбор типов государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения: критерии, и целый ряд практических аспектов этой проблемы. Показана специфика и возможности государственно-частного партнерства в здравоохранении, определены возможности внедрения аутсорсинга в деятельность медицинских учреждений, привлечения частных клиник для оказания бесплатной медицинской помощи.

Для кого эта книга

Для главного врача

Об авторе

И.С. Хайруллина — один из ведущих специалистов в сфере экономико-правового регулирования деятельности государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

О партнерах:

Система «Гарант» предоставила в качестве приложения к книге уникальный мультимедийный диск, содержащий все нормативные документы, комментирующие правоприменительную практику 83-ФЗ.

Заказать книгу можно по адресу: **idmz@mednet.ru** Сайт редакции: **www.idmz.ru**
Тел.: *8 (495) 618-07-92*

Журнал для эффективных управляющих
системы здравоохранения

Менеджер здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☑ Что ждет систему ОМС в условиях предстоящего сокращения размера страховых взносов?
- ☑ Платные медицинские услуги в свете нового законодательства
- ☑ Экономические аспекты управления медицинской помощью на основе стандартов медицинских услуг
- ☑ Правовой контекст системы менеджмента качества в медицинской организации
- ☑ Проект Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «обязательства» или «полномочия»? *Особое мнение*
- ☑ Анализ продуктивности информационного обмена в системе здравоохранения
- ☑ Перспективы финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования *Консультация журнала*
- ☑ Обзор реформ в системе здравоохранения Германии за последние двадцать лет

WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

№ 8
2011

Главный редактор:
СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России, представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:
КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:
КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

Редакционная коллегия:
КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента мониторинга и оценки эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации Минрегионразвития России

В номере:

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современные аспекты совершенствования систем оплаты больничной помощи в Российской Федерации и за рубежом
В.А. Солодкий, И.М. Сон, В.И.Перхов, Р.В. Стебунова 6–12

Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования
О.В. Обухова, Е.А. Носова 13–16

Экономические аспекты оказания хирургической помощи на поликлиническом этапе в Центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) при консультативно-диагностической поликлинике г. Ставрополя
В.Я. Горбунков, К.А. Муравьев, В.З. Карданов, О.В. Назаренко 17–20

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Комплексные рекомендации органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления по реализации Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Часть 1 21–53

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ

Рынок застыл на «низком старте» 54

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ ЦНИИИОЗ Минздравсоцразвития России

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

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

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

АНАЛИТИКА

В АРМИТ обсуждают перспективы развития медицинских информационных технологий в сфере здравоохранения
А.В.Гусев, М.М. Эльянов 55–62

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Политика государства в сфере здравоохранения в свете Бюджетного послания
Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров 63–69

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров 70–73

С МЕСТА СОБЫТИЙ

Почему ежегодно удваивается количество судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам»?
По материалам круглого стола «Ответственность врачей: врачебная ошибка, дефекты оказания медицинской помощи» 74–78

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ

В июле 2011 г. Минздравсоцразвития России представило доклад о реализации программы государственных гарантий в 2010 году 79–88

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

89–96

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

Главный редактор:
академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru
Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru
Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано ГУП МО «Коломенская типография»: 140400, г. Коломна, ул. III Интернационала, д. 2а
Тел./факс 8 (496) 618-62-87

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Monthly scientific journal

Manager Zdravoochranenia

№ 8
2011

Все публикации журнала индексируются в информационно-аналитической системе Российского индекса научного цитирования

Ваши статьи достойны цитирования в российском профессиональном сообществе...

Contents:

ECONOMICS OF HEALTH CARE

Modern aspects of enhancing the system of medical care payment in Russian Federation and overseas
V.A. Solodkiy, I.M. Son, V.I. Perhov, P.V. Stebunova 6–12

Problems of medical institution's functioning in conditions of transition on one-channel financing system
O.V. Obukhova, E.A. Nosova 13–16

Economic aspects of surgical assistance at polyclinic stage at the Center of Out-Patient Surgery on the basis of Consultation Diagnostic Polyclinic of Stavropol
V.Y. Gorbunkov, K. A. Muravyov, V.Z. Kardanov, O.V. Nazarenko 17–20

INTERESTING DOCUMENT

Complex recommendations for executive bodies of Russian Federation objects, for local governments in realizing Federal law dated from 8 May 2010 year № 83-Federal law «Regarding editing of particular legislative laws of Russian Federation due to enhancement of legal status of public (municipal) institutions». Part 1 21–53

HEALTH CARE IN FIGURES

The market is «frozen» on the «low start» 54

Все публикации журнала будут индексироваться в международной библиометрической системе Scopus

Ваши статьи достойны цитирования в международном профессиональном сообществе...

ANALYTICS

In the Association of developing medical informational technologies there are discussed perspectives of developing medical informational technologies in the health care sphere
A.V. Gusev, M.M. Elyanov 55–62

CONSULTS «MANAGER OF HEALTH CARE»

Politics of government in the sphere of health care in regards of Budget message
Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov 63–69

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov 70–73

FROM THE SCENE OF EVENTS

Why there is doubled quantity of forensic expertise on «physician's cases»?
According to materials of round table: «Responsibility of physicians: physician's mistake, defects in health care» 74–78

HEALTH CARE IN FIGURES

In July 2011 Ministry of health care and social development of Russia has presented a report on realizing program of state guarantees in 2010 year 79–88

REVIEW OF ACTUAL NORMATIVE DOCUMENTS 89–96

В.А. Солодкий,
д.м.н., профессор, член.-корр РАМН, директор ФГУ РНЦРР Минздравсоцразвития России
И.М. Сон,
д.м.н., профессор
В.И. Перхов,
д.м.н., начальник Управления организации медицинской помощи населению РАМН, finramn@mail.ru
Р.В. Стебунова,
аспирант, stebounova@hotmail.com
Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ, г. Москва

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМ ОПЛАТЫ БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЗА РУБЕЖОМ

УДК 614.2
Солодкий В.А., Сон. И.М., Перхов В.И., Стебунова Р.В. ***Современные аспекты совершенствования систем оплаты больничной помощи в Российской Федерации и за рубежом*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ, г. Москва)*
Аннотация: В статье рассматривается зарубежный опыт системы оплаты больничной помощи с использованием клинико-затратных групп. Показано, что в большинстве стран перспективность системы оплаты медицинской помощи с использованием клинико-затратных групп не подвергается сомнению. Актуальность внедрения этой системы в России определяется необходимостью наиболее полного обеспечения прав граждан Российской Федерации на доступную и качественную медицинскую помощь в условиях законодательной реструктуризации бюджетного сектора здравоохранения Российской Федерации и концентрации основной части финансовых ресурсов системы здравоохранения преимущественно в ОМС.
Ключевые слова: *оплата больничной помощи, клинико-затратные группы.*

В современных условиях ухудшение показателей здоровья населения России стало обусловливаться не только комплексом общих социально-экономических факторов, но и рядом негативных тенденций в системе здравоохранения. Важнейшими из этих тенденций являются снижение качества планирования в здравоохранении и несбалансированность структуры оказываемых видов медицинской помощи. Отсутствие адекватных состоянию здоровья населения планов развития здравоохранения приводит к снижению управляемости здравоохранением как единой системой, сохранению экстенсивного характера развития отрасли, иррациональному развитию сети и кадрового потенциала отрасли. Нарастает коммерциализация медицинских учреждений, что проявляется в интенсивном росте расходов населения на медицинскую помощь в государственных и муниципальных медицинских учреждениях на фоне роста объемов финансирования этих учреждений из государственных источников, активизируется теневой рынок медицинских услуг. Все это требует совершенствования планирования и финансирования деятельности медицинских учреждений, прежде всего больниц.

© В.А. Солодкий, И.М. Сон, В.И. Перхов, Р.В. Стебунова, 2011 г.

В связи с вступлением в действие с 01.01.2011 Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» в Российской Федерации ожидается широкомасштабная реструктуризация бюджетного сектора здравоохранения. Законом предполагается расширение объема прав бюджетных учреждений новых типов, устранение субсидиарной ответственности, передача в распоряжение бюджетного учреждения всех полученных доходов. Под действие этого закона попадают также лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) государственно-муниципальной системы здравоохранения, которые, оставаясь государственными, переводятся в режим самоуправления и наделяются оперативно-хозяйственной самостоятельностью по всем вопросам текущего управления. Законом установлено также, что финансовое обеспечение деятельности бюджетного или автономного учреждения будет осуществляться в виде субсидий из соответствующего бюджета, направляемых на оплату государственного (муниципального) задания. Таким образом, Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ создает условия для перехода от сметного содержания ЛПУ вне зависимости от результатов их деятельности к экономическим и программно-целевым механизмам управления здравоохранением в России. При этом органы управления здравоохранением уже не смогут претендовать на полный административный контроль над учреждениями здравоохранения в существовавших ранее формах.

Согласно Федеральному закону от 08.05.2010 № 83-ФЗ, учредитель учреждения будет разрабатывать и императивно устанавливать новым бюджетным учреждениям здравоохранения задания (государственные, муниципальные), так как бюджетное учреждение не вправе отказаться от выполнения государственного (муниципального) задания. Кроме того, неотъемлемым элементом задания являются тарифы. Следовательно, новые типы ЛПУ будут не вправе отказаться и от тарифов, которые могут не соответствовать их реальным затратам, что требует совершенствования ценообразования в здравоохранении, разработки прогрессивных способов оплаты медицинской помощи.

Второй фактор, определяющий актуальность внедрения в России системы оплаты больничной помощи с использованием клинико-затратных групп пациентов, — это концентрация основной части финансовых ресурсов системы здравоохранения преимущественно в ОМС в связи с вступлением в действие с 01.01.2011 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Введение с 2011 года одноканального финансирования медицинских учреждений через систему ОМС путем формирования средств ОМС не только за счет страховых взносов на ОМС, но и за счет передаваемых в систему ОМС ассигнований бюджетов разных уровней радикально меняет ситуацию в здравоохранении. Обязательства по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью будут практически полностью закреплены за системой ОМС. Такой подход будет способствовать восстановлению публичного характера управления в здравоохранении путем расширения договорных отношений. Однако и при этих подходах обязательства государства в сфере здравоохранения могут остаться декларативными, если не обеспечить необходимую эффективность использования ресурсов здравоохранения, в том числе путем совершенствования систем оплаты медицинской помощи.

В соответствии со статьей 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются виды медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, отнесенных к 20 основным клас-

сам по МКБ-10 из 21 класса всего (за исключением передаваемых половым путем заболеваний, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, психических расстройств и расстройств поведения). Если рассматривать только больничную помощь, то объемы этой помощи (по числу пролеченных больных), согласно данным из действующих форм государственной медицинской статистики, ежегодно составляют 96,6% всех объемов стационарной помощи. Для предоставления этих объемов помощи задействовано 82,5% всех существующих мощностей стационаров.

В соответствии с пунктом 7 статьи 35 Закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ тариф на оплату медицинской помощи становится полным. Структура тарифа включает в себя постоянные и переменные расходы, а также расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. Таким образом, Федеральный фонд ОМС и его территориальные подразделения становятся основными заказчиками почти всех объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам в соответствии с Программой государственных гарантий её оказания. В этих условиях механизмы установления государственных (муниципальных) заданий в здравоохранении уступают место контрактным отношениям, в которые будут вовлечены также бюджетные учреждения здравоохранения новых типов и которые предусматривают разделение рисков между плательщиком и производителем медицинских услуг. Это диктует необходимость проведения тонкой ценовой политики, использования тарифов, обеспечивающих необходимую рентабельность деятельности, а также принятия мер, не допускающих перекладывания издержек с одного вида медицинской деятельности на другой. Это перекладывание известно как перекрестное субсидирование направлений медицинской деятельности и характеризуется тем, что несовершенство тарифов ЛПУ используют для выполнения запланированных объемов медицинской помощи путем оказания населению менее затратных медицинских услуг, в том числе и тех, которые не нужны покупателю медицинской помощи.

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ содержит также и другие институциональные стимулы повышения эффективности управления общественными финансами и переориентации деятельности администраторов бюджетных средств с «освоения» выделенных им ассигнований на достижение конечных, общественно значимых и измеримых результатов. Все это потребует перемен в подходах, используемых при оплате медицинской помощи, прежде всего больничной, как наиболее затратной.

Вместе с тем ни один из используемых в настоящее время в Российской Федерации принципов и методов оплаты больничной помощи в рамках ОМС (ретроспективная оплата по ставкам за койко-день, за пролеченного больного, за отдельные услуги, по среднепрофильным тарифам по каждой специальности) не способствует устранению указанных недостатков. Указанный принцип и методы оплаты больничной помощи не отвечают также требованиям одноканального финансирования и разделения рисков между плательщиком и производителем медицинских услуг. В основе применяемого ретроспективного принципа оплаты больничной помощи лежит наиболее затратный, гонорарный метод оплаты (за фактически выполненные объемы медицинской деятельности), который порождает отсутствие заинтересованности в сохранении ресурсов учреждений, в конечном результате лечения пациентов.

Следует также подчеркнуть, что территориальная программа обязательного медицинского страхования с 2012 года включает в себя в том числе перечень страховых случаев, что обусловливает необходимость выработки новых подходов к оплате медицинской помощи, формированию тарифов, основанных на группировке случаев оказания помощи. Для целей тарифного регулирования целесообразно установление стоимости

лечения групп пациентов, связанных по признаку родственности диагноза, возраста, состояния, стоимости и технологии лечения. Эти группы могут выполнять функции финансовых нормативов, отражающих стандартизированные издержки и принуждающих ЛПУ работать в режиме жестких требований к оптимизации расходов. Кроме того, плательщику медицинской помощи легче заказать и оплатить определенное число случаев лечения с примерно одинаковой стоимостью, чем случаи лечения конкретных заболеваний, число которых может быть чрезмерно велико.

Существуют и другие причины, обусловливающие необходимость проведения научных исследований, направленных на совершенствование способов оплаты медицинской помощи. В последние годы все более серьезной проблемой становится рост затрат на медицинское обслуживание, обусловленный сочетанием целого ряда факторов: старением населения, ростом хронической заболеваемости во всех возрастах, ростом инвалидности и смертности; возросшими темпами технического прогресса, приведшими к разработке новых дорогостоящих технологий диагностики и лечения больных. Наряду с этим, в условиях недостаточности объемов финансирования здравоохранения все менее удается компенсировать затраты системы, связанные с ухудшением состояния здоровья населения.

Рост расходов на здравоохранение — тенденция, характерная для всех стран ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития). Темпы роста расходов на здравоохранение во многих развитых странах в последние 30 лет опережают рост ВВП, подвергая возрастающей нагрузке государственные бюджеты. Страны ОЭСР последние десятилетия вынуждены активно проводить реформы в области здравоохранения. Общие черты могут быть объединены в следующие основные направления: первое — это сдерживание темпа роста расходов на здравоохранение. Учитывая, что экономический рост даже в развитых странах замедлился вследствие экономического кризиса, данное направление стало наиболее актуальным. Второе направление — это предоставление одинакового доступа к медицинской помощи для всех групп граждан, и третье — это проведение микроэкономических реформ. Виды проводимых реформ варьируются в зависимости от страны. Однако во всех случаях, когда избыток услуг является причиной неэффективности, применяются меры по изменению мотивации для провайдеров (поставщиков медицинских услуг) — например, изменение способа оплаты.

В основе концепции создания диагностически связанных групп в зарубежных странах лежит идея, общая для всех классификаторов: объединить большое количество уникальных элементов (в данном случае пролеченные в стационаре случаи) в ограниченные по количеству группы с определенными схожими чертами. Главное преимущество такого подхода заключается в том, что он позволяет проводить анализ, который было бы невозможно осуществить при других условиях: например, сравнение расходов (стоимости), эффективности и качества. Следовательно, такой подход подразумевает увеличение транспарентности (прозрачности) в области выработки тактики и стратегии в сфере здравоохранения на политическом уровне, тогда как ранее отраслевые ведомства испытывали определенные трудности. Эти трудности были связаны с тем, что регулирующие органы и плательщики были мало осведомлены о внутренних процессах, происходящих в стационарах, и не обладали возможностью проведения интерпретируемых сравнений. В этом заключается первая причина разработки диагностически связанных групп за рубежом. Другая причина создания диагностически связанных групп более амбициозная: использование DRG как инструмента распределения финансовых ресурсов между стационарами, то есть как метода оплаты.

Другая группа причин использования диагностически связанных групп включает в себя:

контроль стоимости медицинской помощи, повышение «прозрачности» в финансировании больничной помощи и гармонизацию систем оплаты для общественных (государственных) и частных провайдеров больничной помощи. Страны, внедряя систему DRG, часто импортируют систему другой страны — например, США, даже если она не соответствует существующим принципам врачебной практики. Позже они улучшают её на основании своих собственных данных. Однако данные по стоимости обычно достаточно низкого качества вследствие слабого развития систем учета расходов во многих странах. В результате в менее развитых системах DRG используются клинические данные для определения групп услуг с предполагаемой или планируемой однородной стоимостью. В странах, где основным способом оплаты стационарам были метод глобальных бюджетов и оплата за койко-дни, практически не было информации о видах и стоимости медицинских услуг, оказываемых врачами стационаров. Таким образом, DRG стали важным инструментом для госпитальных менеджеров в мониторировании и даже контроле работы врачей.

В настоящее время метод DRG вызывает интерес во многих странах Европы. Соответствующие национальные версии были разработаны в Германии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Франции, Венгрии. Цели, ставшие импульсом к внедрению диагностически связанных групп в разных странах ЕС, различаются: это и сокращение времени ожидания госпитализации; стимулирование деятельности через конкуренцию провайдеров медицинской помощи, наряду с предоставлением пациентам возможности выбора больничных учреждений. Повышение мобильности пациента приводит к растущей взаимосвязанности систем здравоохранения разных стран, и в настоящее время в Евросоюзе начал действовать проект EuroDRG, продолжительность которого: январь 2009 — декабрь 2011.

Проект направлен на проведение сравнительного анализа систем DRG, встроенных в системы здравоохранения 12 европейских стран (Австрия, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Нидерланды, Польша, Испания, Швеция, Ирландия, Великобритания). В первой части проекта основное внимание уделяется сложности случаев платежей в больницах в национальных контекстах. Особый акцент делается на выявление тех факторов, которые имеют решающее значение для (1) расчета адекватных платежей случая лечения, (2) справедливое сравнение эффективности больниц внутри стран и по всей Европе и (3) изучение взаимосвязи между затратами и качеством медицинской помощи, оказываемой в больницах. Вторая часть проекта направлена на выявление общеевропейских проблем в оплате случаев больничной помощи. Особый акцент делается на (1) определение путей для расчета платежей наиболее адекватным образом, (2) для оценки эффективности больницы внутри и между европейскими странами и (3) выявление факторов, которые влияют на отношения между затратами и качеством стационарной помощи. Третья часть проекта будет посвящена разработке и внедрению первой общеевропейской системы сравнения (бенчмаркинг) как средства выявления общих проблем и системных факторов, необходимых для выработки удачных стратегий внедрения DRG на медленно развивающемся общеевропейском госпитальном рынке.

В целом в настоящее время можно констатировать, что оплата больничной помощи в Евросоюзе уже прошла путь от оплаты по глобальному бюджету и по ставкам за койко-день или пролеченного больного к оплате за случай лечения, основанный на DRG. Данные последних исследований показывают, что оплата за случай лечения на основе различных вариантов DRG является почти повсеместной практикой в странах-членах ЕС, как «старых», так и «новых».

Вместе с тем ожесточенные дебаты среди клиницистов, ученых и представителей общественности за рубежом показывают, что плате-

жи больницам на основе DRG содержат в себе значительные технические, организационные, экономические и политические проблемы. Системы DRG сильно различаются в европейских государствах-членах ЕС. Структурные и организационные компоненты цены (страна, уровень зарплат, соотношение постоянных и переменных расходов, преподавательская практика в стационаре) могут играть более важную роль в изменении затрат внутри одного случая лечения по DRG, чем, например, гетерогенность терапевтических схем. Если этого не учитывать, то многие европейские системы DRG могут развиваться в неверном направлении и концентрироваться исключительно на улучшении медицинской классификации DRG. К тому же в последнее десятилетие европеизация рынков медицинских услуг привела к повышению давления на национальные системы компенсаций стационарам.

В научных и политических кругах многих стран признается, что внедрение DRG сильно влияет на поведение поставщиков медицинских услуг. Большая часть исследований, проведенных преимущественно в США в 1990-х годах, показала, что внедрение DRG привело к снижению средней продолжительности госпитализации и расходов на пролеченный случай. Более современные международные данные о влиянии внедрения DRG в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии демонстрируют, что системы DRG и ретроспективной оплаты за оказанные услуги приблизительно одинаково влияли на расходы на здравоохранение в период между 1990 и 2004 годами.

Литературы о влиянии реформирования системы оплаты в стационарном секторе на показатели здоровья населения в индустриальном мире удивительно немного. Существующие исследования фокусируются в основном на оценке влияния на расходы в стационарном секторе, а влияние DRG на показатели здоровья изучается гораздо реже. В результате систематических данных о влиянии DRG на показатели здоровья и качество жизни практически нет. Ранние исследования в США лишь показали, что DRG не увеличивают смертность населения.

Главный результат использования системы DRG за рубежом — это сокращение средней длительности пребывания больного в стационаре и числа самих стационаров. В условиях оплаты по DRG больницы вынуждены организовывать догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях. Заключительный этап лечения и реабилитация переносится либо в амбулаторный сектор, либо в домашние условия с использованием медицинского персонала. В условиях оплаты по диагностически связанным группам также заметно возрастает объем амбулаторной хирургии.

Заключение

Актуальность совершенствования систем оплаты больничной помощи определяется необходимостью наиболее полного обеспечения прав граждан Российской Федерации на доступную и качественную медицинскую помощь в условиях реструктуризации бюджетного сектора здравоохранения Российской Федерации и концентрации основной части финансовых ресурсов системы здравоохранения преимущественно в ОМС.

В целом проведенный анализ зарубежного опыта показал, что в большинстве стран перспективность системы оплаты больничной помощи с использованием клинико-затратных групп не подвергается сомнению. Система DRG также выгодна для организаторов здравоохранения, поскольку позволяет сравнивать работу стационаров и потребление ими ресурсов.

По мнению большинства зарубежных исследователей, система диагностически связанных групп призвана стимулировать увеличение эффективности и препятствовать оказанию ненужных услуг, то есть преодолеть некоторые недостатки традиционных систем оплаты стационарам, в том числе по медико-экономическим стандартам (МЭС), используе-

мых в системах ОМС ряда регионов России. МЭС не учитывают сложность случаев (только основной диагноз). Тарифы МЭС, как правило, не покрывают реальных расходов ЛПУ, что связано с наличием системы двойного финансирования (ОМС и бюджет). Оплата по МЭС проводится без учета качества лечения (в DRG повторная госпитализация с тем же кодом DRG оплачивается по значительно сниженному тарифу). Кроме того, DRG как средство распределения ресурсов может способствовать конкуренции в секторе здравоохранения, который в России претерпевает существенные перемены в связи с введением в действие с 2011 года Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ.

Однако ни сам Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ (ст.33), ни изменения, вносимые этим законом в законодательные акты Российской Федерации, не содержат регламентацию порядка формирования государственных (муниципальных) заданий и порядка финансового обеспечения их выполнения, основой которого является система оплаты медицинской помощи. В Законе регламентируется лишь процесс перехода от используемой в настоящее время сметной системы финансирования к контрактной (договорной) системе. Детального описания механизмов действия контрактной системы, как для самоуправляемых ЛПУ (бюджетных, автономных учреждений здравоохранения), так и для ЛПУ, напрямую управляемых органами исполнительной власти в сфере здравоохранения (казенных учреждений здравоохранения), до сих пор нет. Станет ли такая система эффективной, во много зависит от выбранных способов оплаты и тарифов.

По нашему мнению, система оплаты и тарифы должны обеспечить должное вознаграждение учреждениям здравоохранения, способным показать высокую эффективность в предоставлении медицинской помощи. Система оплаты и тарифы должны повысить инициативность всех подразделений новых типов учреждений и стимулировать их на более качественное и менее затратное медицинское обслуживание населения. Решение этих задач можно добиться путем применения таких способов оплаты медицинской помощи, которые бы не только мотивировали ЛПУ к результативной работе, но и обеспечивали бы оптимальное сочетание рыночных сил и мер государственного регулирования, предпринимательских и некоммерческих форм организации медицинской помощи.

Вместе с тем следует подчеркнуть, что для большинства стран эмпирические доказательства положительных результатов внедрения системы DRG весьма ограничены. Поэтому в отсутствие надежных данных разработка методологии и стратегии внедрения системы DRG в России должна основываться на глубоком и системном анализе предпосылок, условий и возможностей для изменения способов оплаты наиболее дорогостоящей — стационарной медицинской помощи.

UDC 614.2

Solodkiy V.A., Son I.M., Perhov V.I., Stebunova P.V. ***Modern aspects of improving hospital costs coverage system in Russian Federation and abroad*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow)*

Annotation: In the article there is considered international experience of hospital care costs coverage system with the usage of clinic-costs groups. It is shown that in the majority of countries the promise of medical care costs coverage system with the usage of clinic-cost groups is not doubted. Topicality of implementing this system in Russia is defined by necessity to fully provide citizens of Russian Federation with rights on affordable and qualitative medical care in conditions of legislative restructuring of budget sector of health care of Russian Federation and concentration of main financial resources of health care system primarily in Mandatory Medical Insurance.

Keywords: *coverage of hospital costs, clinic-cost groups*

О.В. Обухова,
к.п.н., заведующая отделением экономики и ресурсным обеспечением здравоохранения, obuhova@mednet.ru
Е.А. Носова,
научный сотрудник, nosova@mednet.ru
Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ, г. Москва

ПРОБЛЕМЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА ОДНОКАНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ФИНАНСИРОВАНИЯ

УДК 614.2

Обухова О.В., Носова Е.А. ***Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования*** *(Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗСР РФ, г. Москва)*

Аннотация: При внедрении новых механизмов финансирования системы здравоохранения субъектов Российской Федерации следует особое место уделять анализу возможных рисков как для всей системы здравоохранения, так и для медицинских учреждений, а также поиску путей их минимизации. В статье рассматривается ряд аспектов перехода на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования и внедрение подушевого финансирования при оплате амбулаторной медицинской помощи.

Ключевые слова: *здравоохранение, регионы Российской Федерации, механизмы финансирования, обязательное медицинское страхование, амбулаторная медицинская помощь, оплата*

В настоящее время одной из директив государства в области здравоохранения является преодоление фрагментарности системы финансирования путем перехода на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. В едином канале подразумевается консолидация государственных бюджетных средств субъектового и муниципального уровней, используемых для оплаты услуг по содержанию имущества медицинских учреждений (коммунальные платежи, содержание зданий, амортизация и обновление оборудования), и средств обязательного медицинского страхования, расходуемых на статьи по заработной плате, покупке медикаментов, мягкого инвентаря, питание больного. Такое объединение средств позволяет перейти на оплату медицинской помощи по полному тарифу из средств ОМС, то есть реально перевести экономику государственной системы здравоохранения на страховые принципы.

К сожалению, в большинстве субъектов Российской Федерации продолжает отмечаться дефицитность территориальных программ государственных гарантий, за счет средств которых, согласно мнению государственных чиновников, должно быть обеспечено «...финансирование всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат...»[1]. Дефицит отмечается как в целом по ТПГГ, так и по территориальным программам обязательного медицинского страхования. Основным фактором недосбора средств являются нерегулярные и низкие платежи бюджетной системы на неработающее население. Ситуацию усугубляет существующее

[1] Журнал «Ремедиум». — 2009. — № 8–9.

© О.В. Обухова, Е.А. Носова, 2011 г.

соотношение работающего и неработающего населения. Так, по данным ФФОМС за 2009 год, в целом по Российской Федерации на 2010 год данное соотношение составляет 41,4 к 58,6%. Максимальное расхождение — 30 к 70% отмечено в Южном федеральном округе. Чуть лучше ситуация в субъектах Сибирского федерального округа: соотношение работающего и неработающего населения составляет 40 к 60%.

В настоящее время медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, выживают именно благодаря двухканальной системе финансирования, при которой содержание самого учреждения отнесено к ответственности органов управления соответствующими бюджетами, а часть доходов, зависящая от объема оказанной медицинской помощи, подчинена правилам финансирования обязательного медицинского страхования. Такая система, с одной стороны, защищает учреждение от полного банкротства, а с другой, при положительном раскладе позволяет получить финансовую прибыль, большая часть которой уходит на заработную плату. Поэтому, на наш взгляд, переход на полный тариф из средств ОМС является значительным финансовым риском для всех медицинских учреждений субъектов Российской Федерации, работающих в условиях критической дефицитности ТПГГ.

Переход на преимущественно одноканальную систему финансирования должен сопровождаться наличием достаточных финансовых средств в системе здравоохранения субъекта Российской Федерации. Этот факт подтверждают и результаты проведенного специалистами ФГУ «ЦНИИОИЗ» анализа эффективности систем здравоохранения субъектов Российской Федерации, основанного на данных интегральной оценки доступности, качества и ресурсного обеспечения здравоохранения. Исследование показало, что перевод территорий на финансирование преимущественно по системе обязательного медицинского страхования является эффективным способом оптимизации имеющегося избыточного финансирования при его наличии. При дефицитном же бюджете ТПГГ, в том числе и в части обязательного медицинского страхования, данная мера способна приводить к снижению качества оказываемой помощи.

Но сам по себе переход на одноканальную систему является не самоцелью проводимых реформ в здравоохранении. Система финансирования, действующая в страховых условиях, должна способствовать повышению мотивации труда медицинских работников, что в свою очередь должно внести ощутимый вклад в улучшение показателей здоровья населения. А усилению мотивации труда должно способствовать внедрение эффективных механизмов оплаты медицинской помощи. В интервью «Российской газете» А.В. Юриным подтверждается данная мысль, что «...когда мы говорим о переходе на одноканальное финансирование, мы подразумеваем не просто по одному каналу профинансировать первичное звено или стационары, или «скорую помощь», ... речь идет о более глубоких реформах, ... распорядителем средств ОМС должно стать первичное звено. Участковый врач получает определенную сумму средств в зависимости от количества населения. Стимулом для повышения базовой зарплаты должно стать реальное здоровье вверенного ему населения. То есть он должен быть заинтересован осуществить превентивные мероприятия, пригласить больного на обследование, словом, проявить инициативу по отношению к больному. И чем реже у больных будет необходимость обращаться в стационар, вызывать «скорую помощь», тем будет лучше и для больного, и для врача общей практики. Здесь очень важна система сдержек и противовесов. То есть нельзя ни в коем случае допускать запущенных случаев в стационаре и нельзя делать так, чтобы «скорая помощь» необоснованно отказывала. Разумное сочетание всех этих трех видов помощи позволит и более рационально использовать средства

здравоохранения в целом...»[2]. Указанный руководителем ФФОМС способ оплаты первичной медико-санитарной помощи может быть реализован в виде подушевого финансирования в различных его вариантах.

Надо сказать, что в зарубежной литературе подушевое финансирование сопряжено с понятием финансовых рисков поставщика медицинских услуг, которые рассматриваются как традиционные страховые риски, то есть отвечающие всем требованиям, предъявляемым к страховым рискам действующим законодательством в области страхования[3].

Действительно, именно данный способ оплаты медицинской помощи как никакой другой отвечает всем принципам страховой деятельности. Так, в рамках подушевого финансирования рассчитывается (формируется) финансовый объем средств (страховой пул), состоящий из подушевых нормативов (страховых взносов) и зависящий от численности прикрепленного населения. Объем данных средств обеспечивает оказание соответствующих медицинских услуг при наступлении страхового случая[4]. Очевидно, что чем больше размер объема финансовых ресурсов, тем больше вероятность покрыть достаточно крупные риски, к коим относится оказание наиболее затратных видов медицинской помощи. Поэтому поставщики медицинской помощи, работающие по данному методу, заинтересованы как в прикреплении максимально возможного количества застрахованных лиц, а также в осуществлении профилактической работы среди прикрепленного населения, так как, мы это все хорошо знаем, экономически выгодно заболевание предупредить, чем его лечить. Да и при выборе способа или методик лечения поставщики первичной медицинской помощи отдают предпочтение наименее затратным и более эффективным, нежели инновационным, но и более дорогим решениям. Это стимулирует медперсонал непрерывно обновлять свои знания о новейших разработках в области медицины.

Основой финансовой устойчивости поставщика медицинской помощи является размер страхового взноса или подушевого норматива, расчетом которого занимаются страховые компании. При этом следует учесть главное отличие: в зарубежных странах подушевой норматив рассчитывается исходя из расчетной потребности в финансовых средствах, в нашей стране — исходя из утвержденного объема средств на амбулаторную помощь, выделяемых в рамках практически повсеместно дефицитной территориальной программы государственных гарантий. Именно здесь проявляется основное расхождение с принципом подушевого финансирования, действующим в зарубежных странах, смысл которого ***в уменьшении издержек на здравоохранение***[5].

Итак, для эффективной реализации плана перехода как на одноканальное финансирование, так и при внедрении эффективных способов оплаты медицинской помощи, необходимо просчитать возможные риски и пути их преодоления. Среди общих рисков решающее значение имеют:

- Банкротство медицинских учреждений, связанное с низкими тарифами на медицинские услуги, а также с недостаточностью финансовых ресурсов в связи с невыполнением объемов медицинской помощи.

[2] «Российская газета» — Федеральный выпуск. — № 5045 (221). — 23.11.2009.

[3] Страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи — ФЗ № 326 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

[4] Страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию — ФЗ № 326 от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

[5] *Cox T.* Legal and Ethical Implications of Health Care Provider Insurance Risk Assumption//JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation. — 2010. — № 12(4). — P. 106–116.

Низкие тарифы могут быть обусловлены:

— дефицитом территориальных программ государственных гарантий и обязательного медицинского страхования;

— отсутствием законодательного закрепления размеров отчислений на неработающее население, производимое органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, являющимися страхователями неработающего населения;

— значительными задержками в оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, обусловленные задержкой отчислений страхователями на работающее население (напр., предприятий субъекта РФ в ТФОМС в связи с экономическим кризисом).

• Административно-правовые проблемы в связи с несовершенством или отсутствием нормативно-законодательной базы, регламентирующей механизм перехода системы здравоохранения субъекта РФ на преимущественно-одноканальное финансирование.

• Возможность сокращения мощностей государственных медицинских организаций здравоохранения в связи с передачей их медицинским организациям частной формы собственности.

Преодолению рисков и минимизации возможных проблем реализации перехода на одноканальное финансирование помогут:

• изменение подходов к формированию Территориальной программы ОМС:

— обеспечить бездефицитность ТПГГ и ТП ОМС путем законодательного закрепления минимального финансового норматива взносов на неработающее население из бюджета субъекта Российской Федерации и санкции при несвоевременном и неполном выполнении;

— обеспечить сбалансированность объемов медицинской помощи по видам;

• выработка плана перехода, содержащего:

— анализ, изучение опыта других регионов РФ по преодолению возможных рисков;

— методику и порядок финансирования;

— формирование нормативно-правовой базы;

— схему информационного взаимодействия участников системы;

— алгоритм нейтрализации негативных последствий перехода;

— мониторинг и оценку выполнения этапов плана.

• Отработка схемы финансирования на пилотных территориях субъекта РФ.

• Внесение необходимых изменений и дополнений в нормативно-законодательную базу субъекта РФ.

• Внедрение договоров о передаче средств из муниципального района в ТФОМС.

• Проведение большой разъяснительной работы с руководящим составом учреждений здравоохранения, разъяснение внедрения методики одноканального финансирования учреждений здравоохранения.

• Осуществление тотальной персонификации услуг здравоохранения.

Обеспечение данных условий функционирования системы здравоохранения позволит значительно минимизировать возможные риски при переходе на одноканальное финансирование через систему ОМС и внедрении эффективных способов оплаты медицинской помощи.

UDK 614.2

Obukhova O.V., Nosova E.A. ***Problems of medical institution's functioning in conditions of transition on one-channel financing system*** *(Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow).*

Abstract: While implementing new mechanisms of financing health care system of subjects of Russian Federation, it is necessary to pay additional attention to possible risks as for the whole system of health care, as well as for medical institutions in particular and to the search ways of their minimization. In the article there are considered several aspects of transition to the predominantly single-channel financing via system of mandatory medical insuring and introduction of capitation payment for outpatient care.

Keywords: *health care, regions of Russian Federation, mechanisms of financing, mandatory medical insurance, ambulatory medical care, payment.*

В.Я. Горбунков,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь, postmaster@stgma.ru
К.А. Муравьев,
к.м.н., главный врач городской больницы № 3, г. Ставрополь
В.З. Карданов,
к.м.н., доцент кафедры поликлинической хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь
О.В. Назаренко,
ассистент кафедры поликлинической хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ (ЦАХ) ПРИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ Г. СТАВРОПОЛЯ

УДК614.2
Горбунков В.Я., Муравьев К.А., Карданов В.З., Назаренко О.В. ***Экономические аспекты оказания хирургической помощи на поликлиническом этапе в Центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) при консультативно-диагностической поликлинике г. Ставрополя*** *(Ставропольская государственная медицинская академия; Городская больница № 3, г. Ставрополь)*
Аннотация: В настоящее время кризис экономики и социальной сферы требует от организаторов здравоохранения повысить значимость амбулаторно-поликлинического звена в системе медицинского обеспечения, эффективно использовать имеющиеся финансовые ресурсы и устранить диспропорции в объемах оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической хирургической помощи населению. На долю стационарной приходится 60–70% ресурсов здравоохранения, в то время как в экономически развитых странах она не превышает 35–50%. В приведенном исследовании показана экономическая целесообразность переноса лечения ряда хирургических заболеваний из стационаров в центры амбулаторной хирургии. Необходимо шире использовать стационарозамещающие и ресурсосберегающие технологии в хирургии.
Ключевые слова: *хирургическая помощь, поликлинический этап, экономические оценки, ресурсосберегающие технологии*

В настоящее время кризис экономики и социальной сферы усугубляется крайне низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов, в частности, в здравоохранении: несбалансированность структурных звеньев медицинской помощи населению, усиливающиеся диспропорции в объемах стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи в сторону значительного превалирования наиболее ресурсоемкой больничной помощи, на долю которой приходится 60–70% ресурсов здравоохранения, в то время как в экономически развитых странах она не превышает 35–50%.

© В.Я. Горбунков, К.А. Муравьев, В.З. Карданов, О.В. Назаренко, 2011 г.

Отечественный и зарубежный опыт показывает, что до 40–50% плановых хирургических операций, целый ряд сложных диагностических исследований, а также комплексное консервативное лечение больных хирургического профиля можно выполнить в амбулаторно-поликлинических условиях

Повышение значимости амбулаторно-поликлинического звена в системе медицинского обеспечения сопровождается разработкой и последовательным внедрением в практическую деятельность медицинских учреждений новых перспективных форм и методов работы, в частности, организационных форм оказания хирургической помощи населению — таких как оказание помощи в условиях дневных стационаров (ДС) при поликлиниках и стационаров дневного пребывания (СДП) при хирургических стационарах.

В определенной степени медицинская помощь в ДС и СДП выступает в качестве организационной формы, связывающей между собой оказание больничной помощи с амбулаторно-поликлиническим обслуживанием.

Недостаточно освещенным в научной литературе и внедренным в практику является такой важный раздел стационарозамещающей помощи, как хирургический.

Оценивая опыт работы и перспективы дальнейшего развития хирургической помощи амбулаторно-поликлинического звена в России и за рубежом, необходимо отметить, что основными путями повышения хирургической активности в поликлинических условиях и расширения объема помощи больным хирургического профиля являются следующие:

— создание в амбулаторно-поликлинических учреждениях современных центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) с хорошими операционно-перевязочными блоками и палатами кратковременного пребывания больных;

— комплектование штатов таких формирований высококвалифицированными хирургами, анестезиологами и средним медицинским персоналом;

— оснащение центров современным оборудованием, диагностической и контролирующей аппаратурой и инструментарием;

— организация наблюдения за состоянием пациентов в послеоперационном периоде на дому.

В нашем исследовании при анкетировании пациентов круглосуточных стационаров им была предложена для оценки формула «круглосуточный стационар — удобная форма лечения». Из предложенных вариантов ответа наиболее популярными оказались те, в которых выражалось либо совершенное несогласие с предложенной формулой (35,2%), либо мнение «скорее не согласны» (37,0%). Однако существенную долю при этом составили и ответы лиц, в которых они выражали полное согласие с позитивной оценкой круглосуточного стационара как организационной формы лечения (24,1%).

Пациентам ДС была предложена для оценки формула «дневной стационар — удобная форма лечения». Ответы распределились следующим образом, «скорее согласны, чем нет» — 66,7% респондентов и почти каждый третий выразил полное согласие с предложенной формулой (30,8%). Лишь 2,5% выбрали вариант ответа «скорее не согласны». Характерно, что совершенно не согласных среди опрошенных пациентов выявить не удалось. Из представленных данных следует, что тех пациентов, которым импонирует ДС как организационная форма лечения, значительно больше, чем сторонников лечения в условиях круглосуточного хирургического стационара.

Одним из ключевых направлений развития здравоохранения Ставропольского края становится перенос центра тяжести на всемерное расширение деятельности и совершенствование хирургической амбулаторно-поликлинической помощи. В системе здравоохранения Ставропольского края широко получили развитие организационные формы медицинского обеспечения, основанные на принципе стационарозамещающей технологии.

Проблеме активного внедрения прогрессивной формы организации хирургической помощи в практику здравоохранения — Центров амбулаторной хирургии — уделяется большое внимание органами управления здравоохранением края и г. Ставрополя.

В 2001 году в г. Ставрополе при консультативно-диагностической поликлинике был образован первый Центр амбулаторной хирургии, где широко были внедрены малозатратные стационарозамещающие технологии.

Перечень оперативных вмешательств в условиях ЦАХ был пополнен такими операциями, как флебэктомия, операции по поводу наружных грыж живота, при кистозно-фиброзных мастопатиях и другими операциями, традиционно проводимыми в хирургических стационарах круглосуточного пребывания.

Организация дневных стационаров при ЦАХ для данной категории пациентов является весьма актуальной задачей. Содержание дневного стационара в поликлинике выгодно отличается от круглосуточного своей экономичностью: пациенты питаются дома, значительно меньше стоят гостиничные услуги, ниже расходы на медикаменты, экономятся средства за счет сокращения круглосуточно работающего медицинского персонала. С другой стороны, дневные стационары очень удобны для больных: пациенты находятся здесь в психологически комфортном состоянии, им обеспечен постоянный врачебный контроль, они получают все необходимые лечебно-диагностические процедуры и, главное, большую часть суток они проводят в кругу семьи.

Расширение объема хирургической помощи в амбулаторных условиях, в центрах амбулаторной хирургии способствует сокращению сроков проведения больным плановых операций, высвобождению числа хирургических коек в стационарах для проведения более сложных оперативных вмешательств, уменьшению возможных (внутрибольничных) осложнений, снижению материальных и финансовых затрат на лечение больных, позволяет более эффективно организовать реабилитацию оперированных больных, а также диспансеризацию пациентов с хронической хирургической патологией.

В доступной литературе за последние годы освещается опыт организации в России целого ряда центров амбулаторной хирургии с дневными стационарами, стационарами дневного пребывания, стационарами на дому, при больницах, поликлиниках, диагностических центрах в крупных городах (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Новосибирск, Тула и др.).

В ЦАХ г. Ставрополя при консультативно-диагностической поликлинике нами проанализирована экономическая эффективность лечения пациентов с хирургической патологией по сравнению со стационаром хирургического профиля. Были просчитаны финансовые затраты в ЦАХ и хирургическом стационаре на лечение 1 пациента с аналогичными заболеваниями: атеросклероз сосудов нижних конечностей, лечение диабетической стопы, лечение хронического панкреатита, флебэктомия — по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, грыжесечение — при наружных грыжах живота и секторальная резекция молочной железы по поводу кистозно-фиброзных форм мастопатий.

Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС) финансирует лечебно-профилактическое учреждение за пролеченных пациентов согласно стандартам лечения. Количество койко-дней на 1 случай взято из стандартов лечения.

Консервативное лечение больных с атеросклерозом нижних конечностей в ЦАХ обходится фонду ОМС в 8830,0 рублей, а в круглосуточном хирургическом стационаре — 11 697, 0 рублей. Разница на лечение 1 больного — 2867,0 рублей. На лечение больного с диабетической стопой в ЦАХ фонд ОМС расходует 8830 рублей, а в хирургическом стационаре — 19 944,0 рублей. Разница на лечение 1 больного составляет 11 114,0 рублей. На лечение 1 больного с обострением хрони-

ческого панкреатита в ЦАХ расходуется также 8830,0 рулей, а в стационаре 11 697,0 — разница 2867,0 рублей. Таким образом, только на экономии в консервативном лечении 1 пациента с наиболее распространенными формами хирургических заболеваний в ЦАХ фонд ОМС перерасходует, а органы здравоохранения не получают финансы в размере 16 848,0 рублей. Учитывая, что таких больных через хирургические стационары проходит за год не одна тысяча, то экономические потери здравоохранения вырастают более чем на 17 млн. рублей.

На лечение 1 больного с варикозной болезнью нижних конечностей — флебэктомия в ЦАХ, согласно стандартам лечения, фонд ОМС выделяет 4769,0 рублей, а в хирургическом стационаре — 11 697,0 рублей, разница — 6928,0 рублей. Аналогичные экономические расчеты проведены по лечению больных с различными формами мастопатий. Секторальная резекция в ЦАХ стоит 2332,0 рубля, а в хирургическом стационаре 11 697,0 рублей — на 9365,0 рублей дороже. Грыжесечение по поводу наружных грыж живота в хирургическом стационаре обходится фонду ОМС на 8553,0 рубля дороже, чем в ЦАХ. Таким образом, оперативное лечение распространенных хирургических заболеваний для фонда ОМС обходится еще дороже и составляет 24 846,0 рублей. Подобных операций за год проводится так же не одна тысяча, а, следовательно, экономические потери здравоохранения составляют более 25 млн. рублей.

Согласно проведенным экономическим исследованиям, программа расширения стационарозамещающих, ресурсосберегающих подразделений хирургического профиля еще требует дальнейшего изучения и решения целого ряда медицинских, организационных и экономических проблем.

UDK 614.2
Gorbunkov V.Y., Muravyov K.A., Kardanov V.Z., Nazarenko O.V. ***Economic aspects of surgical assistance at polyclinic stage at the Center of Out-Patient Surgery on the basis of Consultation Diagnostic Polyclinic of Stavropol*** *(Stavropol State Medical Academy; The Head Doctor of the Third Hospital of Stavropol)*
Abstract: Nowadays, the crisis of economic and social fields demand from health organizers to increase the importance of out-patient unit in the system of medical provision, effectively use financial resources and eliminate the disproportion in providing in-patient and out-patient surgical aid to population. In-patient care takes 60–70% of health resources while in economy-developed countries it doesn't exceed 35–50%.
The given research shows economic efficacy of treatment transference of surgical diseases from in-patient departments to out-patient surgical centers. It is necessary to use more wider in-patient-replacing and resource-saving technologies in surgery.
Keywords: *surgical care, policlinic stage, economic evaluation, saving technologies.*

Актуальные нормативные документы

ПЕРЕХОД РОСЗДРАВНАДЗОРА НА БЕЗБУМАЖНЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ: ПЛАН

Утвержден план мероприятий Росздравнадзора по поэтапному переходу на безбумажный документооборот. В частности, необходимо разработать перечень документов, которые создаются, хранятся и используются в электронной форме, и согласовать его с Росархивом. Запланирована подготовка доклада в Росархив и Минкомсвязь России об обеспечении должностных лиц Росздравнадзора средствами ЭЦП в целях использования в электронном документообороте. Внедрить последний должны с 1 января 2012 г. По каждому мероприятию определены исполнители и срок.

Источник: *Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 23 мая 2011 г. № 2765-Пр/11*

От редакции:

В информационно-правовых базах недавно появился необычный документ, посвященный реализации Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ). Этот документ не имеет ни номера, ни даты, не указаны его разработчики (вообще-то — это плод работы целого ряда министерств, но лишь в некоторых разделах указано, каким конкретно министерством подготовлен соответствующий раздел).

Это действительно, комплексный документ, соответствующий своему названию. Документ с положительной стороны отличает и относительно простой стиль изложения (насколько это вообще возможно в такого рода документах).

Хотя документ адресован органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления, с данным документом полезно ознакомиться руководителям и специалистам учреждений здравоохранения. Мы его приводим в выдержках с комментариями редакции. Сегодня мы публикуем первую часть документа (разбивка на части дана редакцией) и продолжим публикацию в следующих номерах. Нумерация разделов документа сохранена, но публиковать их мы будем иногда с нарушением сквозной нумерации.

Тем, кто желает более детально ознакомиться с вопросами, касающимися изменения статуса государственных (муниципальных) учреждений, рекомендуем обратиться к книге, выпущенной нашим издательством: Хайруллина И.С. Выбор типов учреждений здравоохранения: обоснование, возможности и угрозы//Под редакцией: академика РАМН В.И. Стародубова. — М.: ИД «Менеджер здравоохранения», 2011. — 328 с.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

КОМПЛЕКСНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОРГАНАМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ОРГАНАМ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 8 МАЯ 2010 Г. № 83-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В СВЯЗИ С СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕМ ПРАВОВОГО ПОЛОЖЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) УЧРЕЖДЕНИЙ».[1] ЧАСТЬ 1.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Цели и задачи Федерального закона

Основной целью Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон) является создание правовых механизмов, способствующих повышению качества и доступности государственных (муниципальных) услуг (работ) (далее — услуги), оказываемых (выполняемых) государственными (муниципальными) учреждения-

[1] Разработаны в соответствии с поручением Правительства Российской Федерации от 16.10.2010 № СС-П16-7135.

ми (далее — учреждения), а также повышение эффективности деятельности самих учреждений.

Комментарий: *Вообще-то официально необходимость принятия данного закона формулировалась несколько по иному. В соответствии с Пояснительной запиской к проекту Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (которая была направлена Правительством Российской Федерации в Государственную Думу одновременно с текстом законопроекта), проект федерального закона направлен на повышение эффективности предоставления государственных и муниципальных услуг, при условии сохранения (либо снижения темпов роста) расходов бюджетов на их предоставление, путем создания условий и стимулов для сокращения внутренних издержек учреждений и привлечения ими внебюджетных источников финансового обеспечения, а также создание условий и стимулов для федеральных органов исполнительной власти для оптимизации подведомственной сети.*

Однако, по большому счету, это не противоречит целям, изложенным в Комплексных рекомендациях, тем более, что основные положения, содержавшиеся в Пояснительной записке, приведены по тексту Комплексных рекомендаций.

Мотивирующими факторами, обеспечивающими качество и доступность услуг, должны стать: формирование для каждого учреждения государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ) (далее — задание) с указанием показателей объема и качества его выполнения; обеспечение контроля за выполнением задания; установление прямой зависимости объема финансового обеспечения выполнения задания (размера субсидии) от результатов деятельности учреждений; большая экономическая самостоятельность учреждения и ответственность руководства учреждения за финансовые результаты его деятельности; однозначное определение перечня услуг, финансируемых за счет соответствующего бюджета, и четкие требования к порядку оказания платных услуг учреждениями и определению их стоимости для потребителя.

Положениями Федерального закона созданы условия для повышения эффективности бюджетных расходов, направляемых на финансовое обеспечение услуг. Это достигается путем создания стимулов для учреждений к сокращению внутренних издержек, а для федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления — стимулов к оптимизации подведомственной им сети учреждений.

Комментарий: *Повторив в этом абзаце часть положений, содержащихся в пояснительной записке, авторы Комплексных рекомендаций, тем не менее, обошли стороной фразы о сохранении (либо снижении темпов роста) расходов бюджетов на предоставление услуг и о том, что решение стоящих перед учреждениями задач должно осуществляться в том числе и путем привлечения ими внебюджетных источников финансового обеспечения. Представляется, что это не случайно — далеко не все в самом Правительстве, а также в министерствах и ведомствах согласны с правительственной стратегией в этой части. Поэтому, к сожалению, часто приходится сталкиваться с фактами извращения сути Федерального закона № 83-ФЗ и созданием препятствий для развития платных услуг.*

Федеральный закон является ключевым инструментом реализации Программы Правительства Российской Федерации по повышению эффективности бюджетных расходов на период до 2012 г., утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2010 г. № 1101-р (далее — Программа повышения эффективности бюджетных расходов).

Федеральным законом установлены инструменты и механизмы, последовательное и гибкое применение которых направлено на достижение

поставленных целей и будет способствовать реализации Программы повышения эффективности бюджетных расходов, а именно:

— перевод деятельности учреждений на программно-целевую основу путем внедрения механизма формирования заданий для каждого учреждения и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности для бюджетных и автономных учреждений;

— совершенствование механизмов финансового обеспечения деятельности бюджетных и автономных учреждений с расширением объема их прав в рамках выполнения задания и реализации плана финансово-хозяйственной деятельности;

— гибкий и неощутимый для потребителя услуг подход к изменению типа учреждения (так как изменение типа не является реорганизацией);

— предоставление права бюджетным и автономным учреждениям заниматься приносящей доход деятельностью с поступлением доходов от этой деятельности в распоряжение учреждений;

— отсутствие субсидиарной ответственности публичных правовых образований по обязательствам бюджетных и автономных учреждений с расширением объема их прав в части осуществления финансово-хозяйственной деятельности и переносом центра ответственности за финансовые результаты деятельности в сторону самих учреждений, при одновременном строгом мониторинге финансового состояния учреждений и установления ответственности руководителя бюджетного учреждения за превышение предельно допустимого значения кредиторской задолженности учреждения;

— расширение прав бюджетных и автономных учреждений по распоряжению частью находящегося у них на праве оперативного управления государственного (муниципального) имущества.

Современные подходы к государственному управлению требуют изменения условий и принципов деятельности учреждений, модернизации управленческих механизмов, повышения ответственности руководства и сотрудников учреждений за результаты работы, совершенствования финансовых и экономических инструментов, используемых учредителями в целях развития подведомственных учреждений. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления (далее — органы власти), также как и федеральные органы исполнительной власти до недавнего времени зачастую просто осуществляли содержание существующей сети бюджетных учреждений вне зависимости от объема и качества оказываемых ими услуг.

Общее количество учреждений в субъектах Российской Федерации и муниципальных образованиях, по данным Минфина России, по состоянию на 2010 год составило более 236 тысяч, при этом наблюдается тенденция к увеличению количества учреждений и штатной численности их сотрудников, зачастую без всякой увязки с объемами и качеством оказываемых ими услуг.

В существующем на момент принятия Федерального закона правовом статусе у бюджетных учреждений отсутствовали стимулы к оптимизации и повышению эффективности деятельности, что было вызвано, в том числе, сметным финансированием, объемы которого определялись от фактически сложившихся расходов без увязки с целевыми показателями деятельности конкретного учреждения. Многие бюджетные учреждения к моменту вступления в силу Федерального закона получали доходы от приносящей доход деятельности, которая в некоторых случаях осуществлялась в ущерб основной деятельности учреждений.

Таким образом, важнейшей задачей, решаемой в рамках положений Федерального закона, является создание условий и механизмов, обеспечивающих взаимосвязь объемов услуг, оказываемых учреждением в рамках задания, и объемов финансового обеспечения его выполнения.

Нормативно-правовая база совершенствования правового положения государственных (муниципальных) учреждений:

• Бюджетный кодекс Российской Федерации;

• Федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по совершенствованию правового положения государственных (муниципальных) учреждений»;

• Федеральный закон от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях»;

• Федеральный закон от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях»;

• Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 537 «О Порядке осуществления федеральными органами исполнительной власти функций и полномочий учредителя федерального государственного учреждения» (для информации);

• Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 538 «О Порядке отнесения имущества автономного или бюджетного учреждения к категории особо ценного движимого имущества»;

• Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 539 «Об утверждении порядка создания, реорганизации, изменения типа и ликвидации федеральных государственных учреждений, а также утверждения уставов федеральных государственных учреждений и внесении в них изменений» (для информации);

• Постановление Правительства Российской Федерации от 2 сентября 2010 г. № 671 «О Порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания» (для информации);

• Приказ Минфина России от 28 июля 2010 г. № 81н «О требованиях к плану финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения»;

• Совместный Приказ Минфина России и Минэкономразвития России от 29 октября 2010 г. № 136н/526 «Об утверждении методических рекомендаций по формированию государственных заданий федеральным государственным учреждениям и контролю за их выполнением» (для информации);

• Совместный Приказ Минфина России и Минэкономразвития России от 29 октября 2010 г. № 137н/527 «О методических рекомендациях по расчету нормативных затрат на оказание федеральными государственными учреждениями государственных услуг и нормативных затрат на содержание имущества федеральных государственных учреждений» (для информации);

• Модельные акты высших органов исполнительной власти и финансовых органов субъектов Российской Федерации (опубликованы на сайте Минфина России).

> **Комментарий:** *Это далеко не полная база. Здесь указано только 12 документов. В вышеуказанной книге содержится перечень, состоящий из 77 нормативных актов.*

2. Государственные (муниципальные) услуги

В связи с использованием в законодательстве Российской Федерации близких терминов и понятий в рамках настоящих комплексных рекомендаций целесообразно «разделить» понятия услуг, оказываемых в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее — Федеральный закон от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ), и услуг, оказываемых в контексте Федерального закона *(см. рисунок 1)*.

Федеральный закон от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ регламентирует предоставление государственных (муниципальных) услуг органами власти в ходе реализации ими своих функций при осуществлении возложенных на них или переданных с другого уровня полномочий (например, выдача разрешения на строительство, предоставление выписки из реестра недвижимого имущества).

Потребителями этих услуг являются только физические или юридические лица (за исключением государственных органов и их территориальных органов, органов государственных внебюджетных фондов и их территориальных органов, органов местного самоуправления).

Данные услуги предоставляются по запросам указанных лиц (заявителей) в соответствии с административными регламентами.

Кроме того, Федеральный закон от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ регулирует правоотношения при оказании услуг, которые являются необходимыми и обязательными для предоставления государственных (муниципальных) услуг в контексте данного закона (например, выдача справки о состоянии здоровья, которая необходима для получения государственной услуги «выдача водительского удостоверения»). Такие услуги могут ока-

Рис. 1. **Государственные (муниципальные) услуги и их отличия в контексте Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ и Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ**

зываться заявителю, в том числе, на платной основе в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ.

Статьей 10 Федерального закона от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ предусмотрены требования к организации предоставления государственных (муниципальных) услуг в электронной форме.

Услуги, предоставляемые в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ, подлежат включению в реестр государственных (муниципальных) услуг.

Положения Федерального закона применяются к услугам, которые оказывают не органы власти, а подведомственные им учреждения в рамках определенных для этих учреждений заданий (например, реализация образовательных программ, оказание первичной медицинской помощи, хранение архивных документов). Потребителями таких услуг являются физические или юридические лица, а также органы власти.

Услуги, оказываемые учреждениями в соответствии с Федеральным законом, включаются в перечень услуг. В этот перечень могут быть также включены государственные (муниципальные) услуги, содержащиеся в указанном выше реестре государственных (муниципальных) услуг, и оказываемые учреждениями как необходимые и обязательные для предоставления государственных (муниципальных) услуг, а также услуги в электронной форме.

3. Государственные (муниципальные) учреждения

В соответствии со статьей 120 Гражданского кодекса Российской Федерации и статьей 9.1 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» государственным (муниципальным) учреждением признается некоммерческая организация, созданная собственником (Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации, муниципальным образованием) для осу-

ществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера.

Государственное (муниципальное) учреждение может быть автономным, бюджетным или казенным.

Казенное учреждение — государственное (муниципальное) учреждение, осуществляющее оказание услуг, выполнение работ и (или) исполнение государственных (муниципальных) функций в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления, финансовое обеспечение которого осуществляется за счет средств соответствующего бюджета на основании бюджетной сметы (статья 6 Бюджетного кодекса Российской Федерации).

Бюджетное учреждение определяется как некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения работ или оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах (статья 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ).

Автономным учреждением признается некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения работ или оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах в случаях, установленных Федеральными законами (статья 2 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ).

Справка: *Автономные учреждения, созданные до дня вступления в силу Федерального закона в сферах, не предусмотренных статьей 2 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ, подлежат реорганизации или ликвидации в течение одного года со дня официального опубликования Федерального закона (часть 14 статьи 31 Федерального закона), то есть в срок до 10 мая 2011 г.[2] Вместе с тем в соответствии с законопроектом «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений», внесенным в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации (далее — Государственная Дума Российской Федерации), наряду с реорганизацией или ликвидацией учреждений предусмотрена возможность изменения их типа. При этом ликвидировать, реорганизовать или изменить тип указанных учреждений необходимо будет уже до 1 января 2012 года.*

Поскольку все три типа учреждений являются государственными или муниципальными, решение о создании, изменении типа, реорганизации, ликвидации таких учреждений принимает учредитель в соответствии с порядком, установленным соответственно высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации либо местной администрацией (до вступления в силу Федерального закона определение порядка принятия решений о создании, реорганизации и ликвидации муниципальных учреждений согласно пункту 6 части 10 статьи 35 Федерального закона от 6 ноября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» находилось в исключительной компетенции представительных органов местного самоуправления).

[2] Федеральный закон опубликован в Собрании законодательства Российской Федерации от 10.05.2010, № 19, ст. 2291.

4. Государственное (муниципальное) задание на оказание услуг (выполнение работ) и финансовое обеспечение деятельности учреждений

Предоставление услуг подведомственными бюджетными и автономными учреждениями осуществляется на основании задания, формируемого для каждого учреждения на оказание соответствующих услуг. На финансовое обеспечение выполнения задания предоставляются субсидии из соответствующего бюджета.

Справка: Для казенных учреждений формирование задания не является обязательным, оно составляется в случае, если принято соответствующее решение органа власти, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств. Финансовое обеспечение деятельности (выполнения задания в случае, если задание сформировано) казенного учреждения осуществляется на основании бюджетной сметы (статьи 69.2, 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации).

Задание — это ключевой управленческий и мотивирующий инструмент органа государственной власти субъекта Российской Федерации, органа местного самоуправления, осуществляющего функции и полномочия учредителя (далее — учредитель), и основа для финансового обеспечения деятельности учреждений. Объем задания становится переменной величиной и зависит не от исторически сложившихся объемов сметного финансирования, а от планируемых результатов деятельности учреждений, качества оказываемых ими услуг (выполнения работ) и иных факторов по решению учредителя.

Комментарий: Следует иметь в виду, что для государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования не предполагается формирование государственного (муниципального) задания. Не будет для них и субсидий. Подробнее смотрите в нашем журнале № 1 этого года.

Важнейшей задачей учредителя в отношении подведомственных учреждений является формирование и доведение задания, а также соответствующее финансовое обеспечение его выполнения в форме субсидии[3].

Поскольку размер субсидии непосредственно связан с объемом оказываемых услуг, бюджетное и автономное учреждение заинтересовано в увеличении этого объема, а также спроса на услуги за счет повышения их качества. В связи с тем, что субсидия предоставляется бюджетному и автономному учреждению на финансовое обеспечение выполнения задания, сформированного на основании натуральных показателей, у учредителя должны появляться новые инструменты и направления контроля, ориентированные на результат деятельности подведомственных учреждений.

Важно также отметить, что органы власти, наряду с формированием задания для учреждений, входящих в подведомственную сеть, вправе:

— разместить государственный заказ на оказание услуг для государственных и муниципальных нужд с целью заключения государственного (муниципального) контракта на оказание соответствующих услуг (выполнение работ). Исполнителем по контракту на оказание услуг для государственных (муниципальных) нужд в этом случае, может стать любое юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы и формы собственности (статья 8 Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ). В данном случае услуги (работы) исполнителя будут оплачиваться не путем предоставления субсидий, а в порядке, предусмотренном для оплаты государственного (муниципального) контракта;

> **Комментарий:** *Это крайне важное положение, отражающее наличие альтернативных вариантов обеспечения населения медицинской помощью на бесплатной основе. Действительно, вовсе не обязательно содержать государственные или муниципальные учреждения здравоохранения — в ряде случаев более рациональным является закупка медицинских услуг на свободном рынке.*

[3] Подробнее о порядке расчета субсидии см. в соответствующем разделе комплексных рекомендаций.

— предоставить субсидии некоммерческим организациям, не являющимся государственными (муниципальными) учреждениями, на оказание указанными организациями в соответствии с договорами (соглашениями) государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ) физическим и (или) юридическим лицам (статья 69.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации).

Комментарий: *В Бюджетном послании Президента Российской Федерации акцентируется внимание на необходимости более активно привлекать в социальной сфере некоммерческие организации.*

Предоставление услуг двумя последними способами может быть целесообразным при отсутствии государственных (муниципальных) учреждений, специально созданных для оказания определенных услуг. Органы власти вправе самостоятельно решать, какой из этих двух способов выбрать.

Такой подход создает дополнительные условия для развития конкуренции и, в конечном счете, приводит к повышению качества услуг.

Помимо субсидий на оказание услуг бюджетным и автономным учреждениям могут быть предоставлены субсидии на иные цели (абзац второй части 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации). Примером таких субсидий могут являться гранты, субсидии на капитальный ремонт имущества, закрепленного за бюджетными и автономными учреждениями, субсидии на погашение кредиторской задолженности этих учреждений (несмотря на то, что субсидиарная ответственность учредителя по долгам бюджетных и автономных учреждений исключена, учредитель вправе оказать помощь подведомственным учреждениям для расчетов с кредиторами) и другие.

Комментарий: *это положение должно немного уменьшить опасения автономных и бюджетных учреждений за свою судьбу в случае наличия большой кредиторской задолженности. Другое дело, что поддержать учреждения — это только право, а не обязанность собственника.*

Порядок определения объема и условия предоставления этих субсидий в соответствии с вышеуказанной статьей Бюджетного кодекса Российской Федерации определяются высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, местной администрацией, соответственно для бюджетных и автономных учреждений субъектов Российской Федерации, муниципальных бюджетных и автономных учреждений.

Кроме этого, из соответствующих бюджетов бюджетным и автономным учреждениям могут предоставляться бюджетные инвестиции — капитальные вложения в основные средства учреждений (средства на приобретение оборудования, реконструкцию, модернизацию имеющегося имущества, строительство новых объектов) (статья 6, часть 5 статьи 79 Бюджетного кодекса Российской Федерации).

Порядок предоставления бюджетных инвестиций также определяется высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, местной администрацией.

Справка: *Для федеральных бюджетных и автономных учреждений порядок предоставления бюджетных инвестиций в 2011 году установлен Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1204 «О порядке предоставления в 2011 году бюджетных инвестиций в строительство государственной собственности Российской Федерации в форме капитальных вложений в основные средства федеральных бюджетных учреждений и федеральных автономных учреждений», который действует до 1 января 2012 г.*

5. Правовое регулирование закупок товаров, работ, услуг для государственных (муниципальных) учреждений

В части осуществления правового регулирования закупочной деятельности для бюджетных учреждений необходимо отметить, что в соответствии с изменениями, внесенными статьей 21 Федерального закона, бюджетные учреждения

становятся новыми субъектами правоотношений, регулируемых Федеральным законом от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (далее — Федеральный закон от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ), приобретая статус «иных заказчиков». При этом, «иными заказчиками» они выступают при размещении ими заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, независимо от источников финансового обеспечения исполнения соответствующих заказов (часть 1 статьи 4 Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ). С 1 января 2011 года иные заказчики заключают гражданско-правовые договоры от имени учреждения, а не государственные или муниципальные контракты от имени соответствующего публичного правового образования.

Порядок размещения заказа казенными учреждениями на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд с принятием Федерального закона остался таким же, каким был для бюджетных учреждений до вступления в силу Федерального закона.

Размещение заказов на закупки товаров, работ и услуг для собственных нужд автономных учреждений не подпадает под действие Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ, поскольку, в соответствии со статьями 1, 3, 4 данного закона, он применяется лишь к правоотношениям, возникающим при размещении заказа государственными органами, органами управления государственными внебюджетными фондами, органами местного самоуправления, казенными и бюджетными учреждениями.

Справка: *В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1204 «О порядке предоставления в 2011 году бюджетных инвестиций в строительство государственной собственности Российской Федерации в форме капитальных вложений в основные средства федеральных бюджетных учреждений и федеральных автономных учреждений» при осуществлении бюджетных инвестиций федеральные автономные учреждения обязаны руководствоваться положениями Федерального закона от 21 июля 2005 г. № 94-ФЗ.*

В целях формирования общего информационного пространства в части закупок товаров, работ, услуг с 1 января 2011 года действует единый официальный сайт Российской Федерации в сети «Интернет» для информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг как для государственных (муниципальных) нужд, так и в интересах иных заказчиков — бюджетных учреждений (статья 25 Федерального закона).

6. Правовое регулирование имущественных вопросов

В соответствии со статьями 120 и 296 Гражданского кодекса РФ все имущество закрепляется за учреждениями на праве оперативного управления.

Вместе с тем принятие Федерального закона расширило права бюджетных и автономных учреждений по распоряжению частью имущества, находящегося у них на праве оперативного управления, по сравнению с казенными учреждениями.

Так, автономное учреждение имеет право распоряжаться без согласия собственника:

— движимым имуществом, не отнесенным к особо ценному, как закрепленным собственником или приобретенным за счет выделенных собственником средств, так и за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности, а также особо ценным движимым имуществом, приобретенным за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности;

— недвижимым имуществом, приобретенным за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности.

В свою очередь бюджетное учреждение имеет право распоряжаться без согласия собственника движимым имуществом, не отнесенным к особо ценному, как закрепленным собственником или приобретенным за счет выделенных собственником средств, так и за счет средств, полученных от

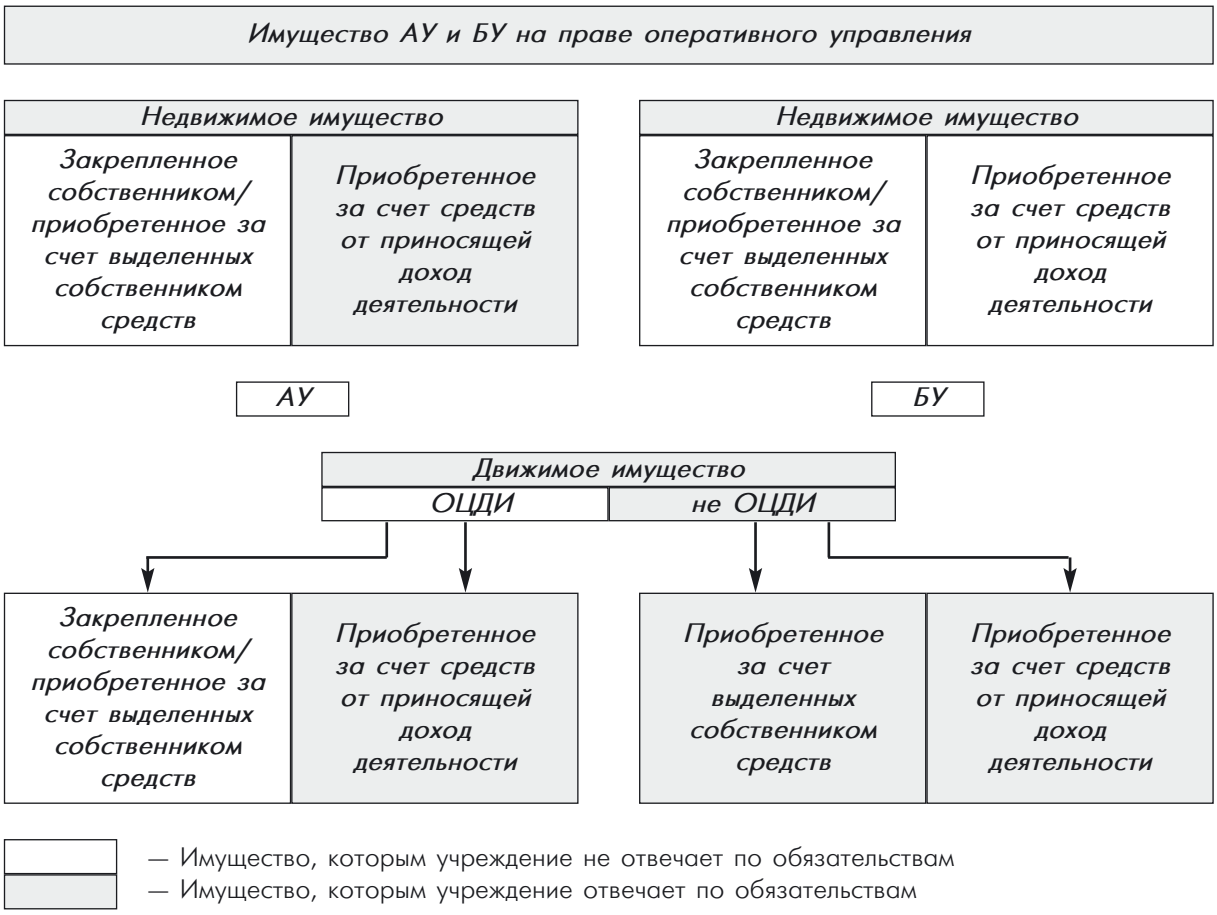


Рис. 2. **Ответственность учреждения имуществом по своим обязательствам**

приносящей доход деятельности, а также особо ценным движимым имуществом, приобретенным за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности.

Субсидиарная ответственность публично-правового образования по обязательствам бюджетных и автономных учреждений Федеральным законом исключена. Учреждения отвечают по своим обязательствам тем имуществом, которым вправе распоряжаться без согласия собственника, а именно:

— автономное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, за исключением недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за автономным учреждением собственником этого имущества или приобретенных автономным учреждением за счет выделенных таким собственником средств;

— бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом, как закрепленным за бюджетным учреждением собственником имущества, так и приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности, за исключением особо ценного движимого имущества, закрепленного за бюджетным учреждением собственником этого имущества или приобретенного бюджетным учреждением за счет выделенных собственником имущества бюджетного учреждения средств, а также недвижимого имущества *(см. рисунок 2)*.

Финансовое обеспечение содержания недвижимого имущества и особо ценного движимого

имущества, закрепленного за бюджетным и автономным учреждением или приобретенного бюджетным и автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, включая расходы на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки, осуществляется учредителем путем предоставления субсидии на выполнение задания (часть 6 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ, часть 3 статьи 4 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ).

Правовой режим использования и распоряжения казенными учреждениями имуществом, закрепленным за ними на праве оперативного управления, а также возможность привлечения собственника такого имущества к субсидиарной ответственности с принятием Федерального закона остался таким же, каким был для бюджетных учреждений до вступления в силу Федерального закона.

7. Исполнение публичных обязательств

В соответствии со статьей 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ на бюджетные учреждения могут быть возложены обязанности по осуществлению полномочий исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации, органа местного самоуправления по исполнению публичных обязательств перед физическим лицом, подлежащих исполнению в денежной форме.

Публичными обязательствами являются выплаты физическим лицам, размеры и порядок расчета которых установлены нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, муниципальных образований (например, именные стипендии учащимся, денежная компенсация обучающимся и выпускникам из числа детей-сирот, и детей, оставшихся без попечения родителей, компенсация расходов на проезд к месту отпуска и обратно).

Справка: *В Государственную Думу Российской Федерации внесен законопроект «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений», согласно которому исполнение публичных обязательств также может быть возложено на автономные учреждения. До принятия Законопроекта публичные обязательства органов власти перед физическими лицами в денежной форме могут быть исполнены автономным учреждением путем предоставления субсидии на иные цели.*

Согласно статье 9.2. Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ высшие органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации (местные администрации) самостоятельно определяют порядок исполнения бюджетными учреждениями публичных обязательств перед физическим лицом, подлежащих исполнению в денежной форме, и их финансового обеспечения.

Справка: *Для федеральных бюджетных учреждений порядок осуществления полномочий по исполнению публичных обязательств установлен Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 августа 2010 г. № 590.*

Расходы бюджетов субъекта Российской Федерации (местного бюджета) на исполнение казенными учреждениями публичных обязательств осуществляются в порядке, установленном правовыми актами субъектов Российской Федерации (муниципальных образований) о принятии таких обязательств.

8. Контроль учредителем деятельности подведомственных учреждений

Федеральным законом установлены действенные механизмы контроля деятельности учреждения, в том числе за выполнением задания, за состоянием размера кредиторской задолженности, за совершением крупных сделок и пр.

Федеральным законом предусмотрено составление и утверждение, начиная с 2012 года, для каждого учреждения плана финансово-хозяйственной деятельности в соответствии с Требованиями к плану финансово-хозяйственной деятель-

ности государственного (муниципального) учреждения, утвержденными Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 28.07.2010 № 81н, а также отчета о результатах деятельности и иных документов, предусмотренных пунктом 3.3 статьи 32 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ в редакции Федерального закона. В целях обеспечения открытости и доступности документов, определенных пунктом 3.3 указанной статьи, учреждение предоставляет соответствующую информацию в Федеральное казначейство для размещения на специально созданном официальном сайте в сети Интернет (пункт 3.5 статьи 32 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ в редакции Федерального закона).

Публичность и открытость деятельности учреждений задает новый, существенно больший уровень их ответственности перед учредителями и потребителями услуг.

Одновременно Федеральным законом предусмотрена и персональная ответственность руководителя бюджетного учреждения за результаты деятельности учреждения вплоть до увольнения.

Так, учредитель при заключении трудового договора с руководителем бюджетного учреждения помимо прав и обязанностей руководителя, показателей оценки эффективности и результативности его деятельности, условий оплаты труда руководителя, срока действия трудового договора, если такой срок установлен учредительными документами бюджетного учреждения, предусматривает условие о расторжении трудового договора по инициативе работодателя в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации при наличии у бюджетного учреждения просроченной кредиторской задолженности, превышающей предельно допустимые значения, установленные учредителем (часть 27 статьи 30 Федерального закона).

Кроме этого, в соответствии с частью 13 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ, статьями 14, 15 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ руководитель учреждения несет ответственность в размере убытков, причиненных в результате совершения крупной сделки, не получившей предварительного согласия учредителя, — для бюджетных учреждений, наблюдательного совета — для автономных учреждений.

> **Комментарий:** *Несколько следующих разделов в данном номере не публикуются — они будут опубликованы в следующем номере нашего журнала.*

10.1. Формирование перечня государственных (муниципальных) услуг (работ)

Формирование перечня услуг является базовым условием реализации положений Федерального закона.

В перечни услуг рекомендуется включать показатели объема и качества, услуг, категории потребителей, группы учреждений, оказывающих соответствующие услуги (выполняющих работы).

В целях настоящих комплексных рекомендаций предлагается следующее определение «услуг» и «работ»:

— Услуга — это результат деятельности учреждения в интересах определенного физического (юридического) лица — получателя услуги (например, реализация образовательных программ среднего профессионального образования, первичная медико-санитарная помощь, библиотечное обслуживание пользователей библиотеки).

— Работа — это результат деятельности учреждения в интересах неопределенного количества лиц или общества в целом (например, создание театральной постановки, организация выставок и соревнований, благоустройство территории).

В целях реализации положений Федерального закона высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации может быть выбран один из двух рекомендуемых ниже подходов:

1) формирование двухуровневой структуры перечня услуг, состоящей из отраслевого перечня услуг и ведомственного перечня услуг. Такой подход может применяться в случае, если в субъекте Российской Федерации разработана региональная программа социально-экономического развития и есть определенная позиция отраслевых органов исполнительной власти по осуществлению региональной политики в сферах деятельности;

2) формирование единого перечня услуг, в данном случае перечень услуг формируется учредителем в целях последующего формирования заданий для подведомственных учреждений. Перечень услуг утверждается правовым актом учредителя.

При реализации двухуровневой структуры (первый подход) исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности формирует отраслевой перечень услуг и включает в него исчерпывающий перечень услуг в соответствии с предусмотренными законодательством полномочиями в этой сфере в субъекте Российской Федерации, а также на муниципальном уровне. Отраслевой перечень услуг должен полностью охватывать все государственные гарантии в части обеспечения бесплатного образования, медицинской помощи, социальных гарантий и т.п. по каждой сфере деятельности в соответствии с действующим законодательством. Отраслевые перечни услуг по каждой сфере деятельности могут быть утверждены высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

Ведомственный перечень услуг формируется учредителем, путем включения в него услуг (работ), предусмотренных отраслевыми перечнями услуг в соответствующих основной деятельности подведомственных учреждений сферах, в целях последующего формирования заданий для подведомственных учреждений. Ведомственный перечень услуг утверждается нормативно-правовым актом органа исполнительной власти (местного самоуправления), выполняющим функции и полномочия учредителя учреждения.

В случае, если в субъекте Российской Федерации реализуется первый подход, предполагающий двухуровневый перечень, на муниципальном уровне не рекомендуется формировать только ведомственные перечни услуг.

Важно, чтобы перечень услуг (отраслевой и ведомственный в случае двухуровневой структуры) содержал не только сами наименования услуг, но и ряд показателей, характеризующих процесс и результаты оказания каждой услуги. Так, целесообразно, чтобы отраслевой и ведомственный перечни услуг включали следующие разделы:

— наименование услуги;

— категория потребителей услуги/работы (физические и юридические лица/общество в целом);

— единица измерения объема услуги (единица измерения объема необходима для расчета размера субсидии на обеспечение государственного (муниципального) задания);

— показатели, характеризующие качество услуги (важнейшие показатели для обеспечения качества оказываемых учреждениями услуг[4]);

— перечень, категории (группы) учреждений, которые оказывают услугу (в данной графе указываются категории (группы) учреждений, условно разделенные по таким группам в рамках реализации пункта 2 настоящих рекомендаций или конкретные учреждения, если в группу входит только 1–2 учреждения);

— сведения о платности предоставления услуги для потребителя в случаях, если платность услуги в рамках задания установлена федеральными законами.

По усмотрению органов власти (учредителей), возможно включение в перечень услуг и других разделов, таких как, например, содержание услуги (работы) или перечень базовых нормативно-правовых актов, регламентирующих процесс оказания услуги (выполнения работы) — это, в первую очередь, стандарты, СНИПы, СанПиНы и др.

При формировании перечней услуг целесообразно предусмотреть две части, первая — «Услуги», вторая — «Работы». При определении наименований услуг (работ) для включения в перечень необходимо четко сформулировать суть услуги (работы). Не рекомендуется делать слишком общие формулировки (например, Услуга — «Экологическое просвещение») или слишком детальные (например, Услуга — «проведение первичного осмотра в рамках оказания специализированной медицинской помощи по отделению терапия в дневных стационарах»). Уровень детализации дол-

[4] Показатели качества рекомендуется определять, но они не являются обязательными.

жен быть оптимальным, во-первых, для того, чтобы отделить ее от других аналогичных услуг, во-вторых, для обеспечения возможности расчета нормативных затрат на ее оказание.

При установлении состава показателей, характеризующих качество услуги, рекомендуется соблюдать следующие требования:

— показатель должен соответствовать либо быть направленным на достижение целей, реализацию задач, мероприятий, достижение целевых индикаторов и показателей государственных программ иных программ в соответствующей сфере;

— показатель должен быть направлен на оценку осуществления учреждением предусмотренных его учредительными документами основных видов деятельности;

— показатель должен быть достижим в рамках деятельности соответствующего учреждения.

Для услуг обязательно рекомендуется определить единицу измерения объема услуги, в то время как для работ единица измерения объема может быть определена, но не обязательна. Услуга, в соответствии с определением, данным в целях настоящих комплексных рекомендаций, направлена на конкретного потребителя, значит она типична, иными словами, может быть оказана несколькими потребителями, при этом стоимость услуги от этого не изменится. Для работ иначе — стоимость работ, как правило, рассчитывается индивидуально, в связи с этим определение нормативных затрат для работ не является обязательным.

В связи с вышеизложенным, единица измерения объема услуги принципиально важна для определения размера нормативных затрат на ее оказание. Поскольку размер субсидии на выполнение государственного (муниципального) задания есть ни что иное, как суммарное произведение нормативных затрат и количества единиц измерения объема услуги в рамках государственного (муниципального) задания, то корректное определение единицы измерения объема услуги, в конечном счете, определяет размер субсидии учреждению.

В отличие от услуг, для таких работ, как, например, театральная постановка, прикладные научные исследования, реставрация памятников истории и культуры не представляется возможным определить нормативные затраты, а поэтому рекомендуется использовать экспертный метод при расчете размера субсидии на обеспечение выполнения государственного задания на выполнение таких работ[5].

При формировании перечня работ необходимо корректно описывать «содержание работы», в нем рекомендуется кратко перечислить все действия, осуществляемые учреждением при выполнении данной работы. Например, для работы по созданию театральной постановки должно быть описано, в чем именно заключается создание: закупка (создание) декораций, реквизита, репетиционный процесс, разработка и публикация афиш и программ и т.д.

Тщательно проработанные отраслевые и ведомственные перечни услуг должны существенно упростить работу по формированию и финансовому обеспечению задания для каждого учреждения.

Необходимо обеспечить прозрачность и доступность информации о перечнях услуг для потребителей, а также провести четкую грань между государственными (муниципальными) услугами, оказываемыми в рамках государственных (муниципальных) заданий, и дополнительными услугами, которые могут оказывать учреждения на платной основе[6]. Целесообразно утвердить перечни услуг и опубликовать их для сведения потребителей как перечни гарантированных услуг, оказываемых учреждениями в соответствии с государственным (муниципальным) заданием за счет средств соответствующего бюджета. Вместе с этим стоит рекомендовать утвердить перечни платных услуг и опубликовать их для сведения

[5] Подробнее о нормативных затратах см. в соответствующем разделе комплексных рекомендаций и отраслевых разделах.

[6] Подробнее о платных услугах см. в соответствующем разделе комплексных рекомендаций и отраслевых разделах.

граждан и юридических лиц, являющихся потребителями данных платных услуг.

В Приложении 4 к настоящим комплексным рекомендациям представлены отраслевые рекомендованные перечни услуг, разработанные соответствующими федеральными органами исполнительной власти для использования органами власти.

10.2. Анализ сети подведомственных учреждений, принятие решения о выборе типа государственного (муниципального) учреждения

Учредителям целесообразно предусмотреть в плане мероприятий по реализации Федерального закона и провести анализ сети подведомственных учреждений с целью принятия, в случае необходимости, решения об изменении типа учреждений, создании новых учреждений, а также о реорганизации или ликвидации учреждений.

Каждому учредителю рекомендуется в целях проведения анализа сети подведомственных учреждений и дальнейшей оптимизации (модернизации) этой сети предусмотреть следующие действия: во-первых, составить перечень подведомственных учреждений; во-вторых, сгруппировать их по определенным признакам, соответствующим группировке государственных (муниципальных) услуг (например, для органов управления образованием рекомендуется сгруппировать учреждения по уровням образования: детские сады, школы, учреждения начального профессионального образования, учреждения дополнительного образования и т.п.); в-третьих, проанализировать количество учреждений, соответствующих вышеуказанной группировке, но относящихся к другим уровням публично-правовых образований (например, федеральные государственные учреждения, действующие на территории субъекта Российской Федерации).

Такая группировка позволит провести дальнейший сравнительный анализ учреждений в целях принятия решения о выборе типа учреждения. Так, по учреждениям каждой группы целесообразно проанализировать следующие параметры:

1. выявить подведомственные учреждения, оказывающие услуги, в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 210-ФЗ, являющиеся необходимыми и обязательными для осуществления государственных (муниципальных) услуг, оказываемых органами государственной власти (местного самоуправления);

2. определить объем доходов от приносящей доход деятельности по основным видам деятельности, определенным учредительными документами, а также долю доходов от «непрофильной» деятельности в общем объеме приносящей доход деятельности;

3. выявить учреждения, которые не являются «профильными» для данного учредителя (например, колледж или техникум, подведомственный органу исполнительной власти в сфере транспорта) для более точного формирования ведомственных перечней услуг и последующего рассмотрения вопроса о необходимости реформирования сети учреждений;

4. выявить учреждения, целью деятельности которых не может являться увеличение количества потребителей услуг (например, коррекционная школа или интернат для престарелых граждан) и для которых необходимо специально разрабатывать систему мотивации к повышению эффективности деятельности;

5. выявить учреждения, расположенные на территориях, включенных в региональные (отраслевые) программы социально-экономического развития (иные программы), с целью принятия решений об оптимизации типа учреждений с учетом целей и задач соответствующих программ.

Перечень данных параметров может быть расширен и дополнен учредителем.

На основании отраслевого и ведомственных перечней услуг, анализа сети подведомственных учреждений по определенным учредителем параметрам, а также, руководствуясь приведенной ниже *таблицей 1,* высший исполнительный орган государственной власти (местная администрация) или учредитель (при условии наделения соответствующими полномочиями) могут принять решение об изменении типа (о переводе учреждения в автономное, бюджетное или казенное), реорганизации, ликвидации, создании учреждений в соответствующей сфере.

Важно отметить, что в соответствии с частью 1 статьи 17.1 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ, изменение типа государственного (муниципального) учреждения не является его реорганизацией. При изменении типа учреждения необходимо внести изменения в его учредительные документы, а также произвести иные действия, предусмотренные законодательством[7]. В целях приведения правового положения бюджетных и казенных учреждений в соответствие с требованиями Федерального закона, органам власти необходимо обеспечить внесение соответствующих изменений в уставы подведомственных бюджетных и казенных учреждений до 1 декабря 2011 года[8].

Справка: *Особенности правового положения казенных учреждений, установленные статьей 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации, распространяются на органы государственной власти и органы местного самоуправления. Изменений в положения об этих органах, в связи с принятием Федерального закона, вносить не требуется (часть 11 статьи 33 Федерального закона).*

Высший исполнительный орган государственной власти (местная администрация) или учредитель могут принять решение о передаче части подведомственных учреждений на другой уровень (например, орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации может принять согласованное с «принимающей стороной» решение о передаче детского сада в собственность муниципального образования, на территории которого расположено данное образовательное учреждение).

При отнесении учреждения к типу автономного необходимо учитывать требования статьи 2 Федерального закона от 3 ноября 2010 г. № 174-ФЗ, в соответствии с которой к автономным учреждениям могут быть отнесены учреждения, осуществляющие свою деятельность только в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах, в случаях, установленных федеральным законом.

В соответствии с частью 12 статьи 32 Федерального закона при создании казенного учреждения в порядке, предусмотренном пунктом 1 части 1, частями 2–4 указанной статьи, учреждение вправе осуществлять предусмотренные его уставом виды деятельности без переоформления лицензий, свидетельств о государственной аккредитации и иных разрешительных документов, выданных государственному учреждению, тип которого был изменен, до окончания срока действия таких документов.

Справка: *В Государственную Думу Российской Федерации внесен законопроект «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений», в соответствии с которым планируется освободить все учреждения, созданные путем изменения типа, от обязанности переоформлять лицензии и иные разрешительные документы, выданные учреждению, тип которого был изменен, до окончания их срока действия.*

Любое учреждение в соответствии со статьей 6 Федерального закона от 21 ноября 1996 г. «О бухгалтерском учете» вправе на договорной основе передать ведение бухгалтерского учета централизованной бухгалтерии. В случае реализации учреждением данного права следует обращать внимание на то, что лицевые счета подлежат открытию в финансовом органе и в территориальном органе Федерального казначейства самому учреждению, а не централизованной бухгалтерии.

---

[7] Минфином России совместно с Казначейством России подготовлено письмо от 17.03.2011 № 02-03-09/911/42-7.4-05/5.3-178 о внесении изменений в уставы федеральных бюджетных и казенных учреждений.

[8] На основании части 2 статьи 31 Федерального закона.

Таблица 1

Сравнительная характеристика автономных, бюджетных, казенных учреждений по некоторым признакам

Признак	*Характеристики признака*	*Применение признака для каждого типа учреждения*		
		КУ[9]	*БУ*	*АУ*
Государственное (муниципальное) задание на оказание услуг (выполнение работ)	Обязательность формирования для данного типа учреждений	–	+	+
	Может быть сформировано по решению учредителя, но не обязательно	+	–	–
Финансовое обеспечение (финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания для КУ, БУ и АУ)	Бюджетная смета	+	–	–
	Субсидия	–	+	+
Открытие и ведение счетов (лицевых счетов)	Обязательно лицевые счета в Федеральном казначействе (ФК), финансовом органе соответствующего ППО (далее — ФО)	+	+	–
	Возможность открытия и ведения счетов в кредитной организации и/или в ФК (ФО)	–	–	+
Субсидиарная ответственность учредителя	Наличие в зависимости от типа учреждения	+	–	–
Принципы ведения бухгалтерского учета	Применение единого плана счетов бухгалтерского учета государственных (муниципальных) учреждений	+	+	+
Возможность для перевода отдельных видов учреждений в определенный тип в зависимости от сферы и характера деятельности	Здравоохранение, образование, культура, физкультура и спорт, занятость населения, социальная защита, в иных сферах, в случаях, установленных федеральными законами	+	+	+
	Наличие ограничений по сферам деятельности	–[10]	–	+
Требования к размещению информации о деятельности учреждений в открытом доступе, документы в соответствии с п. 3.3 статьи 32 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ, п. 13 статьи 4 Федерального закона от 03.11.06 № 174-ФЗ	Обязательно размещение после 1 января 2012 года	+	+	+

[9] КУ — казенные учреждения, БУ — бюджетные учреждения, АУ — автономные учреждения.

[10] В соответствии со статьей 15 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» государственные учреждения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения, участвующие в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, не могут быть созданы в виде казенных учреждений.

[11] В случае сдачи в аренду недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества финансовое обеспечение содержания такого имущества учредителем не осуществляется (часть 6 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ и часть 3 статьи 4 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ).

Таблица 1, окончание

Признак	Характеристики признака	Применение признака для каждого типа учреждения		
		КУ9	БУ	АУ
Возможность распоряжения имуществом без согласия учредителя	Недвижимым имуществом, закрепленным собственником, приобретенным за счет выделенных собственником средств	–	–	–
	Недвижимым имуществом, приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности	–	–	+
	Особо ценным движимым имуществом, закрепленным собственником, приобретенным за счет выделенных собственником средств	–	–	–
	Особо ценным движимым имуществом, приобретенным за счет средств, полученных от приносящей доход деятельности	–	+	+
	Иным имуществом	–	+	+
Возможность ведения приносящей доход деятельности в соответствии с уставом (оказание платных услуг физическим и юридическим лицам)	С зачислением доходов в соответствующий бюджет	+	–	–
	С правом распоряжения полученными доходами	–	+	+
Финансовое обеспечение учредителем содержания имущества, сдаваемого в аренду[11]	В рамках бюджетной сметы или субсидии на выполнение государственного (муниципального) задания	+	–	–
Распространение действия положений Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ	При приобретении товаров, работ, услуг за счет всех источников	+	+	–
Органы управления государственным (муниципальным) учреждением	Руководитель, назначаемый учредителем	+	+	+
	Руководитель, назначенный учредителем и одобренный наблюдательным советом	–	–	+

С целью минимизации социальных и иных рисков вместе с принятием решения об изменении типа учреждений рекомендуется разработать план перевода учреждений в иные правовые формы (типы) и начать его реализацию с определением пилотных учреждений.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2010 г. № 1505-р утверждены:

— методические рекомендации по определению критериев изменения типа государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений с учетом сферы их деятельности;

— рекомендации по внесению изменений в трудовые договоры с руководителями бюджетных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных бюджетных учреждений.

Целесообразно при выборе типа государственного (муниципального) учреждения учитывать положения данных рекомендаций.

10.3. Вопросы управления имуществом

В соответствии с положениями законодательства Российской Федерации имущество казенного, бюджетного, автономного учреждения закрепляется за ним на праве оперативного управления в соответствии с Гражданским кодексом Российской

Федерации. Собственником имущества казенного, бюджетного, автономного учреждения является Российская Федерация или субъект Российской Федерации, или муниципальное образование (часть 9 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ в редакции Федерального закона, часть 1 статьи 3 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ).

Для казенных учреждений с даты создания казенного учреждения в порядке, установленном Федеральным законом, имущество, закрепленное за соответствующим учреждением, без принятия дополнительного решения в отношении указанного имущества признается закрепленным за казенным учреждением на праве оперативного управления (часть 10 статьи 31 Федерального закона).

Учреждения, за которыми имущество закреплено на праве оперативного управления, владеют, пользуются этим имуществом в пределах, установленных законом, в соответствии с целями своей деятельности и назначением этого имущества и распоряжаются этим имуществом с согласия собственника (часть 1 статьи 296 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Автономное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества.

Бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться недвижимым имуществом, как закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, так и приобретенным за счет доходов, полученных от приносящей доход деятельности, а также особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества.

Остальным движимым имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления, автономное и бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, если иное не установлено законом (пункты 2, 3 статьи 298 Гражданского кодекса Российской Федерации в редакции Федерального закона).

В целях Федерального закона под особо ценным движимым имуществом понимается движимое имущество, без которого осуществление бюджетным учреждением своей уставной деятельности будет существенно затруднено. Порядок отнесения имущества к категории особо ценного движимого имущества устанавливается Правительством Российской Федерации (порядок установлен Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 538). Виды такого имущества могут определяться: в порядке, установленном высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации в отношении бюджетных (автономных) учреждений субъекта Российской Федерации в порядке, установленном местной администрацией в отношении муниципальных бюджетных (автономных) учреждений (часть 10 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ, часть 3 статьи 3 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ).

До принятия решения об отнесении имущества к категории особо ценного движимого имущества бюджетное учреждение без согласия учредителя не вправе распоряжаться движимым имуществом, закрепленным за ним учредителем или приобретенным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества (часть 5 статьи 31 Федерального закона).

В условиях отсутствия субсидиарной ответственности публично-правовых образований по обязательствам бюджетных и автономных учреждений, а также в условиях, когда учреждение несет ответственность по своим обязательствам имуществом, которым ему предоставлено право распоряжаться без согласия собственника, определение перечня особо ценного движимого имущества, закрепленного за учреждением, является важнейшим инструментом защиты имущественных интересов публично-правовых образований.

Данный инструмент, с одной стороны, обеспечивает защиту особо ценного движимого имущества от отчуждения или обременения в результате проведенных учреждением сделок, с другой — является

основанием для расчета нормативных затрат и определения размера субсидии, поскольку расходы на содержание особо ценного движимого имущества должны быть учтены при формировании финансового обеспечения на выполнение государственного задания (часть 6 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ).

Органам власти (учредителям) необходимо было до 1 января 2011 года в целях расчета субсидий подведомственным бюджетным учреждениям утвердить перечни недвижимого имущества, закрепленного за ними учредителем или приобретенного бюджетными учреждениями за счет средств, выделенных им учредителем на приобретение такого имущества (согласно пункту 2 части 2 статьи 31 Федерального закона), а в срок до 1 марта 2011 г. необходимо утвердить перечни особо ценного движимого имущества (пункт 3 части 2 статьи 31 Федерального закона).

Порядок обращения взыскания на средства бюджетных учреждений установлен частью 20 статьи 30 Федерального закона.

Справка: *В Государственную Думу Российской Федерации внесен проект Федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения автономных учреждений», согласно которому взыскание на средства автономных учреждений будет осуществляться в порядке, аналогичном установленному для бюджетных учреждений.*

10.4. Определение нормативных затрат и расчет финансового обеспечения выполнения государственного (муниципального) задания

Согласно положениям статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации в бюджетах бюджетной системы Российской Федерации предусматриваются субсидии бюджетным и автономным учреждениям на финансовое обеспечение выполнения задания, а также субсидии на иные цели[12].

В соответствии с требованиями статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации порядок формирования и финансового обеспечения выполнения задания определяется высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (местной администрацией).

Для расчета субсидий на выполнение задания учредителям следует определить и утвердить нормативные затраты на оказание услуг. Размер субсидии учреждению на финансовое обеспечение выполнения задания рассчитывается на основании нормативных затрат на оказание услуг в рамках задания, затрат на выполнение работ в рамках задания, с учетом затрат на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного за учреждением или приобретенного им за счет средств, выделенных учреждению учредителем на приобретение такого имущества (за исключением имущества, сданного в аренду), а также на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается указанное имущество, в том числе земельные участки.

Расчет субсидии на финансовое обеспечение выполнения задания (объем субсидии на выполнение задания) учреждению в соответствующем финансовому году определяется по следующей формуле:

$$SUB_{ГЗ} = \left(\sum_i (N_i * V_{ЕДi})\right) + (\sum_i SUBp_j) + SUB_{Имущ},$$

где $SUB_{ГЗ}$ — субсидия, предоставляемая учреждению на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания;

N_i — нормативные затраты на оказание i-ой услуги (включая расходы на содержание имущества, необходимого для оказания данной услуги,

[12] Для федеральных автономных учреждений Постановлением Правительства от 18 марта 2008 г. № 182 дополнительно предусмотрены субсидии на возмещение нормативных затрат на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества («субсидия на содержание имущества учреждений») и выравнивание финансового обеспечения выполнения задания («субсидия на выравнивание»). Органам власти рекомендуется рассмотреть целесообразность разработки подобных мер в отношении подведомственных автономных учреждений.

входящего в перечень недвижимого или перечень особо ценного движимого имущества);

$V_{ЕДi}$ — объем (количество единиц) предоставляемой i-ой услуги[13];

$SUBp_j$ — затраты на выполнение j-го вида работ (включая расходы на содержание имущества, необходимого для оказания данной работы, входящего в перечень недвижимого или перечень особо ценного движимого имущества);

$SUB_{Имущ}$ — затраты на содержание недвижимого и особо ценного движимого имущества (налоги, оплата части коммунальных услуг и прочие затраты на содержание имущества, непосредственно не связанные с оказанием государственных (муниципальных) услуг).

Расчет нормативных затрат на оказание услуг может осуществляться с использованием различных методов либо их комбинации:

— нормативного метода (метод прямого счета),

— структурного метода (для отдельных статей затрат),

— экспертного метода (для отдельных статей затрат),

— метода «первоначальных нормативных затрат»[14].

Нормативный метод (метод прямого счета) подразумевает определение структуры затрат на оказание услуги и отдельный расчет каждой составляющей нормативных затрат, исходя из требований к качеству и условиям оказания услуги. Например, расчет заработной платы преподавателя на одного студента (ученика), исходя из требований к учебному плану, количеству преподавателей, количеству студентов (учеников) и ставки оплаты труда, принятой в учреждении.

В случае, если существуют утвержденные нормативы, выраженные в натуральных показателях, в том числе, нормативы питания, оснащения мягким инвентарем, медикаментами, нормы потребления расходных материалов, нормативы затрат рабочего времени, нормативы снижения объемов потребления энергетических ресурсов в соответствии с требованиями энергетической эффективности или иные натуральные показатели, необходимые для оказания государственной услуги должного качества, указанные нормативы используются при определении нормативных затрат.

В случае отсутствия утвержденных нормативов (натуральных показателей) и/или соответствующих стандартов оказания услуги, учредителем, в целях определения нормативных затрат могут быть самостоятельно установлены нормативы, выраженные в натуральных показателях. Такие нормативы рекомендуется утвердить правовым актом органа власти.

Структурный метод определения нормативных затрат предполагает определение ряда статей расходов пропорционально выбранному основанию, например, пропорционально:

— затратам на оплату труда с начислениями персонала, участвующего непосредственно в оказании услуги;

— площади помещения, используемого для оказания услуги;

— объему оказываемых услуг в случае, если услуги, оказываемые учреждением имеют одинаковую единицу измерения объема услуг (чел., тыс. чел, посещений и т.д.), либо могут быть приведены в сопоставимый вид (например, если одна услуга измеряется в чел., а другая в тыс. чел., то единицы изменения первой услуги могут быть переведены в тыс. чел. путем умножения объема соответствующей услуги на 1000) и др.

Для расчета нормативных затрат по отдельным видам услуг можно применять экспертный метод. Рекомендуется применять данный метод в случае невозможности определения доли одной или нескольких статей расходов в общей сумме расходов на оказание услуги. При применении экспертного метода нормативные затраты в отношении соответствующих затрат (расходов) определяются на основании экспертной оценки, например:

— оценка доли затрат (например, трудозатрат, расходных материалов, коммунальных пла-

[13] Единицы измерения объема определены ведомственным перечнем услуг (см. раздел 2 настоящих комплексных рекомендаций).

[14] Только в рамках переходного периода.

тежей) в общем объеме затрат, необходимых для оказания услуги и др.;

— количество обращений потребителей услуги;

— оценка условного объема площадей, необходимых для оказания услуги.

Выбор метода(ов) определения нормативных затрат для каждой группы затрат осуществляется в зависимости от отраслевых, территориальных и иных особенностей оказания услуги.

Вместе с тем в рамках переходного периода может применяться метод «Первоначальных нормативных затрат» (или метод обратного счета). Данный метод подразумевает формирование норматива, исходя из бюджетной сметы расходов учреждения прошлого, текущего или планируемого года (при наличии данных для расчета) путем деления суммы текущих расходов учреждения на количество услуг, оказанных в соответствующем периоде. При этом в сумму текущих расходов учреждения не рекомендуется включать расходы «разового характера», например, инвестиционные расходы, расходы на оказание услуг на платной основе и иные расходы «непостоянного характера».

Методом обратного счета могут устанавливаться отдельные нормативные затраты на услугу для каждого учреждения или могут устанавливаться единые нормативные затраты на услугу для всех учреждений, ее оказывающих, путем усреднения. Однако, такое усреднение может привести к резкому изменению объемов финансового обеспечения деятельности отдельных учреждений по оказанию услуг (выполнению работ). Выходом из подобных ситуаций может стать установление поправочных коэффициентов стоимости услуги для различных условий ее оказания (различные территории (город, село), категории учреждений (например, малокомплектные школы, коррекционные школы, лицей, гимназия и прочее).

Метод обратного счета может применяться учредителем при установлении первоначальных нормативов затрат на оказание услуги, однако в дальнейшем рекомендуется использовать иные методы.

Стоит заметить, что возможна комбинация методов и периодическое уточнение нормативных затрат (например, в случае внесения изменений в нормативные правовые акты, устанавливающие требования к оказанию услуг, а также в случае изменения объема бюджетных ассигнований, предусмотренных в законе (решении) о бюджете для финансового обеспечения выполнения задания).

Нормативные затраты на работы могут быть рассчитаны по аналогии с расчетом нормативных затрат по услугам, в случае, если для работы существует единица измерения объема (например, на благоустройство одного метра площади или проведения 1 соревнования с численностью до 100 человек), в остальных случаях размер субсидии на работы в рамках задания определяется учредителем индивидуально.

По решению учредителя нормативные затраты на услуги (и работы, в случае, если рассчитываются нормативные затраты на работы) могут определяться отдельно для каждого учреждения или в среднем по группе таких учреждений. При использовании средних значений нормативных затрат по группе учреждений нормативные затраты на очередной финансовый год рассчитываются как отношение суммы нормативных затрат на оказание единицы услуги по всем учреждениям, входящим в группу, на количество указанных учреждений.

Для одной услуги (в случае, если сама услуга не достаточно детализирована в составе перечня услуг) может устанавливаться несколько значений нормативных затрат на ее оказание, характерных для разных условий (вариантов) оказания услуги. В этом случае учредителю рекомендуется четко определить, по каким классификационным признакам будет детализироваться норматив. Примерами такой классификации (детализации) могут быть:

— территориальный признак (например, город/село),

— обеспеченность инженерной инфраструктурой,

— продолжительность оказания услуги (например, продолжительность программ дополнительного образования),

— условия оказания и содержание услуги (например, для разных образовательных программ или укрупненных групп специальностей для учреждений СПО),

— виды учреждений, оказывающих услуги (например, лицей, колледж и т.д.),

— оказание учреждением дополнительных социально-значимых услуг, непосредственно связанных с оказанием государственной услуги (оказание услуг по организации групп продленного дня в школах, а также организации внеклассной работы в форме кружков и секций),

— категории потребителей (лица с ограниченными возможностями здоровья, дети младшего школьного возраста, дети-сироты и т.д.).

При установлении такой классификации вариантов оказания услуг учредитель имеет возможность определить значение нормативных затрат для каждого варианта оказания услуг либо установить поправочные коэффициенты к базовому варианту нормативных затрат.

Порядок определения нормативных затрат утверждается учредителем для одной либо нескольких однотипных государственных услуг, включенных в утвержденный учредителем ведомственный перечень услуг, и может содержать:

— методику расчета удельной расчетной стоимости предоставления в очередном финансовом году и плановом периоде единицы услуги, оказываемой бюджетным (автономным) учреждением в рамках задания с учетом объема затрат на содержание в очередном финансовом году и плановом периоде недвижимого и особо ценного движимого имущества бюджетных (автономных) учреждений;

— порядок изменения нормативных затрат, в том числе, в случае внесения изменений в нормативные правовые акты, устанавливающие требования к оказанию услуг, а также в случае изменения объема бюджетных ассигнований, предусмотренных в законе бюджете соответствующего уровня для финансового обеспечения выполнения задания;

— виды применяемых корректирующих коэффициентов (в случае наличия таковых) и способы их расчета;

— порядок определения нормативных затрат при использовании одной и той же материально-технической базы для оказания услуг в рамках задания.

Нормативные затраты на оказание услуги в соответствующем финансовом году могут определяться по следующей формуле:

$$N_i = SUMjG_j ,$$

где G_j — нормативные затраты, определенные для j-ой группы затрат на единицу услуги на соответствующий финансовый год.

Состав групп затрат определяется учредителем с учетом особенностей оказания каждой услуги, входящей в перечень услуг. Так, при определении нормативных затрат на оказание услуги могут учитываться:

— нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием услуги;

— нормативные затраты на общехозяйственные нужды (за исключением затрат, которые учитываются в составе нормативных затрат на содержание имущества).

В составе нормативных затрат, непосредственно связанных с оказанием услуги, могут быть учтены следующие группы затрат:

— нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании услуги;

— нормативные затраты на приобретение материальных запасов, потребляемых в процессе оказания государственной услуги;

— иные нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной услуги.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

К нормативным затратам на общехозяйственные нужды могут быть отнесены затраты, которые невозможно отнести напрямую к нормативным затратам, непосредственно связанным с оказанием услуги.

В составе затрат на общехозяйственные нужды выделяются следующие группы затрат:

— нормативные затраты на коммунальные услуги;

— нормативные затраты на содержание объектов недвижимого имущества, закрепленного за учреждением на праве оперативного управле-

ния или приобретенным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, а также недвижимого имущества, находящегося у учреждения на основании договора аренды или безвозмездного пользования, эксплуатируемого в процессе оказания услуг (далее — нормативные затраты на содержание недвижимого имущества);

— нормативные затраты на содержание объектов особо ценного движимого имущества, закрепленного за учреждением или приобретенного учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества (далее — нормативные затраты на содержание особо ценного движимого имущества);

— нормативные затраты на приобретение услуг связи;

— нормативные затраты на приобретение транспортных услуг;

— нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников учреждения, которые не принимают непосредственного участия в оказании услуги (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании услуги);

— прочие нормативные затраты на общехозяйственные нужды.

Группы затрат могут быть дополнительно детализированы.

Нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда целесообразно определять, исходя из потребности в количестве персонала по категориям с учетом норм труда, принимающего непосредственное участие в оказании услуги, в соответствии с действующей системой оплаты труда.

Нормативные затраты на материальные запасы целесообразно определять, исходя из нормативных объемов потребления материальных запасов (в случае если такие нормативы утверждены) или фактических объемов потребления материальных запасов за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении. В данном случае речь идет о приобретении материальных запасов, непосредственно используемых для оказания услуги.

Нормативные затраты на коммунальные услуги целесообразно определять обособленно по видам энергетических ресурсов, исходя из нормативов потребления коммунальных услуг с учетом требований обеспечения энергоэффективности и энергосбережения, или исходя из фактических объемов потребления коммунальных услуг за прошлые годы с учетом изменений в составе используемого при оказании услуг особо ценного движимого и недвижимого имущества:

— нормативные затраты на холодное водоснабжение и водоотведение;

— нормативные затраты на горячее водоснабжение;

— нормативные затраты на теплоснабжение;

— нормативные затраты на электроснабжение.

Для определения нормативных затрат на коммунальные услуги, по возможности, рекомендуется устанавливать нормативы потребления коммунальных услуг на единицу услуги для группы учреждений, находящихся в однотипных зданиях и оказывающих одинаковый набор услуг.

Нормативные затраты на содержание недвижимого имущества могут быть дополнительно детализированы по следующим группам затрат:

— нормативные затраты на эксплуатацию системы охранной сигнализации и противопожарной безопасности;

— нормативные затраты на аренду недвижимого имущества;

— нормативные затраты на содержание прилегающих территорий в соответствии с утвержденными санитарными правилами и нормами;

— прочие нормативные затраты на содержание недвижимого имущества.

Нормативные затраты на содержание особо ценного движимого имущества могут быть детализированы по следующим группам затрат:

— нормативные затраты на техническое обслуживание и текущий ремонт объектов особо ценного движимого имущества;

— нормативные затраты на материальные запасы, потребляемые в рамках содержания особо ценного движимого имущества, не отне-

сенные к нормативным затратам, непосредственно связанным с оказанием услуги;

— нормативные затраты на обязательное страхование гражданской ответственности владельцев транспортных средств;

— прочие нормативные затраты на содержание особо ценного движимого имущества.

Нормативные затраты на приобретение услуг связи и приобретение транспортных услуг могут определяться, исходя из нормативов потребления или фактических объемов потребления за прошлые годы в натуральном или стоимостном выражении.

Нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда работников учреждения, которые не принимают непосредственного участия в оказании услуги (административно-управленческого, административно-хозяйственного, вспомогательного и иного персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании услуги) определяются, исходя из количества единиц по штатному расписанию, утвержденному руководителем учреждения, с учетом действующей системы оплаты труда.

Вопрос начисления заработной платы в случае временного приостановления деятельности учреждения, возникшего по независящим от сторон обстоятельствам, должен решаться в рамках Трудового кодекса Российской Федерации.

В случае если Учреждение оказывает несколько услуг, распределение затрат на общехозяйственные нужды по отдельным государственным услугам рекомендуется осуществлять одним из следующих способов:

— пропорционально фонду оплаты труда основного персонала, непосредственно участвующего в оказании государственной услуги;

— пропорционально площади, используемой для оказания каждой государственной услуги (при возможности распределения общего объема площадей Учреждения между оказываемыми государственными услугами);

— путем отнесения всего объема затрат на общехозяйственные нужды на одну услугу (или часть оказываемых учреждением услуг), выделенную(ых) в качестве основной(ых) услуги для учреждения;

— пропорционально иному выбранному показателю.

При определении нормативных затрат не учитываются:

а) субсидии на иные цели, предоставленные учреждению из соответствующего бюджета в соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, в том числе на финансовое обеспечение затрат, не носящих постоянного характера (например, на осуществление капитального ремонта, приобретение особо ценного оборудования и др.);

б) бюджетные инвестиции;

в) финансовое обеспечение осуществления учреждением полномочий органа власти по исполнению публичных обязательств, подлежащих исполнению в денежной форме.

Справка: *На федеральном уровне отдельно предложен порядок определения нормативных затрат на содержание имущества в так называемом «спящем режиме», то есть обособляется объем субсидии на содержание имущества, непосредственно не участвующего в оказании услуги. Нормативные затраты на содержание имущества рассчитываются с учетом затрат на уплату налогов, объектом налогообложения по которому является соответствующее имущество, приобретенное учреждением или закрепленное за ним собственником, а также часть затрат на потребление тепловой и электрической энергии. Ряд субъектов Российской Федерации используют подход, аналогичный федеральному (см. подробнее совместный Приказ Минфина России и Минэкономразвития России от 29 октября 2010 г. № 137н/527), а некоторые субъекты Российской Федерации в порядке определения нормативных затрат на оказание услуг отдельно не обособляют нормативные затраты на содержание имущества, а включают эти затраты в нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием услуги.*

При формировании нормативных затрат на оказание услуг могут быть учтены затраты на содержание имущества, находящегося в пользовании бюджетных и автономных учреждений на основании договора аренды и используемого для оказания услуг.

В случае сдачи бюджетным или автономным учреждением в аренду с согласия учредителя недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленного за ним учредителем или приобретенного за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, финансовое обеспечение содержания такого имущества учредителем не осуществляется (статья 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ, статья 4 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ).

Следует отметить, что финансовое обеспечение содержания государственного (муниципального) имущества за счет соответствующего бюджета в случае сдачи его учреждением в аренду не осуществляется только в части затрат на содержание имущества.

Таким образом, уменьшение субсидии на сумму арендной платы осуществляется только в части расходов на содержание имущества, а не в части расходов, входящих в прямые затраты.

При этом уменьшать объем субсидии, предоставленной на выполнение задания, рекомендуется не в течение финансового года, а с начала нового финансового года.

Важно также отметить, что при изменении нормативных затрат на оказание услуги и нормативных затрат на содержание имущества не допускается уменьшение субсидии, предоставляемой на финансовое обеспечение выполнения задания в течение срока его выполнения, без соответствующего изменения задания.

Объем финансового обеспечения выполнения задания учреждениями, определяемый на основе нормативных затрат, не может превышать объем бюджетных ассигнований, предусмотренных на указанные цели сводной бюджетной росписью соответствующего бюджета и бюджетными росписями главных распорядителей бюджетных средств на соответствующий финансовый год и плановый период.

10.5. Формирование государственных (муниципальных) заданий. Финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания

С вступлением в силу Федерального закона государственные (муниципальные) задания, ранее введенные бюджетным законодательством, обрели новый смысл. Задание определяет деятельность учреждения по оказанию государственных (муниципальных) услуг (выполнению работ), а также является основанием для финансового обеспечения учреждения.

Бюджетным кодексом Российской Федерации предусмотрена разработка заданий на срок до одного года или до трех лет в соответствии с тем сроком, на который утвержден бюджет субъекта Российской Федерации (муниципального образования). Задание формируется учредителем для каждого подведомственного бюджетного (автономного) и по решению органа власти, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств для казенного учреждения (пункт 3 статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации) в соответствии с утвержденным ведомственным перечнем услуг.

Важно отметить, что показатели задания используются при составлении бюджетов для планирования бюджетных ассигнований на оказание услуг, составлении бюджетной сметы казенного учреждения, а также для определения объема субсидий бюджетным и автономным учреждениям (часть 2 статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации). Данные изменения коренным образом изменяют подход к формированию соответствующего бюджета, а также создают условия для учета показателей реально оказываемых услуг (выполняемых работ) при его формировании, что будет способствовать повышению эффективности бюджетных расходов.

При составлении задания целесообразно включать в него следующие показатели:

— наименование услуг (работ) из утвержденного ведомственного перечня услуг (отдельно по каждой услуге (работе));

— потребителей (категории потребителей) услуги;

— объем услуг (работ), выполнение которых учредитель поручает учреждению на ближайший финансовый год (финансовый год и плановый период);

— требования к порядку оказания услуги (выполнения работы);

— показатели качества услуги (работы) в случае, если учредитель готов их установить.

В случае наличия стандарта оказания услуги в задании должна быть дана ссылка на соответствующий стандарт (например, Федеральный государственный образовательный стандарт и т.п.).

Таким образом, стандарт является обязательным требованием выполнения задания (невыполнение стандарта является невыполнением задания), тогда как показатели, описывающие качество услуги, могут использоваться для определения дополнительных характеристик оказания услуги или результата оказания услуги (например, доля выпускников школы, поступивших в высшие учебные заведения, является показателем качества оказания услуги по реализации образовательной программы общего образования в данной школе).

Рекомендованная форма задания приводится в Приложении 3 к настоящим комплексным рекомендациям.

Важно отметить, что при составлении задания учредитель включает в него, в том числе, и услуги, оказываемые за плату, если федеральным законом предусмотрена возможность их оказания на платной основе в рамках задания. При этом в задании обязательно должна содержаться ссылка на соответствующее основание для взимания платы — федеральный закон, и обозначен порядок определения и взимания платы за услугу.

Задание формируется на этапе составления бюджета с учетом существующих бюджетных ограничений. Вместе с тем показатели государственного задания должны служить основанием для формирования бюджета. Утверждение заданий может осуществляться только после утверждения Закона (решения) о бюджете субъекта Российской Федерации (муниципального образования) и формирования сводной бюджетной росписи. Утвержденное задание должно незамедлительно доводиться до учреждения для исполнения. Показатели задания должны своевременно доводиться до учреждения для обеспечения возможности формирования им плана финансово-хозяйственной деятельности на очередной финансовый год (на очередной финансовый год и плановый период).

Справка: *С 1 января 2012 года Федеральным законом предусмотрено составление и утверждение для каждого учреждения плана финансово-хозяйственной деятельности (часть 3.3 статьи 32 Федерального закона от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ). План финансово-хозяйственной деятельности является важнейшим документом деятельности учреждения. Он формируется учреждением и утверждается в порядке, определенном учредителем в соответствии с требованиями, установленными Минфином России в Приказе от 28 июля 2010 г. № 81н «О требованиях к плану финансово-хозяйственной деятельности государственного (муниципального) учреждения». В 2011 году бюджетные учреждения, финансовое обеспечение деятельности которых осуществляется путем предоставления субсидии в соответствии с абзацем первым части 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, вправе в качестве планового документа использовать документ, аналогичный Плану финансово-хозяйственной деятельности, утвержденный учредителем в соответствии с требованиями вышеуказанного Приказа Минфина России (письмо Минфина России от 28 апреля 2011 г. № 02-03-10/1603).*

Дополнительно к заданию учредителю рекомендуется составлять и подписывать с учреждением соглашение о предоставлении субсидии на выполнение задания (далее — соглашение), в котором могут быть определены права и обязанности сторон, а также правила и условия получения субсидии и выполнения соответствующего задания. Необходимо подчеркнуть, что задание и соглашение являются основными документами, регламентирующими взаимоотношения между учредителем и учреждением в процессе выполнения учреждением задания на оказание услуг

(выполнение работ). В связи с этим определение порядка формирования указанных документов, а также разработка и утверждение самих документов должно стать ключевым этапом в реализации Федерального закона.

Данные об объемах услуг (работ) и порядке оказания услуг (выполнения работ) станут ключевыми при определении объема субсидии на выполнение задания. Изменение в течение финансового года субсидии на выполнение задания будет невозможно без соответствующего изменения показателей объема задания или корректировки нормативных затрат на оказание услуг в составе задания.

Перед непосредственным доведением задания рекомендуется осуществить предварительный расчет объема финансового обеспечения на его реализацию. Результаты расчетов должны быть сопоставлены с планируемыми объемами финансового обеспечения деятельности учреждения по смете расходов в текущем (прошедшем) финансовом году. При выявлении серьезных расхождений между планируемым объемом финансового обеспечения задания для учреждения и условной сметой, рассчитанной с использованием старой методики, необходимо использовать корректирующие коэффициенты либо вносить изменение в методику расчета норматива для сближения результатов расчетов. Однако при использовании корректирующих коэффициентов информацию об этом целесообразно довести до учреждения для совместной выработки мер по приведению фактического объема расходов учреждения к нормативному.

10.6. Оказание платных услуг государственными (муниципальными) учреждениями

Оказание услуг физическим и юридическим лицам в пределах, установленных заданием, является бесплатным для потребителей этих услуг, если иное не предусмотрено федеральными законами. Предельные цены (тарифы) платных услуг должны содержаться в задании (часть 1 статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации). Учреждение может взимать плату за услуги, оказываемые в рамках основных видов деятельности сверх задания.

Цены (тарифы) на платные услуги могут формироваться учредителем (а в случаях, установленных федеральным законом, учреждением) в соответствии с требованиями нормативных правовых актов. Стоимость платных услуг определяется учредителем или учреждением, исходя из себестоимости и необходимого уровня рентабельности.

Государственные (муниципальные) учреждения независимо от типа могут осуществлять приносящую доход деятельность в соответствии со своими учредительными документами. Такая деятельность должна осуществляться в соответствии с целями, для достижения которых созданы учреждения, и если доходы от приносящей доход деятельности направляются на достижение указанных целей. Доходы от приносящей доход деятельности, полученные бюджетным (автономным) учреждением, поступают в самостоятельное распоряжение учреждения, доходы, полученные казенными учреждениями от указанной деятельности, поступают в соответствующий бюджет бюджетной системы Российской Федерации (статья 298 Гражданского кодекса Российской Федерации).

В соответствии с частью 22 статьи 30 Федерального закона главные распорядители бюджетных средств, в ведении которых находятся казенные учреждения, осуществляющие приносящую доходы деятельность, имеют право распределять бюджетные ассигнования между указанными учреждениями с учетом объемов доходов от приносящей доходы деятельности, осуществляемой этими учреждениями, зачисляемых в соответствующий бюджет бюджетной системы Российской Федерации.

> **Справка:** *Органам власти, на которые распространяются особенности правового положения казенных учреждений, в силу части 3 статьи 12 Федерального закона от 26 июля 2006 г. № 135-ФЗ «О защите конкуренции» запрещается осуществлять приносящую доход деятельность.*

В соответствии с положениями Бюджетного кодекса Российской Федерации учреждение имеет право оказывать услуги на платной основе только сверх задания. Учреждение не имеет

права отказаться от выполнения данного государственного (муниципального) задания в пользу оказания услуг на платной основе (статья 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации в редакции Федерального закона).

Как уже было отмечено в разделе «Общие положения» настоящих комплексных рекомендаций, четкое и однозначное отделение платных услуг от гарантированных бесплатных для потребителя услуг, оказываемых учреждениями на основании задания, является важным фактором успешной реализации Федерального закона. Органам власти рекомендуется проводить четкую и последовательную политику в части регулирования вопросов оказания платных услуг подведомственными им учреждениями.

Перечни платных услуг не должны содержать услуги (работы), включенные в перечень услуг (ведомственный перечень услуг), а в перечень услуг не должны включаться услуги (работы), которые выполняются учреждением за плату, за исключением случаев, предусмотренных федеральными законами.

Утвержденные перечни услуг, оказываемых на платной основе, условия их предоставления и стоимость рекомендуется размещать на официальном сайте учреждения, а также на официальном сайте учредителя.

Приложение 1.3

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 8 МАЯ 2010 Г. № 83-ФЗ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Раздел подготовлен Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации

I. Анализ сети и выбор типа с учетом отраслевой специфики

В целях определения типа государственного (муниципального) учреждения или оценки целесообразности принятия решения об изменении типа государственного (муниципального) учреждения рекомендуется использовать следующую группу критериев:

1. Критерии, основанные на положениях законодательных актов Российской Федерации:

а) Исполнение функций органов власти.

Государственное (муниципальное) учреждение может быть отнесено к определенному типу исходя из возможности исполнения указанным учреждениям государственных (муниципальных) функций в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов власти.

Для исполнения государственных функций может создаваться только казенное учреждение, за исключением случаев, прямо установленных федеральными законами.

Автономное учреждение и бюджетное учреждение создаются публично-правовым образованием для выполнения государственных (муниципальных) работ, оказания государственных (муниципальных) услуг и не вправе исполнять государственные (муниципальные) функции, за исключением случаев, прямо установленных федеральными законами.

б) Сфера деятельности учреждения.

Автономное учреждение может быть создано в сфере науки, образования, здравоохранения, социальной защиты, занятости населения, а также в иных сферах, если это установлено федеральными законами.

Сферы деятельности бюджетных учреждений не ограничены.

Сферы деятельности казенных учреждений не ограничены.

2. Критерии, основанные на учете финансово-экономической и административно-управленческой оценке деятельности (оценка финансово-

экономических показателей производится на основе отчетного финансового года и двух предшествующих финансовому году лет):

— средний рост балансовой стоимости основных фондов государственного (муниципального) учреждения;

— средний рост расходов бюджетных средств на единицу государственной (муниципальной) услуги;

— средний рост заработной платы работников государственного (муниципального) учреждения в среднем по учреждению;

— достаточность обеспечения недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепляемым за бюджетным или автономным учреждением в соответствии с установленными нормативными требованиями, а также стандартами качества предоставления государственных (муниципальных) услуг (оценивается положительно, если имущество создаваемого бюджетного или автономного учреждения соответствует нормативным требованиям, требованиям стандартов качества либо превышает их);

— степень износа основных фондов (нефинансовых активов), определяемая как отношение суммы накопленного износа к балансовой стоимости основных фондов на конец отчетного финансового года (оценивается положительно, если это значение составляет не более 85%);

— отношение среднемесячной заработной платы работников государственного (муниципального) учреждения к среднемесячной заработной плате работников по субъекту Российской Федерации в целом, в котором располагается государственное муниципальное учреждение, в соответствующей сфере деятельности за отчетный финансовый год (оценивается положительно, если это значение превышает 100%);

— наличие в текущем финансовом году просроченной кредиторской задолженности (оценивается положительно в случае отсутствия указанной задолженности);

— способность административно-управленческого персонала эффективно осуществлять организационно-управленческую и финансово-хозяйственную деятельность, в том числе направленную на развитие соответствующего государственного (муниципального) учреждения, после изменения типа государственного (муниципального) учреждения (оценка производится на основе метода экспертных оценок, социологических методов и (или) иных методов);

— наличие плана (программы) учреждения по внедрению энергосберегающих технологий.

В субъекте Российской Федерации предложенные показатели могут быть использованы частично, либо состав показателей может быть расширен.

В части определения типа государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

В соответствии с пунктом 19 статьи 31 Федерального закона № 83-ФЗ государственные учреждения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения, участвующие в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, не могут быть созданы в виде казенных учреждений.

Комментарий: *К сожалению, хотя и говорится об отраслевой специфике, данные рекомендации (они приведены здесь на основе распоряжения Правительства Российской Федерации от 7 сентября 2010 г. № 1505-р) никак не учитывают специфику здравоохранения. Более детальные комментарии по этому поводу даны в 11 номере нашего журнала за 2010 год. Рекомендации по выбору типов учреждений с учетом отраслевых особенностей приведены в вышеуказанной книге нашего издательского дома.*

II. Разработка перечня услуг (работ), оказываемых государственными (муниципальными) учреждениями

Формирование перечней услуг (работ), оказываемых (выполняемых) государственными (муниципальными) учреждениями, осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления по решению вопросов, отнесенным к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в области охраны здоровья граждан, а также полномочий Российской Федерации, пере-

данных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 определены полномочия органов государственной власти субъектов и органов местного самоуправления в области охраны здоровья граждан:

— статьей 5.1 — полномочия Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданных для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации;

— статьей 6 — полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан;

— статьей 8 — полномочия по решению вопросов местного значения в области здравоохранения. При этом в соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» с 1 января 2012 года к вопросам местного значения муниципального района будет отнесено создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района (за исключением территорий поселений, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских учреждениях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) в соответствии с территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определены полномочия субъектов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» установлены полномочия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации при обращении лекарственных средств.

Статьей 7.1 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» определены полномочия Российской Федерации в области содействия занятости населения, переданные для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

При формировании перечней услуг (работ), оказываемых (выполняемых) государственными (муниципальными) учреждениями, находящимися в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований в сфере здравоохранения, обращения лекарственных средств для медицинского применения, труда и защиты прав потребителей органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления рекомендуется использовать перечень, приведенный в приложении 4 к настоящим Комплексным рекомендациям.

При этом в указанном рекомендуемом перечне услуги могут быть детализированы по условиям оказания услуги (в амбулаторных условиях, в условиях дневных стационаров, в стационарных условиях), в то же время эта услуга может быть детализирована и по основным профилям (специальностям): кардиология и ревматология, педиатрия, инфекционные болезни, терапия, психиатрия, фтизиатрия и др.

При определении показателей качества медицинских услуг рекомендуется ориентироваться на соответствие порядкам и стандартам медицинской помощи.

III. Расчет нормативных затрат (отраслевая специфика)

При формировании нормативных затрат на оказание государственными учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальными учреждениями рекомендуется принять за основу Приказ Министерства финансов Российской Федерации и Министерства экономического развития Российской Федерации от 29.10.2010 № 137н/527 «О методических рекомендациях по расчету нормативных затрат на оказание федеральными государственными учреждениями государственных услуг и нормативных затрат на содержание имущества федеральных государственных учреждений».

Расчет нормативных затрат для государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений рекомендуется осуществлять в соответствии с выбранным в субъекте Российской Федерации вариантом распределения затрат для целей расчета нормативных затрат (затраты на оказание услуг и затраты на содержание имущества, либо прямые и косвенные затраты).

При определении объема нормативных затрат в расчет не включаются следующие затраты:

1. затраты, финансируемые путем предоставления субсидий на иные цели, в соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, в том числе:

— затраты по осуществлению капитального ремонта;

— затраты по приобретению основных средств, за исключением затрат на комплектование фондов;

— иные затраты, финансируемые путем предоставления субсидий на иные цели;

2. объемы бюджетных инвестиций;

3. затраты по содержанию движимого имущества, не отнесенного к категории особо ценного движимого имущества;

4. финансовое обеспечение осуществления государственным учреждением субъекта Российской Федерации полномочий органов государственной власти субъекта Российской Федерации по исполнению публичных обязательств, подлежащих исполнению в денежной форме.

Для целей расчета нормативных затрат рекомендуется детально структурировать деятельность государственных учреждений субъекта Российской Федерации и муниципальных учреждений. Для каждой из услуг должно рассчитываться свое значение нормативных затрат.

При необходимости может быть произведена дополнительная детализация состава государственных услуг для целей расчета нормативных затрат.

На переходный период с 1 января 2011 года до 1 июля 2012 года средства на содержание учреждений, оказывающих медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, передаются указанным учреждениям в форме субсидий, предоставляемых на иные цели, в соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Особенности формирования норматива затрат в части услуг по оказанию медицинской помощи.

В расчет норматива затрат на приобретение материальных запасов включаются расходы, связанные с приобретением медикаментов, перевязочных и дезинфицирующих средств, рентгенпленки и химических реактивов, лабораторного оборудования, расходных одноразовых материалов, медицинского оборудования и запчастей к нему, медицинского инструмента, канцелярских и хозяйственных товаров.

Особенности формирования норматива затрат в части услуг, оказываемых в сфере социального обеспечения.

В расчет норматива затрат на приобретение материальных запасов включаются расходы, связанные с приобретением продуктов питания, медикаментов, спортинвентаря, хозяйственных товаров, горюче-смазочных материалов, мягкого инвентаря, инструмента, запчастей.

IV. Формирование государственного (муниципального) задания

Формирование государственного (муниципального) задания осуществляется в соответствии с основными видами деятельности государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений. Государственное (муниципальное) задание разрабатывается и утверждается при формировании закона (решения) о соответствующем бюджете.

Государственное (муниципальное) задание на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ) формируется в соответствии с основными видами деятельности, предусмотренными учредительными документами государственного бюджетного или государственного казенного учреждения субъекта Российской Федерации или муниципального учреждения.

Государственное (муниципальное) задание устанавливает показатели, характеризующие

качество и (или) объем (содержание) государственной (муниципальной) услуги (работы), а также порядок ее оказания (выполнения).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 02.09.2010 № 671 «О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания» утверждена форма государственного задания, которую считаем возможным использовать для формирования государственного (муниципального) задания государственному учреждению субъекта Российской Федерации или муниципальному учреждению.

При установлении государственному учреждению субъекта Российской Федерации или муниципальному учреждению государственного (муниципального) задания на оказание нескольких государственных услуг (выполнение нескольких работ) государственное (муниципальное) задание формируется из нескольких разделов, каждый из которых должен содержать требования к оказанию одной государственной (муниципальной) услуги (выполнению одной работы).

В случае, если государственному учреждению субъекта Российской Федерации или муниципальному учреждению предусмотрено государственное (муниципальное) задание одновременно на оказание государственной (муниципальной) услуги (услуг) и выполнение работы (работ), то государственное (муниципальное) задание должно содержать 2 части, в каждой из которой устанавливаются отдельно требования к оказанию государственной (муниципальной) услуги (услуг) и выполнению работы (работ).

Формирование государственного (муниципального) задания осуществляется на основе перечня услуг (работ), оказываемых государственными (муниципальными) учреждениями в области охраны здоровья граждан, утвержденного органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках обязательного медицинского страхования, государственное (муниципальное) задание не устанавливается.

V. Формирование перечня платных услуг (работ) и тарифов на услуги (работы)

С целью совершенствования и развития финансово-экономической самостоятельности субъектов Российской Федерации орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации самостоятельно принимает решение о формировании и утверждении единого исчерпывающего перечня платных услуг (услуг), а государственные учреждения субъектов Российской Федерации и муниципальные учреждения определяют, какие услуги (работы) из данного перечня они оказывают. При этом орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации вправе утверждать предельные цены (тарифы) на каждую платную услугу (работу), оказываемую подведомственными ему учреждениями.

При формировании нормативных правовых актов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, определяющих порядок определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности государственных учреждений субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждений, находящихся в их ведении, могут быть использованы ведомственные нормативные правовые акты, утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в том числе:

— Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 351н «Об утверждении Методики расчета платы за санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания, токсикологические, гигиенические и другие виды оценок, осуществляемые в целях предоставления федеральными органами исполнительной власти государственных услуг»;

— Приказ Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 349н «Об утверждении Методики расчета платы за экспертизу качества, эффективности и безопасности изделий медицинского назначения в целях государственной регистрации изделий медицинского назначения и размера платы за экспертизу качества, эффективности и безопасности изделий медицинского назначения в целях государственной регистрации изделий медицинского назначения».

РЫНОК ЗАСТЫЛ НА «НИЗКОМ СТАРТЕ»

Государственные инициативы по модернизации отрасли, обещание 24 млрд. руб. на ее информатизацию и требование в ближайшие годы продемонстрировать результат подарили интеграторам надежду на то, что вскоре начнется взрывной рост спроса на ИТ со стороны не только коммерческих и ведомственных, но и государственных медучреждений. Несмотря на обилие позитивных инициатив, в 2010 г. и первой половине 2011 г. ощутимых сдвигов в области информатизации отечественного здравоохранения пока не произошло.

По данным рейтинга, подготовленного CNews Analytics, выручка 10 крупнейших поставщиков ИТ в этом секторе по итогам 2010 года составила 1204,2 млн. руб., что на 36% больше, чем в 2009 году (887,1 млн. руб.). Среди участников Топ-10 на паритетных началах представлены компании из «двух столиц» (Москвы и Санкт-Петербурга), а также регионов (Новосибирска, Белгорода, Казани, Самары). Участники рейтинга прогнозируют дальнейший рост оборотов своих компаний в среднем на 50% уже в 2011 г.

Крупнейшие поставщики медицинских информационных систем в России 2009–2010 гг.

№	Название	Город	Доля МИС в общем доходе, %		Выручка от проектов в области здравоохранения (с НДС), тыс. руб.			Структура выручки по направлениям, %		
			2010, %	2009, %	2010	2009	Прогноз 2011, %	ИТ-услуги	ПО	АО
1	Электрон	Санкт-Петербург	25	20	640 000	480 000	+125	10	30	60
2	Пост Модерн Текнолоджи*	Москва	95	95	175 000	120 000	+50–60	40	60	
3	Утилекс АйТи 2000	Новосибирск	4,2	3,5	103 300	72 000	+15	35	20	45
4	СП.АРМ	Санкт-Петербург	90	80	85 000	70 000	н/д	20	80	
5	СофТраст	Белгород	100	100	60 000	38 000	+20	90	10	

* Оценка CNews Analytics

Источник: CNews Analytics, 2011

Позитивно должно сказаться на отрасли и дальнейшее усиление финансирования программ информатизации в сфере здравоохранения, хотя и сохраняется риск неэффективного расходования средств. Важным стимулом может стать распространение принципов самоуправления в профессиональном сообществе, которое будет все активнее влиять на процессы, определяющие развитие отрасли — в частности, разработку регулирующих документов, требований, регламентов, стандартов и т.д.

Подробнее об итогах развития рынка ИТ в здравоохранении читайте в обзоре CNews «ИТ в здравоохранении 2011» http://www.cnews.ru/reviews/free/publichealth2011.

А.В. ГУСЕВ,
к.т.н., заместитель директора по развитию, компания «Комплексные медицинские информационные системы», г. Петрозаводск, agusev@kmis.ru
М.М. ЭЛЬЯНОВ,
к.т.н., президент АРМИТ, г. Москва, info@kmis.ru

В АРМИТ ОБСУЖДАЮТ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 002.53
Гусев А.В., Эльянов М.М. ***В АРМИТ обсуждают перспективы развития информационных технологий в сфере здравоохранения*** *(«Комплексные медицинские информационные системы», г. Петрозаводск; АРМИТ, г. Москва)*
Аннотация: В репортаже представлены обсуждения развития решений класса «Электронная регистратура», а также перспектив «облачных вычислений».
Ключевые слова: *медицинские информационные системы, электронная регистратура, облачные вычисления*

В апреле—мае 2011 г. в Ассоциации развития медицинских информационных технологий (АРМИТ) прошли 2 обсуждения, связанные с одними из самых актуальных тем: решениями «Электронная регистратура» и перспективами «облачных вычислений».

Разработка «Требований к электронным регистратурам»

В АРМИТ отмечают, что в настоящее время есть существенная проблема с пониманием, что такое «электронная регистратура» и какие функции решения такого класса должны выполнять. Основной диссонанс наблюдается между пониманием этого термина разработчиками, регулятором (главным образом — Минздравсоцразвития РФ) и региональными властями. Встречается несколько отдельных задач, реализацию которых называют «электронной регистратурой»:

- ***Система удаленной (через Интернет) записи (и самозаписи) пациентов на прием к врачу.***
- ***Система для автоматизации рабочих мест в регистратурах и приемных отделениях,*** в том числе для ведения учета обратившихся в ЛПУ пациентов, формирования первичной медицинской документации и записи на прием к врачу.
- ***Система управления очередями пациентов*** на основе информационных табло и интерактивных инфоматов для сокращения времени ожидания пациентом перед кабинетом врача (на примере, как это делается в банках).

Свою широкую популярность термин «Электронная регистратура» получил ориентировочно в 2009 г., когда в стране стали появляться первые крупные региональные проекты, в названии которых стало упоминаться словосочетание «Электронная регистратура». На такие проекты было обращено внимание профессионального сообщества, стали появляться различные публикации в СМИ, выступления на конференциях и т.д.

В прошлом году термин «Электронная регистратура» стал упоминаться уже и первыми лицами государства как пример эффективного внедрения информационных технологий в практику работы учреждений здравоохранения. Как хорошо известно,

параллельно с этим стали прорабатываться региональные программы информатизации в рамках модернизации здравоохранения, где «электронная регистратура» стала одним из основных направлений, наравне с внедрением электронных медицинских карт, паспортом ЛПУ и другими задачами.

В официальном перечне поручений Правительству РФ по итогам совещания в Твери Президентом РФ Д.А. Медведевым было дано указание в срок до 31 декабря 2012 г. «*обеспечить создание и внедрение в деятельность учреждений здравоохранения медицинских информационно-справочных систем, в том числе в целях ведения электронной истории болезни,* ***автоматизации работы регистратур и приемных отделений, включая использование систем записи на приём к врачу через Интернет****, телемедицинских технологий и системы непрерывного дистанционного обучения врачей*» (http://news.kremlin.ru/news/8738). Таким образом, 2 основных задачи «*автоматизация работы регистратур*» и «*запись на прием к врачу через Интернет*» были озвучены Главой государства как приоритетные, наравне с внедрением электронной истории болезни и телемедициной.

В документе «*Требования к МИС, передаваемым в фонд алгоритмов и программ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, применяемым в Государственной информационной системе персонифицированного учета в здравоохранении Российской Федерации*» (http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/16), в разделе «*Внешние информационные системы медицинского назначения*» есть прямое упоминание термина «Региональная электронная регистратура», в задачи которой прописаны: «*Автоматизация ведения расписания и записи на прием к врачам и на обслуживание другими службами и лабораториями*». При этом данным документом регламентировано, что «Региональная электронная регистратура» является внешним по отношению к медицинской информационной системе уровня ЛПУ решением, размещенным на уровне регионального информационного ресурса (РИР).

Типовая программа модернизации здравоохранения, разработанная Минздравсоцразвития РФ для применения в субъектах РФ, в части «Внедрение современных информационных систем в здравоохранение» содержала прямое указание на внедрение «*записи к врачу в электронном виде*», но при этом не уточняла природу этой функции: должна ли это быть запись к врачу через Интернет или это функция непосредственно медицинской информационной системы уровня ЛПУ.

В тексте «*Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения*» (http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/21) имеется следующее предложение «...*К федеральным транзакционным системам относятся ...* ***системы ведения расписания приемов специалистов****, проведения консультаций, в том числе телемедицинских, и загрузки мощностей медицинской организации,* ***а также электронной записи на прием к врачу****...*». Похожая формулировка есть в документе «*Состав регионального фрагмента единой информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные требования к его компонентам, обязательным для создания в 2011–2012 годах в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения*» (http://www.ictgov.ru/activity/595/). В частности, в описании состава федерального сегмента единой информационной системы есть следующее направление «*системы ведения расписания приемов специалистов, проведения консультаций..., а также электронной записи, в том числе самозаписи, на прием к врачу*». Очевидно, что формулировка из концепции допускает реализацию записи на прием к врачу как функцию МИС уровня ЛПУ, в то время как очень похожая формулировка из «Состава регионального фрагмента» только лишь упоминанием слова «самозаписи» заставляет понимать эту

функцию именно как запись к врачу через Интернет.

Анализируя эти (и некоторые другие, достаточно похожие) примеры, можно сделать вывод о том, что на государственном уровне предлагается разделять 2 понятия: *систему ведения расписания врачей* и *систему электронной записи на прием к врачу*, считая их разными системами. С учетом приведенных выше цитат получается, что «система ведения расписания врачей» — это функция уровня ЛПУ (и она, разумеется, подразумевает как минимум автоматизацию рабочих мест регистратуры, так как именно там осуществляется прием пациента и направление к врачу), а «система электронной записи на прием к врачу» — это региональная функция, под которой понимается возможность для пациентов самостоятельно записаться к врачу через Интернет. Вместе с этим следует признать, что формулировки этих задач требуют дальнейшего уточнения, чтобы устранить их неоднозначное понимание.

Детальный анализ различных программных продуктов (за основу был взят каталог АРМИТ), обзор решений «Электронная регистратура», анкетирование разработчиков и изучение различных ТЗ на данные проекты также подтвердили, что смысловое наполнение данного термина имеет существенные отличия.

В связи с тем, что проблема термина «Электронная регистратура» явно имеет место быть как в профессиональном сообществе, так и в материалах Минздравсоцразвития РФ, как основного регулятора отрасли, было принято решение попытаться формализовать существующее понимание этого термина разработчиками, а затем обсудить его в рамках работы АРМИТ для того, чтобы выработать единую общепринятую точку зрения.

В связи с этим был разработан документ «Типовое техническое задание на внедрение информационной системы «Электронная регистратура». Целью создания документа стала попытка систематизации самых разнообразных вариантов реализации решений класса «Электронная регистратура» и формализация этих вариантов в виде общего итогового документа. После этого в начале мая от АРМИТ была разослана анкета (число подписчиков рассылки — 4000 адресов) с предложением проанализировать созданный документ, поставить оценку и высказать предложения или комментарии. Аналогичное обращение от имени автора было размещено на сайте «Госбук» по адресу: http://www.gosbook.ru/node/22456.

В результаты было получено ***13*** анкет, все они были обработаны и тщательно проанализированы. Среди них ***54%*** составили специалисты с учеными степенями кандидатов и докторов наук, более ***70%*** — представители различных регионов РФ. Распределение респондентов выглядит следующим образом: представители IT-компаний — ***38%***, представители лечебно-профилактических учреждений — ***31%***, представители государственных органов власти — ***23%***, научная общественность — ***8%***.

Оценки предложенного документа распределились следующим образом:

- Оценку «Документ можно принять в целом. Возможна корректировка отдельных позиций» поставили ***54,55%*** респондентов.
- Оценку «Документ можно принять за основу, но необходима существенная коррекция» поставили ***18,2%***.
- Негативную оценку документа в формулировке «Документ требует кардинальной переработки» высказали ***18,2%***.

Таким образом, в сумме поддержку документа в виде этих двух положительных вариантов ответа высказали ***72,75%***. Из числа участников 9% вообще не поставили оценку или написали свой вариант, не классифицированный изначальной анкетой.

В анкетах были предложены следующие правки и замечания:

1. ***Усилить акцент, что запись к врачу может быть частью полноценной медицинской информационной системы***. Для

этого в состав функциональных требований были выделены функции, которые относятся именно к записи к врачу через Интернет. Эти функции могут быть как частью «Электронной регистратуры», так и часть МИС уровня ЛПУ.

2. ***Учесть «Стандарт электронной услуги «Прием заявок (запись) на прием к врачу».***

3. ***Добавить возможность ведения электронной медицинской документации.*** Это предложение, по результатам обсуждения, было отклонено, так как оно размывает границу между ЭР и полноценной МИС.

В целом в ходе предварительного обсуждения мы сделали вывод о том, что предложенный предварительный вариант нуждался в уточнении и доработке, после этого он вполне может приобрести некий официальный статус и применяться сообществом в своей работе. Окончательная версия документа была опубликована в АРМИТ в середине июня 2011 г.

Перспективы и границы применимости «облачных вычислений» в здравоохранении

Второй темой обсуждения стали перспективы «облачные технологии» для их применения в сфере здравоохранения. По данной теме АРМИТ провела собственное аналитическое исследование. Для этого была разработана специальная анкета, которая была разослана всем подписчикам АРМИТ, а также опубликована на сайте «Госбук» по адресу: http://www.gosbook.ru/node/23095. Результаты сбора информации были доложены на заседании экспертно-консультативной группы при Совете по развитию информационного общества при Управлении делами Президента РФ в рамках конференции и выставки Medsoft-2011, прошедших 19 мая 2011 г. в Москве (http://www.armit.ru/medsoft2011).

Материалы исследования

Свои анкеты с ответами на вопросы, посвященные перспективам облачных вычислений, прислали *27* человек. Среди них *44%* составили специалисты с учеными степенями кандидатов и докторов наук, *56%* — это жители регионов России, *60%* — имеют непосредственное профессиональное отношение к медицинским информационным технологиям (являются либо разработчиками, либо прямыми пользователями). Подавляющее большинство (*90%*) согласились на открытое цитирование их мнения, таким образом не опасаясь негативных для себя последствий в обсуждении данной темы и своей позиции.

Распределение респондентов выглядит следующим образом: представители IT-компаний — *48%*, представители лечебно-профилактических учреждений — *33%*, представители государственных органов власти — *15%*, научная общественность — *4%*.

Таким образом, несмотря на небольшое количество участников, полученные данные все же признаны нами достаточно информативными и достоверными в силу того, что в опросе согласились принять участие достаточно активные участники профессионального сообщества, представляющие все основным группы. В том числе среди них большое число заняли представители регионов, а также специалисты с учеными степенями.

Во-первых, участникам было предложено ответить на вопрос: «*Как Вы в целом относитесь к идее реализации «облачной» модели автоматизации учреждений здравоохранения?*». Ответы распределились следующим образом:

- В целом позитивно, но при определенных условиях и для определенных задач (в вопросах ниже нужно будет раскрыть эти задачи и условия) — *78%*.
- Безусловно, положительно (нужно делать автоматизацию именно по облачной модели) — *15%*.
- Безусловно, негативно (автоматизация медицинских учреждений по облачной модели выполняться не должна) — *7%*.

Также мы попросили оценить *перспективы SaaS как модели распространения и внедрения медицинских информационных систем*. Мнения

участников распределились следующим образом: безусловно это эффективная модель и мы ее поддерживаем — ***33%***, в целом это неплохая идея и мы допускаем, что будем применять ее наравне с моделью приобретения лицензий — ***30%***, нет, не поддерживаем — ***26%***, затрудняюсь ответить — ***11%***.

Отдельно мы попросили оценить *перспективы создания общенациональной «медицинской информационной системы» на федеральном уровне на базе «облачного» подхода*. Оценки участников распределились следующим образом: не поддерживают эту идею — ***63%***, поддерживают эту идею — ***22%***, затруднились ответить — ***15%***.

Учитывая, что при автоматизации ЛПУ есть несколько традиционных задач, достаточно сильно отличающихся друг от друга по специфике, требованиям и условиям применения, мы попросили участников отдельно оценить перспективы каждой такой задачи относительно облачных технологий и получили следующие результаты *(таблица 1)*.

Таким образом, только задача создания региональной информационной системы была признана большинством специалистов, как предназначенная для облачного подхода.

Остальные задачи не получили большинства мнений для переноса в исключительно «облачную» модель работы. Ближе всего к «облакам» следует признать задачи ведения сайта ЛПУ, системы формирования статистической отчетности и электронную регистратуру, так как 80% и более участников согласились, что данного рода задачи можно применять на базе облачного подхода.

Хуже всего перспективы облачных вычислений выглядят при внедрении лабораторной и радиологической информационных систем (лишь 26 и 22% участников соответственно высказались о том, что такого рода задачи можно применять в том числе на базе «облаков»).

Для того, чтобы оценить инфраструктурные требования для реализации облачных подходов, мы попросили участников высказать *требования к минимальной пропускной способности каналов связи* и *методу организации* таких каналов. Результаты выглядят следующим образом: требуются каналы связи 100 Мбит/сек. — ***26%***, требуются каналы связи 10 Мбит/сек. — ***52%***, требуются каналы связи 1–2 Мбит/сек. — ***15%***, достаточно канала связи менее 1 Мбит/сек. — ***4%***.

С точки зрения организации каналов связи, участники распределились следующим образом:

- Необходимо создание внутренней защищенной сети для ЛПУ — ***70%***.
- Достаточно аренды обычного канала связи через Интернет — ***22%***.

Таким образом, большинством мнений реализацию «облачного подхода» признали возможной при условии создания внутренней защищенной сети медицинских учреждений с пропускной способностью 10–100 Мбит/сек.

Далее, мы попросили участников перечислить *основные сложности, которые препятствуют успешной реализации проектов информатизации здравоохранения на базе «облаков»*. Мнения распределились следующим образом:

1. Отсутствие готовых каналов связи в регионе до каждого ЛПУ с необходимой пропускной способностью — ***82%***.

2. Высокая стоимость создания каналов связи с необходимой характеристикой — ***44%***.

3. Монополизация ЛПУ в регионе одним общим «облачным решением» — ***44%***.

4. Сомнительная или отсутствующая вовсе экономическая оправданность применения «облаков» — ***44%***.

5. Низкая производительность по сравнению с традиционной моделью размещения серверов внутри ЛПУ — ***33%***.

6. Существенно более высокая стоимость организации защиты персональных данных в соответствии с требованиями ФЗ-152 — ***33%***.

Интересным наблюдением является оценка перспектив «облаков» относительно соблюдения законодательства в области персональных данных. Некоторые участники (7 человек) отметили, что в случае применения «облаков»

Таблица 1

Оценка перспектив традиционных задач относительно облачных технологий

№ п/п	Задача	Перспективы реализации на базе «облаков»	Поддержка «облаков»
1	Электронная регистратура	• В том числе на «облаках» — 67% • Только на «облаках» — 19% • «Облака» применять нельзя — 15%	86%
2	Медицинская информационная система поликлиники*	• В том числе на «облаках» — 56% • «Облака» применять нельзя — 41% • Только на «облаках» — 4%	60%
3	Медицинская информационная система стационара*	• «Облака» применять нельзя — 52% • В том числе на «облаках» — 44% • Только на «облаках» — 4%	48%
4	Лабораторная информационная система, в том числе интеграция с лабораторными анализаторами	• «Облака» применять нельзя — 74% • В том числе на «облаках» — 26% • Только на «облаках» — 0	26%
5	Радиологическая информационная система, в том числе интеграция с оборудованием	• «Облака» применять нельзя — 78% • В том числе на «облаках» — 22% • Только на «облаках» — 0	22%
6	Система для формирования медицинской статистики	• В том числе на «облаках» — 67% • Только на «облаках» — 19% • «Облака» применять нельзя — 11%	86%
7	Система для взаиморасчетов по ОМС/ДМС и учета платных услуг	• В том числе на «облаках» — 67% • Только на «облаках» — 15% • «Облака» применять нельзя — 11%	82%
8	Система кадрового учета	• В том числе на «облаках» — 74% • «Облака» применять нельзя — 15% • Только на «облаках» — 4%	78%
9	Система бухгалтерского учета	• В том числе на «облаках» — 67% • «Облака» применять нельзя — 22% • Только на «облаках» — 0	67%
10	Система ведения сайта ЛПУ	• В том числе на «облаках» — 60% • Только на «облаках» — 22% • «Облака» применять нельзя — 7%	82%
11	Телемедицинская система	• В том числе на «облаках» — 59% • «Облака» применять нельзя — 30% • Только на «облаках» — 11%	70%
12	Региональная информационная система (РИАМС, РИР)	• Только на «облаках» — 44% • В том числе на «облаках» — 41% • «Облака» применять нельзя — 11%	85%

* Система уровня ЛПУ для ведения электронной медицинской документации и полной автоматизации

проблема с соблюдением ФЗ-152 только усугубляется и является весомым препятствием. Вместе с этим отдельные единичные участники (Самохвалов В.Г., независимый эксперт из Санкт-Петербурга например), наоборот, отметили, что в случае применения «облаков» проблема с ФЗ-152 исключается вовсе или ее острота существенно снижается. Учитывая диаметрально противоположные мнения, возникла необходимость профессиональной оценки данного вопроса специалистами, глубоко разбирающимися в нюансах законодательства в области защиты персональных данных.

Для того, чтобы оценить техническую готовность МИС для применения на базе «облачного» подхода, мы отдельно разработчиков

попросили сообщить, какие системы поддерживают работу в терминальном режиме и какие системы поддерживают работу в браузере (тонком клиенте). В результате мы получили следующие данные: поддерживают работу в терминальном режиме — ***48%***, поддерживают работу в браузере Интернет — ***48%***.

Обсуждение и выводы

Проблема № 1 — терминология. Во время обсуждения результатов исследования на Medsoft одним из самых основных замечаний (которое звучало не только во время этого доклада, но и в других выступлениях, затрагивающих «облачные вычисления) было то, что сегодня у многих участников нет правильного понимания терминов «облачных вычислений», особенно если это касается SaaS. Так, выступающие неоднократно обращали внимание, что SaaS — это не метод разработки программного обеспечения и далеко не технология[1]. Как метко заметил Б.В. Зингерман в своем выступлении: «*Единственное, что мы точно знаем об облаках, — это то, что там туман*». Многие IT-специалисты, предметно разбирающиеся с «облаками», говорили о том, что вначале нужно всем изучить термины и понимать их так, как понимаются они во всем мире. Другими словами, фактически для начала всем тем, кто рассуждает и продвигает «облака», неплохо бы пройти элементарный «ликбез». Конечно, спорить с этим выводом никто не станет, однако было замечено, что проблема с пониманием данной области актуальна не столько для разработчиков (они то разобрались), сколько для представителей органов государственной власти, региональных властей и непосредственно заказчиков и пользователей медицинских информационных технологий. Очень показательным в этом плане выглядит интервью О.В. Симакова, заместителя директора МИАЦ РАМН (в прошлом — директор Департамента информатизации Минздравсоцразвития РФ), который, рассуждая о перспективах «облаков» для автоматизации отечественного здравоохранения, заметил, что «*...если мы откроем Википедию, то мы увидим, что SaaS — это не технологическое решение, а способ оплаты аренды программного обеспечения. На мой взгляд, мы должны обсуждать нечто другое — удаленно предоставленный сервис, а не способ аренды или оплаты*»[2]. Из высказываний других участников обсуждения иногда создавалось впечатление, что под SaaS понимается отказ от единовременного приобретения лицензий на ПО в пользу оплаты ПО частями (по принципу аренды или лизинга), что, строго говоря, SaaS не является.

Суть данной проблемы лежит в следующем: в последнее время, особенно со стороны регуляторов отрасли, осуществляется масштабная информационная компания по «навязыванию» облачных вычислений. При этом одним из основных лозунгов является то, что «облака» набрали свою популярность в развитых зарубежных странах и что якобы «облака» уже давно на практике доказали свою эффективность, сокращение затрат, экономию электроэнергии и т.д.. При этом мало кто обращает внимание, что ссылки на западный опыт и мировые IT-тренды уместны только тогда, когда «облака», особенно тот же SaaS, будут пониматься именно так, как они понимаются и применяются на Западе. У нас же фактически хрестоматийные термины понимаются совершенно иначе, фактически смысл слов подменяется на собственную их интерпретацию. Получается, что ссылки на зарубежный опыт

[1] Software as a service (SaaS, программное обеспечение как услуга) — бизнес-модель продажи и использования программного обеспечения, при которой поставщик разрабатывает приложение и самостоятельно управляет им, предоставляя заказчикам доступ к данному программному обеспечению через Интернет/Интранет — Гусев А.В. Перспективы облачных вычислений и информатизация учреждений здравоохранения//«Врач и информационные технологии». — 2011. — № 2. — С. 6–17.

[2] Олег Симаков: Основной вариант для России — это отраслевой SaaS//http://corp.cnews.ru/reviews/index.shtml?2011/05/11/439701_2.

применяются как аргументы в продвижении совсем других принципов и взглядов. Все это вводит в заблуждение как потенциальных заказчиков, так и разработчиков программного обеспечения и услуг для здравоохранения. Поэтому первое, на что мы хотим обратить внимание, это существующая разница между пониманием «облаков» так, как их задумали и реализуют в западных странах, и тем, как это пытаются представить в России.

Проблема № 2 — эффективность. На сегодняшний день так и не представлено ни одного реального проекта информатизации учреждений здравоохранения исключительно на «облачном» подходе. Нет и научно-исследовательских работ, которые бы достоверно доказали эффективность этого подхода. Фактически внимание к «облакам» — это некий кредит доверия, ничем на практике или в аналитическом плане не подтвержденный. Вследствие этого, говорить на сегодняшний день, что облачные вычисления дадут какой-то значимый и ощутимый эффект при автоматизации здравоохранения, нельзя, так как этим вопросом никто не занимался. Поэтому, принимая решения о применении облаков, нужно четко отдавать себе отчет в том, что это будет трудный опыт с высокими рисками, а это в свою очередь может привести не к сокращению расходов, а наоборот, к их росту.

Проблема № 3 — границы применимости. Подавляющее большинство участников обсуждения фактически приходит на сегодняшний день к выводу, что вопрос ставится не в том, что «облака» — это лишь модный и бесполезный лозунг отрасли, а в том, что «облака» нужно применять там, где риски минимальны, а реальный эффект возможен на практике. Другими словами, сейчас нельзя «огульно» призывать решать все задачи информатизации исключительно на «облаках», а нужно наметить границы их применимости и начать использовать так, как относятся ко всему новому в медицины. А именно, по принципу «не навреди». С этой точки зрения, наметились 2 поддержанные относительным большинством тенденции. Первая состоит в том, что автоматизацию непосредственно ЛПУ, особенно там, где имеется большое количество рабочих мест с расширенным списком задач, включая интеграцию с медицинским оборудованием, скорее всего целесообразно делать на классическом подходе — с локальным размещением серверов, максимальной защищенностью и производительностью ЛВС. Вторая тенденция состоит в том, что задачи консолидации статистической отчетности и централизованного ведения НСИ, напротив, целесообразно реализовывать именно с применением «облачных» технологий. Особенно это актуально для IaaS как решения, позволяющего экономить начальные затраты на инфраструктуру.

В связи с особой значимостью для развития медицинских информационных технологий нахождения оптимального баланса между существующим опытом и тенденциями IT-отрасли в глобальном масштабе было принято решение разработать блок рекомендаций от имени АРМИТ и направить их представителям федеральных и региональных властей, ЛПУ и специалистам в области информатизации здравоохранения как консолидированного мнения профессионального сообщества относительно применения «облачных вычислений».

UDC 002.53
Gusev A.V., Elyanov M.M. ***In ARMIT discuss prospects of development of information technology in health care*** *(Complex Medical Information Systems, Ltd, Petrozavodsk, Karelia)*
Abstract: In the report are discussions of solutions of a class «Electronic registry», as well as the prospects of cloud computing
Keywords: *medical information systems, electronic registry, cloud computing*

От редакции:

Недавно оглашенное Бюджетное послание Президента Российской Федерации «О бюджетной политике в 2012–2014 годах» касается далеко не только бюджета. За сжатыми формулировками не очень большого по объему документа кроются наметки серьезного изменения политики государства во многих ключевых сферах. И хотя непосредственно здравоохранению уделено не очень много внимания, целый ряд предложений, посвященных, например, реформированию бюджетной, налоговой сфер и т.д., напрямую затрагивает деятельность медицинских учреждений. Публикуемый ниже материал дает расшифровку ряда положений, касающихся здравоохранения, которые в Бюджетном послании были высказаны лишь тезисно.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

ПОЛИТИКА ГОСУДАРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЕТЕ БЮДЖЕТНОГО ПОСЛАНИЯ

КОНСУЛЬТИРУЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

В Бюджетном послании Президента Российской Федерации «О бюджетной политике в 2012–2014 годах» вполне ожидаемо (в нынешних сложных финансовых посткризисных условиях) акцент сделан на повышении эффективности использования бюджетных средств.

Прямо говорится о том, что меры по развитию социальной сферы не должны сводиться к механическому наращиванию расходов. Необходимо внедрение новых механизмов оказания и финансового обеспечения государственных услуг, повышение их доступности и качества.

В Бюджетном послании отмечается, что в настоящее время ведется работа по созданию перечней государственных и муниципальных услуг. Принципиально важно не свести их всего лишь к спискам основных направлений деятельности учреждений. Люди должны понимать, какие именно услуги, в

каком объеме и какого качества они вправе получать за счет бюджетных средств, учитываемых в соответствующих бюджетах.

Соответственно, большое внимание уделяется необходимости повысить отдачу от использования государственных расходов, в том числе за счет формирования рациональной сети государственных учреждений, совершенствования перечня и улучшения качества оказываемых ими услуг.

Отметим, что задача оптимизации сети учреждений — задача не новая. Она провозглашалась в связи с принятием Федерального закона от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» (далее — Федеральный закон № 83-ФЗ). Для здравоохранения, кроме того, она тесно связана с реализацией региональных программ модернизации, которые в Бюджетном послании упоминаются неоднократно. Наконец, предполагаемый перевод муниципальных учреждений на уровень субъектов Российской Федерации также в числе прочих задач предусматривает и оптимизацию сети учреждений здравоохранения. И вот теперь об этом же говорится в Бюджетном послании. Все это свидетельствует о серьезности намерений государства довести решение этой задачи до конца.

Большие надежды возлагаются на новый статус учреждений, новые способы их финансового обеспечения (имеется в виду перевод бюджетных учреждений со сметного финансирования на финансовое обеспечение выполнения государственных (муниципальных) заданий в соответствии с Федеральным законом № 83-ФЗ).

Расширение самостоятельности и усиление ответственности учреждений резко повышают требования к нормативной базе по их финансированию. Она должна учитывать различия в качестве и результативность предоставляемых услуг.

Ориентации бюджетных расходов не на содержание сети учреждений, а на обеспечение результативности их деятельности в высокой степени должна способствовать конкуренция учреждений с негосударственными, прежде всего, социально ориентированными некоммерческими организациями. Поддержка подобной деятельности должна вестись, по мнению Президента, как посредством государственных и муниципальных закупок оказываемых ими услуг, которые должны рационально сочетаться с государственными (муниципальными) заданиями для государственных (муниципальных) бюджетных и автономных учреждений, так и с помощью грантовых механизмов, позволяющих поощрять разнообразные инициативы.

Обращает на себя внимание то, что акцент сделан именно на некоммерческие частные организации, а у нас среди частных медицинских организаций подавляющее большинство — коммерческие (ООО, ЗАО и т.д.). В отличие от многих развитых стран, подобные некоммерческие организации, относящиеся к так называемому «третьему сектору» в России представлены слабо. Поэтому эта задача в большей степени перспективная.

Тем не менее, в Бюджетном послании призывается внимательно проанализировать нормы законодательных и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, которые определяют возможности участия некоммерческих организаций в предоставлении государственных и муниципальных услуг. Говорится о том, что если существующие нормы снижают конкурентоспособность этих организаций в указанной сфере, их надо исключить.

Заметим, что в поисках норм, ограничивающих конкурентоспособность этих организаций в сфере здравоохранения, далеко ходить не нужно — в соответствии с пунктом 10 статьи 36 Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страхо-

вании в Российской Федерации» объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования между медицинскими организациями исходя из количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также потребности застрахованных лиц в медицинской помощи. Это положение фактически закрепляет сложившуюся монополию государственных (муниципальных) учреждений, несмотря на введенный заявительный (уведомительный) порядок включения любых медицинских организаций в реестр работающих в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Безусловно, речь не идет о том, чтобы частные организации (пусть даже некоммерческие) стали диктовать свои условия по объемам и формам участия в системе ОМС — ведь кроме всего прочего, нужно учитывать риски, связанные с более широким включением частных организаций в систему ОМС, интересы уже существующих государственных (муниципальных) учреждений и т.д. Речь идет о другом — нужен поиск путей взаимовыгодного участия частных организаций в реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, причем не только в системе ОМС, но и за счет бюджетных средств.

Тем более, что намечаются проблемы с финансовым обеспечением в самой системе обязательного медицинского страхования. Как отмечается в Бюджетном послании, на 2012–2013 годы будут снижены ставки страховых взносов в государственные внебюджетные фонды с 34 до 30%, а для малого бизнеса и некоммерческих организаций, осуществляющих основную деятельность в области социального обслуживания населения, а также благотворительных организаций и организаций, применяющих упрощенную систему налогообложения, — до 20%.

Это создает потенциальную угрозу финансового обеспечения системы ОМС. Окончательно о возможных последствиях предлагаемых мер для системы ОМС можно будет судить только после законодательного принятия решения о снижении ставок страховых взносов, поскольку их нынешние размеры зафиксированы в Федеральном законе от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».

Тем не менее, отметим, что существуют законодательно установленные механизмы защиты бюджетов фондов обязательного медицинского страхования на подобный случай[1].

Одновременно в Бюджетном послании предусматриваются меры, направленные на повышение доходов бюджетов, в том числе, направленных на компенсацию выпадающих доходов, связанных со снижением ставок страховых взносов в государственные внебюджетные фонды. Кроме традиционного обращения к нефтегазовой сфере, говорится о необходимости повысить роль налогов, взимаемых с компаний, работающих в алкогольной и табачной отраслях. Отмечается, что при принятии решений о ставках акцизов на табачную и алкогольную продукцию целесообразно учитывать не только фискальный эффект, но и необходимость снижения негативного влияния табакокурения и употребления алкоголя на здоровье населения.

Медицинская общественность давно добивалась этого. Отрадно, что она встречает понимание по данному вопросу на самом высоком уровне. Однако при этом, очевидно,

[1] В ближайших номерах нашего журнала этой теме будет посвящена специальная публикация (ред.).

было бы правильным сделать еще и следующий логичный шаг — использовать повышенные акцизы в качестве дополнительного источника финансирования непосредственно здравоохранения.

Заслуживают особого внимания вопросы экологии, говорится в Бюджетном послании — в том числе механизмы и правила финансирования природоохранных мероприятий. Они должны быть четкими и понятными, содержать экономические стимулы для осуществления этих мероприятий.

Как видим, это меры в сфере, прямо влияющей на здоровье людей.

В Бюджетном послании открыто высказывается неудовлетворенность существующей системой государственных (муниципальных) закупок не только с точки зрения того, что ключевой ценовой критерий не учитывает особенностей сложной продукции (к числу которой относится и медицинское оборудование). Поставлен вопрос о расширении практики заключения государственных (муниципальных) контрактов, выходящих за пределы финансового года. Хорошо известно, что контракты сроком до одного года создают множество проблем при проведении капитальных ремонтов, осложняют внедрение государственно-частного партнерства и аутсорсинга в здравоохранение. Поэтому такая постановка вопроса крайне актуальна.

Много внимания в Бюджетном послании уделено и непосредственно необходимости расширения применения механизмов государственно-частного партнерства.

Одной из ключевых проблем, которая рассматривается в Бюджетном послании — это перераспределение полномочий. Проблема может быть обозначена даже шире — централизация и децентрализация полномочий, финансирования и т.д. В Бюджетном послании поставлена задача обеспечить эффективную децентрализацию полномочий между уровнями публичной власти в пользу субъектов Российской Федерации и местного самоуправления.

Конечно, оценки подобных предложений могут быть разными — в том числе и как перекладывание части расходов с федерального уровня на уровень субъектов Российской Федерации. И это, действительно, будет иметь место. Все зависит от того, как будет формироваться доходная часть соответствующих бюджетов. Здесь пока полной ясности нет. Тем не менее, справедливости ради отметим, что в Бюджетном послании говорится о том, что при необходимости нужно внести изменения в структуру налоговой системы и в бюджетное законодательство Российской Федерации. Созданные решением Президента Российской Федерации рабочие группы по правовым вопросам перераспределения полномочий между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления по финансовым и налоговым вопросам, по межбюджетным отношениям должны подготовить до конца текущего года предложения, предусматривающие в том числе меры по увеличению доли доходов региональных и местных бюджетов в структуре консолидированного бюджета Российской Федерации, соответствующие новому распределению полномочий.

Мы видим, что государство пытается найти баланс между централизацией и децентрализацией. Тем не менее, общая генеральная линия, направленная на укрепление вертикали власти, характерная для последних лет, все же сохраняется. В сфере здравоохранения, как мы знаем, это выражается, в частности, в реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье», федеральных целевых программ, а также программ модернизации здравоохранения (которые, хотя и формально считаются региональными, во многих отношениях являются федеральными: и по основным источникам финансирования, и по формированию требований к программам, их согласованию и т.д.). Кроме того, это отражается и в том, что

с 2012 года все средства ОМС первоначально будут аккумулироваться в Федеральном фонде ОМС[2].

Очевидным шагом к централизации является и упомянутый выше предполагаемый перевод муниципальных учреждений здравоохранения на уровень субъектов Российской Федерации. С 1 января 2012 г. вступают в силу внесенные в законодательство Российской Федерации изменения, касающиеся разграничения полномочий между органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления в области охраны здоровья, которые предусматривают передачу вопросов оказания медицинской помощи населению в ведение органов государственной власти субъектов Российской Федерации. Это требует соответствующего перераспределения источников доходов между региональными и местными бюджетами.

Вместе с тем, в ряде сфер явственно присутствует и провозглашаемая в Бюджетном послании тенденция — к децентрализации. До 1 декабря 2011 г. должны быть подготовлены предложения по децентрализации полномочий, в том числе в налоговой сфере и сфере межбюджетных отношений, между федеральным, региональным и муниципальным уровнями власти.

В связи с этим в Бюджетном послании говорится о том, что в последующем целесообразно увеличить нормативы долей налогов, направляемых на формирование местных бюджетов, а также повысить требования к порядку определения объемов дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности муниципальных образований и пропорции соотношения дотаций и субсидий, предоставляемых местным бюджетам из региональных бюджетов.

В Бюджетном послании отмечается, что полномочия, в большей степени отвечающие целям и задачам органов государственной власти субъектов Российской Федерации, стоило бы передать на региональный уровень, полномочия, отвечающие целям и задачам органов местного самоуправления, — на муниципальный уровень. Соответственно этому должны определяться как расходные обязательства, так и источники доходов.

Переход с 2012 года к осуществлению финансового обеспечения полиции за счет средств федерального бюджета сопровождается предложением о передаче субъектам Российской Федерации федеральных государственных учреждений, в том числе в сфере здравоохранения. Аргументируется это тем, что федеральные органы государственной власти должны заниматься правовым регулированием в соответствующих сферах, а не управлением имуществом.

Таким образом, Федеральные государственные учреждения здравоохранения, подведомственные Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации (и возможно, некоторые, подведомственные Федеральному медико-биологическому агентству), в недалеком будущем могут перейти в подведомственность тех субъектов Российской Федерации, на территории которых они располагаются. И финансироваться ими же. Очевидно именно из-за финансовых вопросов, не все субъекты Российской Федерации обрадуются подобным перспективам. Тем не менее, реформирование системы обязательного медицинского страхования (в частности, включение с 2015 года высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС, формирование «полного» тарифа и т.д.) сглаживают остроту финансовых проблем.

Кроме того, в целях определения реальных возможностей по финансовому обеспечению работы учреждений, предлагаемых к передаче на региональный уровень, необхо-

[2] Более детально этот вопрос был освещен в специальном материале во 2-ом номере журнала «Менеджер здравоохранения» за 2011 г. на страницах 68–72 (ред.).

димо провести детальные расчеты, — говорится в Бюджетном послании. Следует определиться с формами, механизмами и объемами предоставления региональным бюджетам субсидий и других форм поддержки из федерального бюджета.

Итак, если раньше многие специалисты говорили о том, что передачу вопросов оказания медицинской помощи населению в ведение органов государственной власти субъектов Российской Федерации будет крайне сложно осуществить в рамках сложившихся межбюджетных отношений, то теперь мы видим решимость государства передать субъектам Российской Федерации и федеральные учреждения. И ради этого пересмотреть всю систему межбюджетных отношений — а это крайне серьезный шаг.

Он включает в себя и отмеченное в Бюджетном послании требование приступить к инвентаризации установленных федеральным законодательством льгот по региональным и местным налогам и оценке их эффективности. Речь идет, в первую очередь, о льготах по налогу на имущество организаций и по земельному налогу. Возможная отмена таких льгот — это не только переход к более справедливому способу распределения собственных налоговых доходов между субъектами Российской Федерации и муниципальными образованиями, но и способ повышения налоговой автономии региональных и местных властей, а значит — и ответственности за принимаемые ими решения.

Очевидным последствием сказанного может быть отмена имевшихся налоговых льгот и для учреждений здравоохранения. Льготы по налогу на имущество и земельному налогу для бюджетных учреждений были широко распространенной практикой. В целом отмена льгот находится в русле реформ в бюджетной сфере, проводимых в соответствии с Федеральным законам от 03.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» и уже упоминавшимся Федеральным законом № 83-ФЗ. Как известно, финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания автономными и бюджетными учреждениями осуществляется с учетом расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки. А статья 70 Бюджетного кодекса Российской Федерации определяет, что обеспечение выполнения функций казенных учреждений включает в том числе и уплату налогов, сборов и иных обязательных платежей в бюджетную систему Российской Федерации.

Переход на одноканальное финансирование и так называемый «полный тариф» в системе ОМС также предусматривают уплату рассматриваемых налогов. В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя прочие расходы, которые в свою очередь, в соответствии с Бюджетной классификацией предназначены, в том числе и на уплату налогов.

По понятным причинам Бюджетное послание не могло оставить в стороне вопросы заработной платы работников бюджетной сферы. Президент отметил, что в 2012 году будет проведена индексация фондов оплаты труда работников федеральных государственных учреждений и стипендиального фонда.

Оплата по-настоящему эффективного труда в сфере оказания государственных и муниципальных услуг должна стать более конкурентоспособной по отношению к оплате труда в других секторах. Прежде всего это касается заработной платы учителей и медицинских работников. Она должна существенно вырасти уже в ближайшие два года в соответствии с программами модернизации.

Отметим, что, действительно, программы модернизации здравоохранения предполагают повышение заработной платы. Однако участие медицинских учреждений в этих про-

граммах существенно различается, что приведет к неравномерности повышения заработной платы.

Далее. Правительство Российской Федерации до 1 сентября 2011 г. совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации должно представить предложения по повышению заработной платы медицинского персонала бюджетных учреждений дошкольного и общего образования, предусмотрев повышение заработной платы среднего медицинского персонала этих учреждений не менее чем на 50%.

В Бюджетном послании говорится: «Однако в целом решения вопроса оплаты труда в бюджетной сфере не достичь путем простого увеличения ставок и окладов. Нужна программа поэтапного совершенствования оплаты труда в бюджетном секторе, которая связывала бы ее дальнейший рост с оптимизацией структуры занятости и резким усилением стимулирующего характера как на уровне учреждений, так и на уровне конкретных работников».

Действительно, несмотря на более прогрессивный характер так называемых новых систем оплаты труда в здравоохранении, они обладают весьма ограниченными стимулирующими качествами и еще меньше нацелены на конечные результаты. Реформирование систем оплаты труда в здравоохранении должно продолжиться[3].

В заключение отметим, что, судя по Бюджетному посланию, у высшего руководства страны есть понимание необходимости проведения системного реформирования бюджетной сферы в целом и здравоохранения, в частности. Важно, чтобы эта системность присутствовала на всех этапах реформ и на всех уровнях.

[3] В ближайших номерах нашего журнала этой теме также будет посвящена специальная публикация (ред.).

Актуальные нормативные документы

КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УЧИТЫВАЮТСЯ ПРИ ПРЕМИРОВАНИИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ БОЛЬНИЦ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И НАУЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ?

Федеральные госорганы могут направить до 5% бюджетных ассигнований, выделяемых на оплату труда работников подведомственных им федеральных бюджетных учреждений, на стимулирующие выплаты руководителям последних. Размеры устанавливаются с учетом выполнения этими организациями целевых показателей деятельности. Утверждены такие показатели для подведомственных Минздравсоцразвития России учреждений. Среди них — психиатрические больницы, санаторно-курортные, научные, образовательные учреждения, ФГУ «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», ФГУ «РЦСМЭ».

Также приведены показатели оценки деятельности учреждений, не осуществляющих основную деятельность в период проведения работ по строительству и (или) реконструкции, и условия премирования указанных лиц. Прежние показатели и критерии утратили силу.

Источник: *Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ*

НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Какими нормативными документами должны руководствоваться казенные учреждения в вопросах оплаты труда? Теми же, которые предназначены для бюджетных учреждений?

Порядок оплаты труда работников казенных учреждений в общем случае не предполагает отличий от оплаты труда работников бюджетных учреждений. Поэтому, если существующие нормативные акты не указывают прямо на то, что они распространяются на работников только бюджетных учреждений (например, если написано, то они определяют порядок оплаты труда работников муниципальных учреждений здравоохранения), то они распространяются и на работников казенных учреждений. В этом случае можно пользоваться существующими нормативными актами. Если же в нормативных актах по вопросам оплаты труда четко указано, что они касаются работников бюджетных учреждений, то в них необходимо внести изменения, указав, что они распространяются и на работников казенных учреждений.

Во многие федеральные документы уже внесены изменения, учитывающие появление казенных учреждений. Так, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1045 «Об изменении и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации» в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» внесены изменения в целый ряд нормативных актов Правительства Российской Федерации. В том числе и в Постановление Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583 «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

В частности, изменено само название постановления № 583. Теперь оно касается и казенных учреждений и носит название: «О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений».

Соответственно претерпело изменение и утверждаемое данным Постановлением Положение. Теперь оно называется: «Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных и казенных учреждений».

Внесены изменения в Приказ Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 г. № 818. Теперь он называется: «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в этих учреждениях».

Аналогичные изменения внесены в приказ Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2007 г. № 822, который теперь носит название: «Об утверждении Перечня видов выплат компенсационного характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат компенсационного характера в этих учреждениях».

В документах субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, устанавливающих порядок оплаты труда работников учреждений здравоохранения, если в них речь шла конкретно о бюджетных учреждениях, также должны быть внесены соответствующие изменения.

В пункте 11 Постановления Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583 установлено, что средства на оплату труда, поступающие от приносящей доход деятельности, направляются учреждениями на выплаты стимулирующего характера.
Означает ли это, что во всех случаях оказания платных услуг (в том числе за пределами основного рабочего времени, а также работниками, принятыми на основную работу в подразделение, где оказываются исключительно платные услуги) оплата труда за оказание платных услуг производится только в качестве выплат стимулирующего характера? А если это основная ставка?

Действительно, приведенный в вопросе пункт 11 Положения, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 2008 г. № 583, неудачен, поскольку не учитывал, что платные услуги для ряда работников являются основным видом деятельности или оказываются сверх основного рабочего времени по совместительству и т.д. Данная ситуация будет исправлена.

Заметим, что рассматриваемая проблема касается не только доходов от платных услуг, но и средств ОМС. Существующая пока редакция допускала создание точно таких же проблем и со средствами ОМС, если работник работал в подразделении, целиком финансировавшемся за счет средств ОМС, а главный распорядитель в соответствии с Постановлением № 583 принял решение направлять средства ОМС исключительно на выплаты стимулирующего характера.

В соответствии с вышеуказанным Постановлением Правительства Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1045 пункт 11 Положения с 1 января 2012 года будет изложен в следующей редакции:

«11. Фонд оплаты труда работников федерального бюджетного учреждения формируется исходя из объема средств, поступающих в установленном порядке федеральному бюджетному учреждению из федерального бюджета, и средств, поступающих от приносящей доход деятельности.

По результатам выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) по решению федерального органа исполнительной власти (государственного органа) федеральному бюджетному учреждению в пределах лимитов бюджетных обязательств, предусмотренных пунктом 9 настоящего Положения, могут предоставляться субсидии из федерального бюджета на осуществление выплат стимулирующего характера в соответствии с абзацем вторым части 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации.

Фонд оплаты труда работников федерального казенного учреждения формируется исходя из объема соответствующих лимитов бюджетных обязательств федерального бюджета. Средства на оплату труда, формируемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, могут направляться федеральным казенным учреждением на выплаты стимулирующего характера. При этом объем средств на указанные выплаты должен составлять не менее 30% средств на оплату труда, формируемых за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета».

Отметим, что и новая формулировка пункта 11 Положения также далека от совершенства, поскольку вообще обошла стороной возможность формирования фонда оплаты труда за счет средств государственных внебюджетных фондов (обязательного медицинского страхования и т.д.).

И еще один важный момент: в Постановлении ничего не говорится о порядке оплаты труда работников федеральных автономных учреждений.

Следует отметить, что на региональном и муниципальном уровнях часто повторяют эти же ошибки. Поэтому при внесении изменений в региональные и муниципальные системы оплаты труда нужно учитывать подобные моменты.

Когда примут закон «Об основах охраны граждан в Российской Федерации»? Обещали принять его в весеннюю сессию.

Действительно, предполагалось успеть принять закон еще в весеннюю сессию. Второе чтение законопроекта «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» планировалось на 5 июля 2011 года. Сначала рассмотрение указанного проекта федерального закона во втором чтении перенесли на 8 июля 2011 года, а потом перенести рассмотрение законопроекта на другое пленарное заседание, то есть уже на осеннюю сессию 2011 г. Очевидно, данный закон будет принят не раньше осени.

Официально объявлено о снижении тарифа страховых взносов в государственные внебюджетные фонды с 34 до 30%. Как это отразится на системе ОМС? Опять будем сидеть без денег?

В соответствии с п. 2 статьи 21. Федерального закона Российской Федерации от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» средства обязательного медицинского страхования формируются в том числе и за счет средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Поэтому теоретически не ожидается каких-либо серьезных негативных последствий для системы ОМС в связи со снижением тарифов страховых. На практике, конечно, может быть и иначе.

Тем не менее, отметим, что, хотя политическое решение о снижении размера страховых взносов в государственные внебюджетные фонды принято, законодательно оно не закреплено. Кроме того, на момент написания данного материала еще не было точных данных о размере снижения страховых взносов именно в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (напомним, что снижение предполагается с 01.01.2012, когда все средства ОМС начнут поступать только в Федеральный фонд ОМС). Поэтому мы обязательно вернемся к этой теме.

От редакции:
Поднятые нашими читателями вопросы крайне актуальны. Поэтому, наряду с краткими ответами в данной рубрике, в ближайших номерах нашего журнала мы планируем опубликовать специальные расширенные материалы, посвященные всем вопросам, опубликованным в данной рубрике этого номера.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

Здравоохранение в цифрах

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ПОДГОТОВИЛО ОТЧЕТ О РАБОТЕ С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН ЗА 2 КВАРТАЛ 2011 ГОДА

Количество обращений граждан, адресованных непосредственно в министерство, составило — 14 313 обращений (56%), количество обращений граждан, поступивших из различных организаций — 11 232 (44%). Наибольшее количество обращений поступило из следующих регионов (количество обращений на 100 тыс. населения региона): Москва — 25,4; Чукотский Автономный округ — 24,2; Московская область — 19,5; Республика Калмыкия — 15,8; Мурманская область — 15,4.

Чаще всего обращения граждан касались: оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи — 1418 обращений (5,5%); общих вопросов организации медицинской помощи — 1397 обращений (5,4%); вопросов законодательства о труде, об оплате труда — 980 обращений (3,8%); оказания специализированной медицинской помощи — 932 обращения (3,6%); жалобы на учреждения здравоохранения содержали 877 обращений (3,4%).

Источник: *пресс-служба Минздравсоцразвития России*

ПОЧЕМУ ЕЖЕГОДНО УДВАИВАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО «ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ»

Ответ на этот вопрос искали эксперты, принявшие участие в работе круглого стола «Ответственность врачей: врачебная ошибка, дефекты оказания медицинской помощи», прошедшего в Москве, на медицинском факультете Российского университета Дружбы народов.

Открыл работу круглого стола **декан медицинского факультета РУДН, профессор В.А. Фролов.** В своем выступлении он подчеркнул, что в большинстве случаев причинами жалоб пациентов в правоохранительные органы, по информации судмедэкспертов, становятся неправомерно затянувшийся диагностический процесс, позднее лечение, неправильная диагностика заболевания, повлекшая неадекватное лечение и развитие осложнений, ошибочный выбор способа медицинского вмешательства, удлинение сроков лечения и ошибки при выполнении медицинских манипуляций. Примечательно, что основная часть претензий связана с работой стоматологов, гинекологов, хирургов, травматологов-ортопедов и неонатологов.

Вместе с тем часто повод к подобным обвинениям дают сами же медики. Речь идет об отсутствии у них достаточных знаний по вопросам, касающимся юридических аспектов оказания медицинской помощи. Как правило, это выражается в неточном оформлении документации, нарушении этических норм или выполнении медицинских процедур без информированного согласия пациента. «К сожалению, наши медики довольно безграмотны в правовом отношении. Они не знают до конца всех своих обязанностей перед пациентом. Многим, например, неизвестно, что сегодня информированное согласие больного необходимо получать абсолютно на любую медицинскую манипуляцию, вплоть до назначения препаратов. Кроме того, наши медики совершенно ничего не знают о своих собственных правах».

По мнению заведующего кафедрой судебной медицины РУДН Дмитрия Сундукова рост числа судебных исков, предъявляемых к ЛПУ , неизбежен. Данный процесс связан не столько с реальным качеством медицинских услуг, сколько с активной работой организаций, специализирующихся на защите прав пациентов, а также общим кризисом доверия к российской медицине. «Количество судебно-медицинских экспертиз по так называемым врачебным делам ежегодно буквально удваивается, — отметил докладчик. — Я не думаю, что эти обращения связаны с тем, что наше здравоохранение год от года становится все хуже и хуже. Скорее всего, это связано с тем, что у нас в последние годы развивается медицинское страхование и рыночные отношения, поэтому повысился контроль со стороны социума за качеством оказания медицинских услуг».

О ВРАЧЕБНЫХ ОШИБКАХ В ЦИФРАХ И ФАКТАХ....

Анкетирование врачей в Российской Федерации, проведенное еще в 2003 году, показало, что каждый второй респондент (57%) отмечает в своей практике случаи, которые могли, по их мнению, закончиться обращением пациентов в суд, но лишь у 6% врачей они решались в судебном порядке, у 30% подобные случаи были урегулированы без участия судебных органов, а у 21% остались без внимания со стороны пациентов. Неудивительно, что 47% опрошенных врачей выбирают более безопасную, хотя и менее эффективную тактику лечения, отдавая предпочтение более знакомой методике терапии вне зависимости от особенностей случая, и лишь 31% респондентов используют методы лечения, рискованные по технике исполнения, но более эффективные в экстренной ситуации.

В США с помощью статистического наблюдения вычислена вероятность риска врачебной ошибки для каждого среднестатистического врача — 37%, для хирурга — 50%, для акушера-гинеколога — 67% .

Для констатации небрежности американский суд требует от эксперта обосновать такие ее признаки, как существенный недостаток знаний, внимательности, особое безразличие к безопасности пациента, обусловленные невежеством в выборе средств диагностики и лечения, недостатком навыков владения оборудованием или даже отказом уделить пациенту надлежащее внимание. Американский комментарий к Уголовному кодексу и Руководство по уголовному праву определяют преступную небрежность («negligence») как ситуацию игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект не знал, хотя должен был знать. Преступная неосторожность («recklessness») определяется как ситуация игнорирования существенного и неправомерного риска, о котором субъект знал, игнорировал его сознательно и продолжал опасное поведение («преступное легкомыслие» по российскому законодательству).

В США обвинительные приговоры по медицинским ошибкам в основном обусловлены дефектной катетеризацией крупных сосудов (18%), дефектом введения наркоза (18%), ненадлежащей организацией лечебно-диагностического процесса (18%), перфорацией матки (15%), липоксацией в амбулаторных условиях (12,1%), ненадлежащим ведением родов (12%) .

Среди объективных (внешних) факторов, влияющих на вероятность неблагоприятного исхода в лечении больного, необходимо назвать несвоевременность медицинского вмешательства, неправильность и неадекватность выбора метода лечения, состояние больного в момент поступления, особенности течения заболевания, качество диагностики и т.д. В отношении субъективных (внутренних) факторов, влияющих на вероятность неблагополучного исхода, первое место отводится квалификации врача. Далее (в убывающей последовательности) идут уровень его общемедицинских знаний, стаж работы по специальности, эмоциональное состояние, неуверенность или, наоборот, излишняя самоуверенность, физическая выносливость.

В о многих странах медицинские работники стремятся скрыть информацию о своих ошибках. Это происходит прежде всего потому, что традиционно подобная информация использовалась для наказания. Открытое обсуждение медицинских ошибок с целью обнаружения и устранения их причин (а не людей, совершивших ошибки) возможно только через изменение культуры профессиональной деятельности и большей открытости по отношению к пациентам. Союз медицинских защитников (MDU) Великобритании, оказывающий врачам юридическую помощь, поддержал политику открытого признания ошибок. Оказалось, что такая практика приводит к существенному (примерно наполовину) снижению частоты исков к медицинским работникам и организациям.

З а рубежом созданы и работают специальные программы, цель которых — обучение врачей управлению своим поведением, направленное на снижение риска привлечения к ответственности . После прохождения данных программ вероятность предъявления исков к анестезиологам снижалась с 18,8 до 9,1%, а вероятность удовлетворения иска — с 14,6, до 5%; для акушеров-гинекологов: с 23,3 до 15,2% и с 11, 6 до 4,2%, соответственно.

В нескольких штатах США для получения лицензии врачи обязательно должны участвовать в образовательной программе по снижению риска дефектов. Альтернативой идеологии корпоративности и «оборонительной медицины» стало стремление медицинской общественности исследовать и разъяснять населению, что неблагоприятный исход возможен даже у «идеального» врача и в «идеальных» условиях, а также вести другую работу в духе сотрудничества с пациентом.

В зарубежной практике продолжается переход к комплексной оценке адекватности оказания медицинской помощи пациенту по совокупности критериев, объединенных в понятие «стандарт лечения». Соответствие действий врача этим стандартам освобождает его от ответственности в случае неблагоприятного исхода лечения. Арсенал приемов профилактики риска врачебных ошибок включает сертификацию и лицензирование, внедрение протоколов (стандартов) диагностики и лечения, введение стандартных форм письменного информированного согласия пациента на проведение тех или иных процедур, увеличение норматива времени, выделяемого на одного пациента, систематическое повышение квалификации медицинских работников и т.д.

Д ля облегчения пациентам доказательства того, что причиной ущерба является именно медицинское вмешательство, за рубежом широко используется система компенсации понесенного пациентом ущерба, не требующая поиска конкретных виновников и доказательства их вины, что особенно затруднительно для пострадавшего. Она основывается на концепции ответственности без вины (no fault liability). Впервые такая система была введена в Новой Зеландии в начале 70-х годов, где она действует как разновидность социального страхования. Страхования профессиональной ответственности медиков она не подменяет, но дополняет его, способствуя удовлетворению интересов пациента. Концепция исходит из того факта, что определен-

ная часть случаев причинения ущерба пациенту в ходе медицинского вмешательства не связана с проявлениями халатности, преступной небрежности или с ошибочными действиями медицинского персонала, но может быть объяснена неблагоприятным стечением обстоятельств, непредвиденной реакцией организма пациента и прочими непредсказуемыми факторами, вследствие чего понесшего ущерб пациента можно считать пострадавшим от несчастного случая.

В новозеландских законах о компенсации лицам, пострадавшим при несчастных случаях, оговорено, что к ним относятся и жертвы несчастных случаев при медицинском вмешательстве, включая хирургическое и стоматологическое обслуживание и оказание первой медицинской помощи. Жалобы пациентов по поводу понесенного ущерба рассматривает Новозеландская корпорация по компенсации при несчастных случаях. Если она отклоняет жалобу, считая, что речь идет не о несчастном случае, а о преступной халатности со стороны врача, то пациент может обращаться за компенсацией в судебные органы. В этом случае будет задействована практика страхования профессиональной ответственности медицинских работников. Если же Корпорация по компенсации при несчастных случаях признает, что удовлетворение данной жалобы входит в ее компетенцию, то она предоставляет подателю жалобы компенсационную выплату. Пострадавшему выплачивается компенсация за утрату трудоспособности, получение инвалидности, возмещается моральный ущерб, расходы на лечение и реабилитацию, а при летальном исходе родственникам возмещаются расходы на похороны.

В Европе к концепции ответственности без вины при компенсации ущерба, понесенного пациентом, первыми обратились Швеция, Финляндия и Норвегия. Но в Швеции и Норвегии такой подход не был закреплен в законодательстве, а основывался на соглашениях между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями. Законодательно концепция ответственности без вины впервые в Европе стала использоваться в Финляндии с 1987 г. Согласно закону, пациенту компенсируется любой ущерб, причиненный ему в результате медицинского вмешательства или отсутствия медицинской помощи, включая инфекции и воспаления, возникшие в связи с этим, а также вследствие несчастного случая в ходе осмотра, лечения или санитарной перевозки, из-за дефектов медицинского оборудования.

Финский закон об ущербе, понесенном пациентом, создал своеобразную систему страхования ответственности без доказательства вины причинителя вреда. Закон обязывает, чтобы все лица, занимающиеся медицинской практикой, были охвачены страхованием ответственности. Министерство социальных дел и здравоохранения через Комитет по понесенному пациентом ущербу контролирует выполнение закона. В Финляндии компенсации могут подлежать расходы на необходимое лечение и реабилитацию, материальные потери из-за утраты трудоспособности и инвалидности, причинение физической боли и страданий, нанесение косметических изъянов и другие виды физического и материального ущерба. Предусмотрены предоставляемые наследникам пострадавшего такие виды компенсации, как начисление пенсии по утрате кормильца, покрытие дополнительных хозяйственных расходов и расходов на похороны. При этом годовой расход из расчета на одного застрахованного составляет 13 фин-

ских марок, или 3,5 долл. США. Действующие в Финляндии компании по страхованию ответственности медицинских работников объединены в Ассоциацию страхования пациентов, в руках которой сосредоточена основная деятельность по реализации закона об ущербе, понесенном пациентом.

За рубежом потребность в мониторинге нежелательных исходов медицинской помощи стала ощутима еще в 1980-х годах, а уже в 1986 г. получила практическое воплощение в США в виде электронного банка данных. Аналогичные исследования ведутся во Франции и некоторых других странах. Оценивая возможности таких информационных ресурсов, эксперты предполагают, что результаты регистрации данных о неблагоприятных исходах оказания МП, анализа обстоятельств медицинского происшествия могут найти применение в судебно-медицинской практике для устранения дефектов организации экспертиз, для совершенствования методов экспертиз, для обучения и повышения квалификации экспертов отдела сложных комиссионных экспертиз и постоянных консультантов-клиницистов по методике экспертного исследования в случаях медицинских инцидентов, для планомерного предупреждения дефектов оказания МП и исключения обстоятельств и условий, сопутствующих возникновению недостатков различного вида; с целью предупреждения и разрешения конфликта в ЛПУ; для определения вероятности объективного риска вмешательств.

Использованы данные статьи Ю.Т. Шарабчиев. Врачебные ошибки и дефекты оказания медицинской помощи: социально-экономические аспекты и потери общественного здоровья// Медицинские новости. — 2007. — №13. — С. 32–39.

Актуальные нормативные документы

ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВРЕДА ЗДОРОВЬЮ В МЕДУЧРЕЖДЕНИЯХ

Кассационная коллегия ВС РФ в декабре 2010 г. рассмотрела вопрос о законности отдельной нормы, предусмотренной Правилами определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Эта норма не допускала определение степени тяжести вреда вне государственных медучреждений. На практике она толковалась, в частности, как запрещающая предпринимателям и негосударственным юрлицам проводить судебно-медицинские экспертизы. Между тем УПК РФ и ГПК РФ предусматривают производство судебных экспертиз государственными и иными экспертами из числа лиц, обладающих спецзнаниями.

Поэтому подобная норма была признана недействующей.

В связи с этим в настоящем деле Кассационная коллегия ВС РФ признала недействующим положение, полностью воспроизводящее ее содержание. Данное положение было предусмотрено Медицинскими критериями определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Эти Медицинские критерии были ранее разработаны во исполнение названных Правил.

Источник: *Определение Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 24 мая 2011 г. № КАС11-240*

В июле 2011 Минздравсоцразвития России представило доклад о реализации Программы государственных гарантий в 2010 году http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/otchety/4.

ИЗ ДОКЛАДА О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2010 ГОДУ

Правительством Российской Федерации на 2010 год установлен подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в целом, в том числе базовой программы обязательного медицинского страхования (далее — ОМС), в размере 7633,4 рубля и 4059,6 рубля, соответственно.

Подушевой норматив финансового обеспечения Программы рассчитан исходя из установленных нормативов объемов по условиям оказания медицинской помощи в расчете на одного человека в год и нормативов финансовых затрат на единицу объема по видам медицинской помощи. Установленный норматив стоимости единицы объема медицинской помощи в рамках Программы по каждому виду включал все виды финансовых затрат медицинских организаций.

Установленный подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС за счет средств обязательного медицинского страхования (4059,6 рубля) включал расходы медицинских организаций на оплату труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование и не включал расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных средств.

Установленный Правительством Российской Федерации подушевой норматив финансового обеспечения Программы за счет средств консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (3573,8 рубля) включал расходы местных бюджетов и бюджетов субъектов Российской Федерации на оказание скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную, медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (расходы на коммунальные услуги, услуги по содержанию имущества, а также затраты на увеличение стоимости основных средств).

Кроме того, из этих же средств финансировались медицинские и иные услуги, предоставляемые лепрозориями, центрами по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профессиональной патологии, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, хосписами, больницами сестринского ухода, бюро судебно-медицинской, судебно-психиатрической и патолого-анатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями (отделениями, кабинетами) переливания крови, центрами планирования семьи и репродукции человека, а также осуществлялись расходы на дополнительные меры по оказанию медицинской помощи, лекарственному обеспечению и протезированию (зубному, глазному, ушному) отдельных категорий граждан.

Установленные финансовые нормативы являлись минимальными и не учитывали районные коэффициенты.

Во исполнение пункта 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 811 Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательно-

Таблица 1

Финансирование Программы за период с 2008 по 2010 гг. (по источникам финансирования; млрд. рублей)

Источники финансирования	2008 год		2009 год		2010 год	
	абсолютные данные	%	абсолютные данные	%	абсолютные данные	%
А	1	2	3	4	5	6
1. Федеральный бюджет	288,6	24,4	391,6	28,4	393,1*	27,1
2. Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	483,7	40,8	481,6	34,9	516,4	35,6
3. Средства системы ОМС	412,8	34,8	505,4	36,7	540,4**	37,3
Итого	1185,1	100,0	1378,6	100,0	1449,9	100,0
в % ВВП	2,8	–	3,5	–	3,2	–

*) в том числе: расходы на медицинскую помощь в федеральных медицинских организациях, подведомственных Минздравсоцразвития России, ФМБА и РАМН) (101,6 млрд. рублей, включая расходы на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь 37,2 млрд. рублей); оказание отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (40,5 млрд. рублей); обеспечение необходимыми лекарственными препаратами больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей (42,5 млрд. рублей, включая субсидии на организационные мероприятия по доставке дорогостоящих лекарственных препаратов); денежные выплаты участковым и др. врачам и медицинским сестрам на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи (20,9 млрд. рублей), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи (9,6 млрд. рублей); оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (5,0 млрд. рублей); профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С (13,3 млрд. рублей); иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок (5,3 млрд. рублей); дополнительную диспансеризацию работающих граждан (4,2 млрд. рублей); диспансеризацию находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, пребывающих в трудной жизненной ситуации (0,8 млрд. рублей); дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными условиями (0,4 млрд. рублей) и др.

**) в том числе расходы на родовые сертификаты (16,9 млрд. рублей).

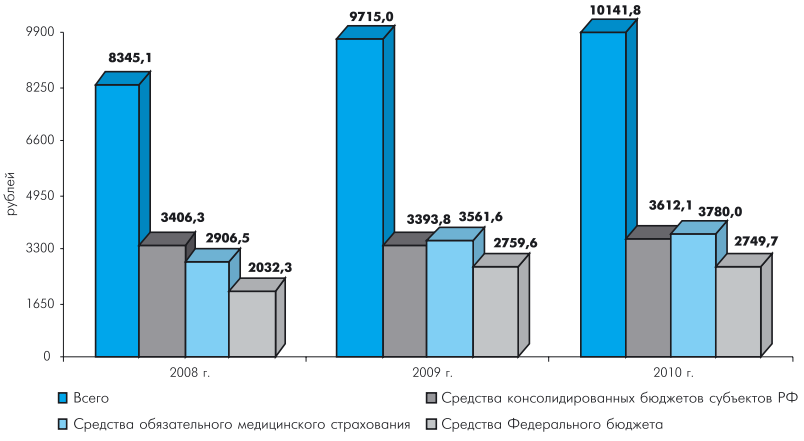


Рис. 1. **Финансовое обеспечение Программы за период с 2008 по 2010 гг. (рублей; в расчете на душу населения)**

го медицинского страхования (далее — ФФОМС) было подготовлено и направлено руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и исполнительным директорам территориальных фондов ОМС субъектов Российской Федерации Информационное письмо «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» от 21 декабря 2009 г. № 20-0/10/2-10360, согласованное с Министерством финансов Российской Федерации (Письмо от 17 декабря 2009 г. № 12-03-08).

Годовая форма федерального государственного статистического наблюдения № 62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению за 2010 год» (далее — форма федерального государственного статистического наблюдения № 62) утверждена Приказом Федеральной службы государственной статистики от 29 июля 2009 г. № 154.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в целях обеспечения унифицированного подхода к формированию и своевременному предоставлению сведений статистического наблюдения за 2010 год по форме федерального государственного статистического наблюдения № 62 подготовлены и направлены в субъекты Российской Федерации разъяснения по вопросам формирования и предоставления сведений об оказании и финансировании медицинской помощи населению (Информационное письмо от 28 декабря 2010 г. № 20-6/10/2-12637).

В Докладе представлены результаты комплексной экспертной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ на основе не только фактически выполненных объемов медицинской помощи и финансового обеспечения территориальных программ, но и показателей качества и доступности медицинской помощи.

Результаты комплексной оценки эффективности реализации территориальных программ за 2010 год будут учтены при распределении средств нормированного страхового запаса ФФОМС для стимулирования эффективности реализации территориальных программ в 2011 году.

Для оценки эффективности реализации территориальных программ в 2010 году Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации использованы и приводятся в Докладе показатели, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

1. Фактическое выполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году

Расходы государственных источников финансового обеспечения Программы в 2010 году составили 1449,9 млрд. рублей и возросли в текущих ценах на 22,3% по сравнению с 2008 годом *(таблица 1).* Программа финансировалась в отчетном году за счет бюджетов всех уровней (62,7%) и средств системы ОМС (37,3%). Расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на Программу увеличились с 2008 года на 6,8% и составили в 2010 году 516,4 млрд. рублей (35,6% всех расходов).

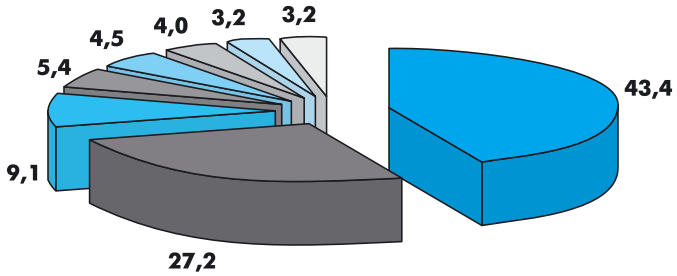
Расходы системы обязательного медицинского страхования (как источника финансирования территориальных программ ОМС) возросли за три года на 30,9% и составили в 2010 году 540,4 млрд. рублей (37,3% всех расходов).

В 2010 году в территориальные фонды ОМС поступило средств за счет страховых взносов на ОМС неработающего населения 213,3 млрд. рублей, единого социального налога и иных налоговых поступлений 179,7 млрд. рублей, прочих поступлений, включая дотации из бюджета ФФОМС, направляемые на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС, 151,0 млрд. рублей.

Расходы федерального бюджета на финансирование Программы увеличились за период 2008–2010 гг. на 36,2% и составили в 2010 году 393,1 млрд. рублей (27,1% всех расходов).

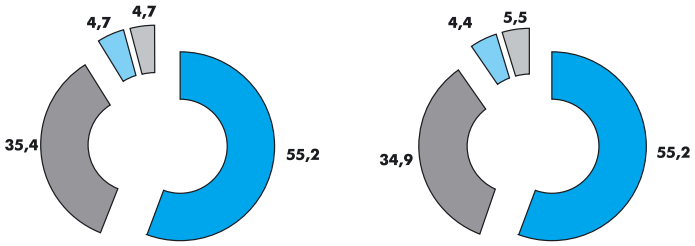
Доля финансового обеспечения Программы в валовом внутреннем продукте составила в 2010 году 3,2% (в 2008 году — 2,8%, в 2009 году — 3,5%).

Подушевые показатели финансового обеспечения Программы за счет различных источников представлены на *рисунке 1.* Так, в отчетном году показатель подушевого финансового обеспечения Программы в целом (включая средства федерального бюджета) составил 10 141,8 рубля и за период с 2008 по 2010 год в текущих ценах увеличился на 21,5%.



Больничные
Диспансеры
Охраны материнства и детства
Скорой медицинской помощи и переливания крови
Амбулаторно-поликлинические
Особого типа и прочие
Центры, включая научно-практические
Санаторно-курортные

Рис. 2. **Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2010 г., по типам (в % к итогу; по данным статистической формы № 62)**



Муниципальной собственности
Собственности субъекта Российской Федерации
Федеральной собственности (подведомственные Минздравсоцразвития России, РАМН, и другим Министерствам и ведомствам)
Негосударственных форм собственности

Рис. 3. **Структура медицинских учреждений и организаций, участвующих в реализации территориальных программ в 2009 и 2010 гг., по формам собственности (в % к итогу; по данным статистической формы № 62)**

Показатель подушевого финансового обеспечения Программы за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС составил в 2010 году 7392,1 рубля, что на 17,1% выше по сравнению с 2008 годом.

2. Характеристика медицинских организаций, участвующих в реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году

В реализации территориальных программ в 2010 году приняли участие 11,3 тыс. медицинских организаций различных типов и уровней подчиненности (в 2008 году — 11,6 тысяч, в 2009 году — 11,5 тысяч).

Больничные учреждения составили около половины общего числа медицинских организаций (43,4%), амбулаторно-поликлинические учреждения — 27,2%, диспансеры — 9,1%, учреждения особого типа и прочие — 5,4%, учреждения охраны материнства и детства — 4,5%, центры — 4,0%, учреждения скорой медицинской помощи и переливания крови и санаторно-курортные учреждения по 3,2% *(рисунок 2)*.

В структуре медицинских организаций, принимавших участие в реализации территориальных программ, преобладали муниципальные медицинские учреждения, которые составили 55,2% общего числа организаций (6222), медицинские учреждения субъекта Российской Федерации — 34,9% (3928), федеральные медицинские организации, подведомственные агентствам, Российской академии медицинских наук (далее — РАМН), другим министерствам и ведомствам — 4,4% (500), медицинские организации негосударственных форм собственности — 5,5% (623) *(рисунок 3)*.

В 2010 году по сравнению с предыдущим годом отмечено снижение удельного веса медицинских организаций федеральной собственности (с 4,7 до 4,4%) и увеличение удельного веса медицинских организаций негосударственных форм собственности (с 4,7 до 5,5%).

В отчетном году в системе обязательного медицинского страхования работали 72,4% медицинских учреждений и организаций, реализующих территориальные программы (в 2009 году —

Таблица 2

Нормативы объемов медицинской помощи по условиям ее предоставления и их фактическая реализация в рамках Программы за период с 2008 по 2010 гг. (на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62)

Условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Норматив по РФ на 2010 г.	Фактически выполнено в		
			2008 г.	2009 г.	2010 г.
А	1	2	3	4	5
1. Скорая медицинская помощь	вызов	0,318	0,343	0,344	0,336
2. Амбулаторная медицинская помощь	посещение	9,500	9,126	9,314	9,312
3. Стационарная медицинская помощь	койко-день	2,780	2,878	2,828	2,733
4. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	пациенто-день	0,590	0,496	0,509	0,523

70,7%). Большинство муниципальных медицинских учреждений работали в системе ОМС (87,5%), среди сельских муниципальных медицинских учреждений этот показатель составил 86,6%. Доля медицинских учреждений субъекта Российской Федерации, работающих в системе ОМС, была ниже (40,9%). Подавляющее большинство негосударственных медицинских организаций (99,2%) работали в системе ОМС.

3. Анализ реализации территориальных программ по видам и условиям предоставления медицинской помощи

В 2010 году первичная медико-санитарная помощь предоставлялась в амбулаторных условиях (число посещений — 1182,4 млн. на сумму 253,1 млрд. рублей), в условиях больничных учреждений (число койко-дней — 204,2 млн. на сумму 236,1 млрд. рублей), а также в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней — 58,4 млн. на сумму 17,9 млрд. рублей). По неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях выполнено 18,7 млн. посещений на сумму 3,1 млрд. рублей.

Специализированная медицинская помощь предоставлялась в амбулаторных условиях (число посещений — 148,9 млн. на сумму 41,8 млрд. рублей), в условиях больничных учреждений (число койко-дней — 186,5 млн. на сумму 298,4 млрд. рублей), а также в условиях дневных стационаров (число пациенто-дней — 16,4 млн. на сумму 8,0 млрд. рублей).

Фактические объемы медицинской помощи, предоставляемой населению по условиям ее оказания в рамках территориальных программ по Российской Федерации в целом за период 2008–2010 гг., представлены в *таблице 2.*

Отмечена позитивная тенденция дальнейшего сокращения числа койко-дней, проведенных больными в стационарных медицинских учреждениях, в расчете на одного жителя (с 2,878 в 2008 году до 2,733 в 2010 году), а также увеличения объема медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, с 0,496 пациенто-дней на 1 жителя в 2008 году до 0,523 пациенто-дней на 1 жителя в 2010 году. Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в расчете на одного жителя возросло с 9,126 в 2008 году до 9,314 в 2009 году, однако в 2010 году отмечено незначительно сокращение до 9,312 посещений на 1 жителя. Объем скорой медицинской помощи сократился с 0,343 вызова на 1 жителя в 2008 году до 0,336 вызова на 1 жителя в 2010 году.

Объем амбулаторной медицинской помощи в 2010 году не достиг норматива: число посещений на 1 жителя (9,312) и пациенто-дней в дневных стационарах (0,523) ниже соответствующих нормативов (9,5 посещений и 0,59 пациенто-дней на 1 жителя).

Впервые в 2010 году фактически выполненный объем стационарной медицинской помощи (2,733 койко-дня на 1 жителя) сократился до уровня, не превышающего норматив стационарной медицинской помощи (2,78 койко-дня на 1 жителя).

Сохраняется превышение фактически выполненного объема по наиболее затратной скорой медицинской помощи по сравнению с нормативом (на 5,7%).

В субъектах Российской Федерации сохраняется существенная дифференциация фактических среднероссийских показателей объема медицинской помощи по условиям ее предоставления. Число посещений на одного жителя в год варьиро-

Таблица 3

Подушевое финансовое обеспечение Программы в 2009 и 2010 гг. по условиям предоставления медицинской помощи (рублей на одного жителя в год; по данным статистической формы № 62)

Условия предоставления медицинской помощи	2009 год		2010 год	
	Фактический показатель	Приведенный показатель*	Фактический показатель	Приведенный показатель*
А	1	2	3	4
1. Скорая медицинская	440,4	367,9	455,0	380,1
2. Амбулаторная медицинская помощь	1900,7	1587,9	2063,1	1723,6
3. Стационарная	3547,5	2963,7	3738,9	3123,5
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	164,8	137,7	181,3	151,5
5. Медицинская помощь в условиях иных учреждений здравоохранения	783,5	654,5	835,3	697,8
6. Итого	6836,9	5711,7	7273,6	6076,5

*без учета влияния районных коэффициентов

вало от 5,292 в Карачаево-Черкесской Республике до 13,307 в г. Москве, число койко-дней на одного жителя в год — от 1,757 в Республике Ингушетия до 4,458 в Сахалинской области *(приложение 1)*.

В 2010 году фактический и приведенный показатели финансового обеспечения Программы в расчете на 1 жителя увеличились по сравнению с предыдущим годом на 6,4% и составили 7273,6 и 6076,5 рубля, соответственно *(табл. 3)*.

Наиболее значительно по сравнению с предыдущим годом увеличилось подушевое финансовое обеспечение медицинской помощи в дневных стационарах (на 10,0%). Подушевые расходы на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи возросли на 8,5%, прочих медицинских и иных услуг — на 6,6%, стационарной медицинской помощи — на 5,4%. Показатель подушевого финансового обеспечения скорой медицинской помощи возрос лишь на 3,3%.

Несмотря на увеличение фактических и приведенных показателей стоимости единиц объемов медицинской помощи в 2010 году, по всем видам медицинской помощи они ниже нормативов *(табл. 4)*.

Приведенный показатель стоимости одного пациенто-дня лечения в дневных стационарах в 2010 году составил лишь 60,6% норматива, одного вызова скорой медицинской помощи — 66,2%, одного койко-дня лечения в стационарах — 82,8%, одного посещения поликлиники — 84,8% норматива.

Фактические показатели реализации территориальных программ государственных гарантий по объемам и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи в 2010 году представлены в приложении 1.

В 2010 году число вызовов скорой медицинской помощи уменьшилось на 1,6% по сравнению с 2009 годом и составило 48,0 млн. вызовов *(приложение 2, таблица 2.1)*. Снизилась дифференциация показателей объема скорой медицинской помощи по субъектам Российской Федерации, при этом высокое число вызовов в расчете на 1 жителя сохраняется в регионах Дальневосточного федерального округа (в Еврейской автономной области — 0,547, Амурской области — 0,467, Сахалинской области — 0,444, Камчатском крае — 0,440 и Магаданской области — 0,404), а также в Астраханской области (0,444), Новосибирской области (0,433), Республике Адыгея (0,423), Оренбургской области (0,408) и Республике Карелия (0,407).

Скорая медицинская помощь гражданам Российской Федерации в основном оказывалась на муниципальном уровне — 39,5 млн. вызовов (82,3% общего числа вызовов).

На скорую медицинскую помощь в 2010 году израсходовано 65,0 млрд. рублей, из них 41,6 млрд. рублей (64,0%) составляли средства местных бюджетов. Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2010 году составила

Таблица 4

Финансовое обеспечение Программы в 2009 и 2010 гг. по условиям предоставления медицинской помощи (рублей в расчете на единицу объема медицинской помощи; по данным статистической формы № 62)

Условия предоставления медицинской помощи	Норматив по РФ на 2010 г.	2009 год		2010 год	
		Фактический показатель	Приведенный показатель*	Фактический показатель	Приведенный показатель*
А	1	2	3	4	5
1. Скорая медицинская	1710,1	1280,9	1070,1	1354,6	1131,7
2. Амбулаторная медицинская помощь	218,1	204,1	170,5	221,5	185,0
3. Стационарная	1380,6	1254,3	1047,9	1368,1	1142,9
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	478,0	323,5	270,2	346,6	289,6

*без учета влияния районных коэффициентов

1354,6 рубля (в 2009 году — 1280,9 рубля). Стоимость одного вызова скорой медицинской помощи в 2010 году за счет местных бюджетов составила в среднем 1052,6 рубля, а за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации — 3648,4 рубля.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь населению в рамках территориальных программ, число посещений в 2010 году составило 1331,3 млн., что на 0,7% больше по сравнению с 2009 годом *(приложение 2, таблица 2.2)*. Вместе с тем число посещений в расчете на 1 жителя в 2010 году незначительно сократилось по сравнению с 2009 годом (с 9,314 в 2009 году до 9,312 в 2010 году).

Амбулаторная медицинская помощь гражданам Российской Федерации в основном оказывалась в рамках территориальных программ ОМС — 1116,3 млн. посещений (83,8% всех посещений). Общее количество обращений в связи с заболеваниями (законченных случаев лечения) составило 540,4 млн., в том числе в рамках территориальных программ ОМС — 458,4 млн. (84,8%).

На оказание медицинской помощи в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений в 2010 году израсходовано 294,9 млрд. рублей, из них 240,4 млрд. рублей (81,5% всех государственных средств) — в рамках территориальных программ ОМС (с учетом средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на территориальные программы ОМС).

Средняя стоимость одного посещения составила 221,5 рубля (в 2009 г. — 204,1 рубля). Стоимость одного посещения медицинского учреждения субъекта Российской Федерации составила в среднем 415,5 рубля, а посещения муниципального медицинского учреждения — 158,2 рубля.

Средняя стоимость одного обращения в амбулаторно-поликлинические учреждения составила 545,8 рубля. В муниципальных медицинских учреждениях средняя стоимость одного обращения составила 448,8 рубля, в медицинских учреждениях субъекта Российской Федерации — 965,7 рубля.

В 2010 году впервые проведен анализ объема и финансового обеспечения службы неотложной медицинской помощи, созданной в структуре медицинских учреждений муниципальной системы здравоохранения в целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства.

В 2010 году служба неотложной медицинской помощи отсутствовала в большинстве субъектов Российской Федерации. В целом по Российской Федерации в 2010 году объем неотложной медицинской помощи составил 0,2 посещения на 1 жителя, что существенно ниже норматива, рекомендуемого Минздравсоцразвития России (0,96 посещений на 1 жителя). Среди субъектов Российской Федерации, имеющих службу неотложной медицинской помощи, наиболее низкие объемы посещений (около 0,01 посещения на 1 жителя) отмечены в Брянской, Астраханской, Саратовской и Курганской областях.

Таблица 5

Структура расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы за период с 2008 по 2010 гг. (в процентах к итогу)

Виды медицинской помощи	*2008 г.*	*2009 г.*	*2010 г.*
А	**1**	**2**	**3**
1. Скорая медицинская	7,0	7,3	7,1
2. Амбулаторная медицинская	31,2	31,4	32,0
3. Стационарная	59,1	58,6	58,1
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	2,7	2,7	2,8
Итого	100,0	100,0	100,0

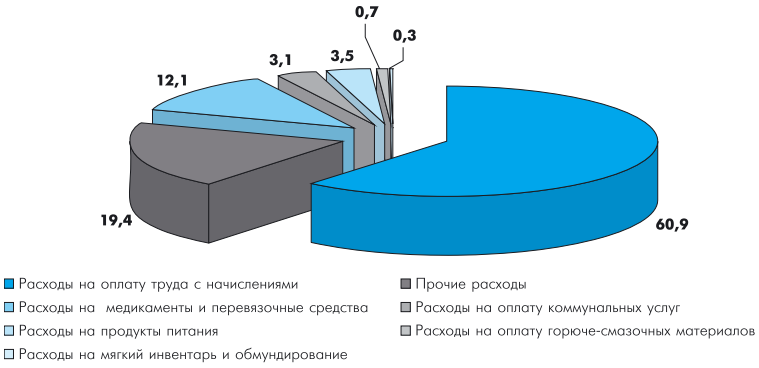


Рис. 4. **Структура расходов из государственных источников финансового обеспечения медицинской помощи в рамках территориальных программ в 2010 году (в % к итогу)**

В следующих субъектах Российской Федерации объем посещений по неотложной медицинской помощи превышал среднероссийский показатель и составил в: Чувашской Республике 1,26, Республике Дагестан — 0,81, Республике Марий-Эл — 0,78, Республике Башкортостан — 0,65, Курской области — 0,4, Воронежской области — 0,27 и Ульяновской области — 0,21 посещения на 1 жителя.

Средняя стоимость 1 посещения по неотложной медицинской помощи в 2010 году составила 176,8 рубля, при этом минимальный показатель отмечен в Астраханской области (87,3 рубля), а максимальный — в Хабаровском крае (1530,2 рубля).

В 2010 году число больных, которые проходили лечение в стационарах, незначительно снизилось по сравнению с предыдущим годом и составило 31,0 млн. человек, из них 27,4 млн. больных (88,4 %) получили медицинскую помощь в рамках территориальных программ ОМС .

Структура финансовых расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы в динамике за три года представлена в *таблице 5.*

Отмечена позитивная тенденция сокращения доли расходов на стационарную медицинскую помощь (с 59,1% в 2008 году до 58,1% в 2010 году) и возрастания доли расходов на амбулаторную медицинскую помощь (с 31,2% в 2008 году до 32,0% в 2011 году), а также медицинскую помощь, предоставляемую в дневных стационарах (с 2,7% в 2008 году до 2,8% в 2010 году).

Проведен анализ расходов из различных источников финансирования по видам затрат и условиям предоставления медицинской помощи.

В структуре всех государственных расходов на медицинскую помощь в 2010 году преобладали расходы на оплату труда с начислениями (60,9%). Прочие расходы составили 19,4%, расходы на медикаменты и перевязочные средства — 12,1%, продукты питания — 3,5%, оплату коммунальных услуг — 3,1%, оплату горюче-смазочных материалов — 0,7% и мягкий инвентарь и обмундирование — 0,3%.

В структуре государственных расходов на скорую медицинскую помощь затраты на оплату труда с начислениями составили 72,2%, прочие расходы, включая транспортные, — 18,0%, горюче-смазочные материалы — 4,9%, медикаменты и перевязочные средства — 2,7%, оплата коммунальных услуг — 2,1%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,1%.

В структуре государственных расходов на амбулаторную медицинскую помощь затраты на оплату труда с начислениями составили 73,2%, прочие расходы — 16,0%, медикаменты и перевя-

зочные средства — 6,0%, оплату коммунальных услуг — 4,1%, горюче-смазочные материалы — 0,5%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,2%.

В структуре государственных расходов на стационарную медицинскую помощь затраты на оплату труда с начислениями составили 57,7%, прочие расходы — 18,0%, медикаменты и перевязочные средства — 15,6%, продукты питания — 5,3%, оплату коммунальных услуг — 2,6%, горюче-смазочные материалы — 0,4%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,4%.

В структуре государственных расходов на медицинскую помощь в дневных стационарах затраты на оплату труда с начислениями составили 55,5%, медикаменты и перевязочные средства — 24,3%, прочие расходы — 11,9%, оплату коммунальных услуг — 6,0%, продукты питания — 1,6%, горюче-смазочные материалы — 0,3%, мягкий инвентарь и обмундирование — 0,4%.

По данным Министерства регионального развития Российской Федерации, в 2010 году в среднем по Российской Федерации показатель удовлетворенности населения медицинской помощью составил 34,0% от числа опрошенных (в 2009 году — 34,5%) . Максимальные уровни удовлетворенности населения медицинской помощью отмечены в Ханты-Мансийском (52,1%) и Чукотском (50,1%) автономных округах, Республике Мордовия (48,8%), Псковской области (47,0%), Красноярском крае (46,8%), Республике Татарстан (46,5%), Пермском крае (44,8%), Курской (43,2%) и Воронежской (42,6%) областях. Минимальные показатели удовлетворенности населения медицинской помощью отмечены в Калининградской области (20,3%), Камчатском крае (22,8%) и Свердловской области (23,2%).

По результатам комплексной оценки уровня реализации и эффективности территориальных программ с учетом критериев доступности и качества медицинской помощи, динамики основных показателей здоровья населения и удовлетворенности медицинской помощью в 2010 году субъекты Российской Федерации распределены на четыре группы *(приложение 6)*.

К первой группе регионов, с высоким уровнем реализации территориальных программ в 2010 году, отнесены 7 субъектов Российской Федерации, что составило 8,4% общего числа регионов: Республика Бурятия, Краснодарский край, Белгородская, Владимирская, Липецкая, Московская и Омская области.

К территориям с низким уровнем реализации территориальных программ отнесены 15 регионов (18,1%): республики Карелия, Ингушетия, Карачаево-Черкесская, Чеченская, Алтайский, Камчатский, Хабаровский края, Орловская, Кировская, Курганская, Амурская, Магаданская, Сахалинская области, Чукотский автономный округ и Еврейская автономная область.

Выводы

1. Анализ хода реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 году показал, что все субъекты Российской Федерации реализовывали территориальные программы в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 октября 2009 г. № 811.

2. В 2010 году в Российской Федерации в медицинских организациях различных форм собственности в рамках Программы бесплатно получили стационарную медицинскую помощь свыше 31,0 млн. человек, медицинскую помощь в дневных стационарах — 6,7 млн. человек. Общее число лиц, обслуженных скорой медицинской помощью, составило 48,3 млн., число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений и на дому — свыше 1331 миллионов. Высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь в федеральных учреждениях здравоохранения получили 255,0 тыс. человек, в государственных и муниципальных учреждениях субъектов Российской Федерации — 34,7 тыс. человек.

3. В 2010 году расходы из государственных источников финансового обеспечения на реализацию Программы возросли на 5,2% по сравнению с предыдущим годом и составили 1449,9 млрд. рублей.

Расходы федерального бюджета увеличились на 0,4% по сравнению с 2009 годом и составили 393,1 млрд. рублей. В рамках Программы за счет средств федерального бюджета профинансированы оказание отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами; обеспечение необходимыми лекарственными препаратами больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными

новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по санаторно-курортному лечению, включая проезд к месту лечения и обратно, высокотехнологичные виды медицинской помощи, а также ряд новых направлений приоритетного национального проекта «Здоровье».

По сравнению с 2009 годом расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на реализацию территориальных программ возросли на 7,2% и составили 516,4 млрд. рублей, средства системы ОМС возросли на 6,9% и составили 540,4 млрд. рублей.

4. В 2010 году в целом по Российской Федерации и в большинстве субъектов Российской Федерации отмечены позитивные тенденции дальнейшего увеличения объемов амбулаторной медицинской помощи и высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, сокращения объемов стационарной медицинской помощи, а также сокращения доли расходов на стационарную медицинскую помощь и возрастания доли расходов на амбулаторную медицинскую помощь, в том числе предоставляемую в дневных стационарах.

5. Основными проблемами реализации Программы в 2010 году являлись:

— значительный дефицит финансового обеспечения Программы, который составил в 74 субъектах Российской Федерации 337,3 млрд. рублей,

— недофинансирование стоимости единиц объемов по всем видам медицинской помощи в большинстве субъектов Российской Федерации;

— отсутствие в большинстве субъектов Российской Федерации службы неотложной медицинской помощи.

Предложения

1. Руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации рекомендуется:

— обеспечить обоснованное планирование объемов по видам медицинской помощи, предоставляемой гражданам в рамках территориальных программ, с учетом особенностей возрастно-полового состава населения, уровня и структуры его заболеваемости в субъекте Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций, а также сбалансированности планируемых объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, включая уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан в размере, необходимом для реализации Программы в соответствии с нормативами;

— своевременно утвердить и выполнять нормативы финансового обеспечения, устанавливаемые Правительством Российской Федерации;

— не допускать сокращения расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств системы ОМС на территориальные программы, включая расходы на оплату труда работников здравоохранения, медикаменты и изделия медицинского назначения и продукты питания в стационарах, для чего осуществлять мониторинг выполнения государственных и муниципальных заданий учреждениями и организациями здравоохранения;

— для оценки эффективности реализации территориальных программ, наряду с показателями объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, необходимо учитывать выполнение целевых значений основных критериев здоровья населения, качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках территориальных программ.

2. Продолжить работу по обоснованию потребности во врачебных кадрах и коечном фонде, необходимых для реализации территориальных программ, и установить территориальные нормативы обеспеченности врачебными кадрами по видам медицинской помощи, а также больничными койками по основным профилям отделений больниц.

3. В целях повышения эффективности оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи осуществлять работу по созданию службы неотложной медицинской помощи, развивать профилактическое направление в здравоохранении, принимать меры по увеличению обеспеченности населения врачебными кадрами, что будет способствовать повышению доступности первичной медико-санитарной помощи и увеличению объема посещений амбулаторно-поликлинических учреждений.

4. Предусмотреть соответствующее структурное подразделение в органе исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения для осуществления деятельности по формированию, экономическому обоснованию и мониторингу реализации территориальной программы государственных гарантий и региональной программы модернизации системы здравоохранения.

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

КТО РАЗРАБАТЫВАЕТ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОЗДАНИЮ ЕДИНОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 июня 2011 г. № 649 «О Рабочей подгруппе по подготовке предложений по вопросам создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Межведомственной рабочей группы по вопросам использования информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения и социальной защиты населения»

В составе Межведомственной рабочей группы по вопросам использования информационно-коммуникационных технологий в системе здравоохранения и соцзащиты населения образована рабочая подгруппа. Она готовит предложения по созданию единой государственной информационной системы в указанной области.

Рабочая подгруппа формирует предложения по архитектурным, организационным, методологическим и функциональным требованиям к системе, по созданию ее технологического проекта. Готовит предложения по установлению состава и компонентов системы и др.

В состав рабочей подгруппы входят представители Минздравсоцразвития России, федеральных органов исполнительной власти.

Заседания проводятся по решению руководителя подгруппы, но не реже 1 раза в месяц. Они считаются правомочными, если присутствуют не менее половины членов. Предложения последних обязательно рассматриваются на заседании.

Решения оформляются протоколом. Особое мнение членов подгруппы приводится в письменной форме и прилагается к протоколу.

ЧЕМ НОВЫЙ БЛАНК БОЛЬНИЧНОГО ЛУЧШЕ ПРЕЖНЕГО?

Информация Фонда социального страхования РФ от 24 июня 2011 г. «Новый формат бланка нетрудоспособности»

С 1 июля 2011 г. вводится новая форма бланка листка нетрудоспособности. Больничный старого образца является недействительным с 1 числа следующего месяца.

Замена бланка обусловлена техническим несоответствием ранее действовавшего документа современным требованиям. Заполнять и обрабатывать его можно было только вручную. Еще один недостаток — при небольшом размере в него вносился значительный объем информации с 2 сторон. Кроме того, участились случаи фальсификации и продажи поддельных больничных. Это обусловило необходимость ввести дополнительные защитные элементы.

Не изменился порядок оформления больничного для застрахованного гражданина.

На обороте нового больничного дана памятка по его заполнению. Представитель медучреждения вносит всю информацию печатными буквами в соответствующие графы.

Чтобы автоматически идентифицировать страхователя и застрахованного, предусмотрены дополнительные поля. В них работодатель вписывает регистрационный номер организации, ИНН и СНИЛС сотрудника.

Визуально новый бланк больничного отличается цветом и форматом (А4 вместо А5).

Для автоматической обработки документа, в частности, используется бинарный код. В нем будут зашифрованы причина нетрудоспособности, отметки о нарушении режима больного, родственная связь (если больничный выдается по уходу за членом семьи) и др. Его наличие станет обязательно по мере технического оснащения лечебно-профилактических учреждений.

Новый бланк имеет многоступенчатую степень защиты, в том числе за счет штрих-кода с уникальной комбинацией из 12 цифр, нанесенного в правом верхнем углу.

Сейчас началась реализация пилотного проекта по переходу на выплату пособий по нетрудоспособности напрямую из ФСС России (в Карачаево-Черкесии и Нижегородской области). Новый бланк больничного облегчит передачу страхователями реестров на выплату пособий и обработку полученных данных.

В настоящее время первая партия новых бланков напечатана и направлена во все региональные отделения Фонда.

О НОВОМ БЛАНКЕ ЛИСТКА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Письмо Фонда социального страхования РФ от 4 июля 2011 г. «С 1 июля вводится новый бланк листка нетрудоспособности»

С 1 июля 2011 г. на всей территории России применяется новый бланк листка временной нетрудоспособности.

Региональные отделения ФСС РФ получили необходимое количество новых бланков и распределили их между лечебно-профилактическими учреждениями. Планируется продолжать обучать медперсонал и бухгалтеров предприятий правильно оформлять указанные документы.

Обращается внимание на то, что все листки нетрудоспособности старого образца, выданные по 30 июня 2011 г. включительно, применяются до окончания срока их действия. До истечения названного периода переоформлять их не нужно.

Бланки старого образца, закрытые надлежащим образом, являются законным основанием для назначения пособия, расходы на выплату которого возмещаются во всех территориальных органах Фонда.

ФГУП МОЖНО БУДЕТ ПРЕОБРАЗОВЫВАТЬ В АВТОНОМНЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ?

Досье на проект федерального закона № 462083-5 «О внесении изменений в статью 34 Федерального закона «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях» и статьи 10 и 13 Федерального закона «О некоммерческих организациях» (в части преобразования унитарных предприятий в автономные некоммерческие организации) (внесен депутатами ГД В.С. Плескачевским, Е.И. Богомольным, Д.Н. Гасановым, П.А. Гужвиным, Ю.Г. Медведевым, А.М. Плахотниковым, М.С. Рохмистровым, Д.В. Саблиным, Е.Ю. Семеновой, Ю.В. Коганом)

6 июля 2011 г. Госдума приняла поправки, касающиеся преобразования унитарных предприятий в автономные некоммерческие организации.

Планируется закрепить, что автономная некоммерческая организация может быть создана путем преобразования юрлица другой организационно-правовой формы.

Если учредителем автономной некоммерческой организации будет являться Россия, субъект Федерации или муниципальное образование, то, вероятно, порядок участия их представителей в органах управления этого юрлица будут устанавливать Правительство РФ, региональные власти или муниципалитеты.

Возможно, унитарные предприятия можно будет преобразовывать в государственные или муниципальные учреждения, ФГУП — в автономную некоммерческую организацию.

Планируется установить механизм такого преобразования. Соответствующее решение, вероятно, смогут принимать Правительство РФ, уполномоченный орган власти субъекта Федерации или местного самоуправления.

КАК ВЕДЕТСЯ РЕЕСТР СВЕДЕНИЙ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ?

Приказ Фонда социального страхования РФ от 17 июня 2011 г. № 196 «Об утверждении форм реестров сведений, необходимых для назначения и выплаты соответствующего вида пособия, и порядков их заполнения»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 1 июля 2011 г. Регистрационный № 21 245.

Утверждены формы реестров сведений, необходимых для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, женщинам, вставшим на учет в медучреждениях в ранние сроки беременности; при рождении ребенка. Также речь идет о ежемесячном пособии по уходу за ребенком.

Закреплены порядки внесения данных в названные документы.

Они ведутся в электронном виде. В каждую строку соответствующего столбца вписываются данные только по 1 получателю пособия.

Реестр представляется страхователями в территориальные органы ФСС России по месту регистрации.

Определено, как заполняется информация о страхователе, о получателе указанной выплаты.

В частности, отражаются фамилия, имя, отчество получателя пособия, его статус (мать, отец и т.п.), адрес регистрации, СНИЛС, справка с места работы.

ЧТО ДЕЛАЕТСЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ?

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 27 мая 2011 г. № 01/6430-1-32 «О малариологической ситуации в Российской Федерации в 2010 году»

Сообщается, что в 2010 г. зарегистрировано 107 случаев заболевания малярией в 31 регионе. Среди них — 2 детей до 14 лет.

Было выявлено 4 вида малярии. Это тропическая (64 случая), трехдневная (38 случая), овале (4 случая), четырехдневная (1 случай).

В последние годы резко сократилось число завозных случаев из Таджикистана и Азербайджана.

Установлено, что малярию завезли также из Камбоджи, КНДР, Мьянмы, Пакистана, Соломоновых островов, Индонезии, Доминикана.

Разработан ряд мер по улучшению профилактических, противоэпидемических мероприятий по малярии. В частности, нужно усилить эпидемиологический надзор за малярией, повысить качество лабораторной диагностики этого заболевания. Следует разъяснять населению через СМИ какие есть способы профилактически малярии.

Препараты крови (толстая капля и тонкий мазок) от больных должны направлять экспресс почтой в Институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

О проделанной работе по этим направлениям надо отчитаться. Срок — до 1 ноября 2011 г.

ПРОВЕРКА ФГУН ИТ ФМБА: ВЫЯВЛЕНЫ НАРУШЕНИЯ ПРАВИЛ ЛАБОРАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 20 июня 2011 г. № 04И-442/11 «О предоставлении информации по проверкам доклинических и клинических исследований»

Росздравнадзор проверил городскую поликлинику № 25 Невского района Санкт-Петербурга. Клинические исследования лекарственных препаратов осуществлялись в соответствии с установленными требованиями.

В ходе проверки ФГУН ИТ ФМБА выявлены нарушения правил лабораторной практики при проведении доклинических исследований.

Так, испытания проводились не по утвержденному разработчиком лекарства плану.

Требования стандартных операционных процедур учреждения были соблюдены не полностью. Кроме того, документация о профилактических осмотрах и текущем ремонте используемого оборудования велась ненадлежащим образом.

О названных проверках составлены акты. Институту выдано предписание об устранении выявленных нарушений и принятии мер по их предупреждению.

УТОЧНЕНО, КАКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОГУТ ТРАНСПЛАНТИРОВАТЬ ОРГАНЫ И ТКАНИ ЧЕЛОВЕКА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 24 мая 2011 г. №№ 423н/33 «О внесении изменений в приложения № 2 и 3 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук от 25 мая 2007 г. № 357/40 «Об утверждении Перечня органов и (или) тканей человека — объектов трансплантации, Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека, и Перечня учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 мая 2011 г. Регистрационный № 21 192.

Скорректирован перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих трансплантацию органов и (или) тканей человека.

В него, в частности, включены Клиническая больница № 86 ФМБА России (вид трансплантации — роговица человека трупная), Ивановская областная клиническая больница Департамента здравоохранения Ивановской области (почка, роговица человека трупная).

Так, некоторые изменения обусловлены упразднением Росздрава и Росмедтехнологий и переподчинением учреждений здравоохранения ФМБА России. Это касается, например, Северного медицинского центра им. Семашко, Кировского научно-исследовательского института гематологии и переливания крови.

Также для некоторых учреждений уточнен допустимый вид трансплантации. Так, Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина может трансплантировать печень, Волгоградский областной уронефрологический центр — сердце, поджелудочную железу с 12-перстной кишкой.

Уточнен также перечень учреждений здравоохранения, осуществляющих забор и заготовку органов и (или) тканей человека.

СКОЛЬКО ЧЕЛОВЕК ПОДЛЕЖИТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФМБА РОССИИ В 2011 Г.?

Приказ Федерального медико-биологического агентства от 15 апреля 2011 г. № 137 «Об утверждении задания на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, в 2011 году»

Утверждено задание на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан федеральными бюджетными учреждениями здравоохранения ФМБА России в 2011 г.

Всего дополнительной диспансеризации подлежат 104 046 человек.

ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: УТОЧНЕН ПОРЯДОК РАБОТЫ КОМИССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10 июня 2011 г. № 477 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 ноября 2008 г. № 685 «Об утверждении положения о Комиссии по оценке выполнения целевых показателей эффективности деятельности федеральных государственных учреждений, находящихся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и премированию их руководителей и ее состава»

Скорректировано Положение о Комиссии по оценке выполнения целевых показателей эффективности деятельности ФГУ Минздравсоцразвития России и премированию их руководителей.

Уточнено, что речь идет о федеральных бюджетных и казенных учреждениях.

Отредактирован ссылочный аппарат.

Заседания комиссии теперь проводятся после 10 числа второго месяца, следующего за отчетным периодом (ранее — 20 числа).

Не позднее этого срока руководитель учреждения обязан представлять секретарю комиссии доклад и отчетные формы о выполнении целевых показателей эффективности работы. Утвержден новый состав комиссии.

РЕКЛАМА АБОРТОВ: ЖЕНЩИН ДОЛЖНЫ ПРЕДУПРЕЖДАТЬ ОБ УГРОЗЕ БЕСПЛОДИЯ

Досье на проект федерального закона № 303736-5 «О внесении изменений в статью 24 Федерального закона «О рекламе» (в части рекламы медицинских услуг по искусственному прерыванию беременности) (внесен депутатами ГД К.А. Лукьяновой, В.Ф. Звагельским)

Государственной Думой РФ 28 июня 2011 г. во втором чтении принят законопроект об ужесточении требований к рекламе медуслуг по искусственному прерыванию беременности.

В настоящее время она сопровождается предупреждением о возможности наступления вредных последствий для здоровья женщины. Предлагается дополнить его указанием на вероятность бесплодия.

Устанавливаются требования к размеру предупреждения. Ему должно отводиться не менее 10% рекламной площади (пространства).

Кроме того, согласно законопроекту реклама таких услуг не должна утверждать, что они безопасны.

ОПЛАТА ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ МЕТОДОМ ЭКО УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СУММЫ СОЦИАЛЬНОГО НАЛОГОВОГО ВЫЧЕТА

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 31 мая 2011 г. № 03-04-05/7-388 «О предоставлении социального налогового вычета по НДФЛ при лечении бесплодия методом ЭКО»

При определении размера налоговой базы по доходам, облагаемым по ставке НДФЛ 13%, налогоплательщик имеет право на получение социальных налоговых вычетов, связанных с оплатой лечения и обучения. Так, по дорогостоящим видам лечения в российских медучреждениях сумма вычета принимается в размере фактически произведенных расходов.

Правительством РФ утверждены перечни медуслуг и дорогостоящих видов лечения в российских медучреждениях, лекарств, суммы, оплаты которых за счет средств налогоплательщика учитываются при определении суммы указанного вычета (постановление от 19 марта 2001 г. № 201). Лечение бесплодия методом ЭКО, культивирования и внутриматочного введения эмбриона включено в соответствующий перечень.

Соответственно, налогоплательщик, оплативший в налоговом периоде лечение бесплодия методом ЭКО, может реализовать свое право на получение социального налогового вычета. Одновременно он вправе в этом же налоговом периоде получить вычет в сумме фактически произведенных расходов на свое обучение и приобретение медикаментов, но в совокупности не более 120 тыс. руб. в налоговом периоде.

При этом сумма примененного вычета не может превышать сумму полученного в данном налоговом периоде дохода, облагаемого по ставке 13%. Налоговое законодательство не предусматривает перенос остатка неиспользованного вычета в одном налоговом периоде на последующие налоговые периоды.

ЧТО ПЛАНИРУЕТСЯ СДЕЛАТЬ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ГОСУСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ?

Распоряжение Правительства РФ от 10 июня 2011 г. № 995-р «О плане мероприятий, направленных на совершенствование контрольно-надзорных и разрешительных функций и оптимизацию предоставления государственных услуг в сфере здравоохранения, социального развития, санитарно-эпидемиологического благополучия и потребительского рынка в 2011–2012 гг.»

Правительство России утвердило план мероприятий. Их цели — совершенствовать контрольно-надзорные и разрешительные функции и оптимизировать предоставление госуслуг в сфере здравоохранения, социального развития, санитарно-эпидемиологического благополучия и потребительского рынка в 2011–2012 гг.

Так, следует разработать проект поправок к НК РФ в части введения государственной пошлины за регистрацию медизделий (включая проведение экспертизы). Определить порядок лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, а также по производству и техобслуживанию медтехники. Исключение — случай, когда техобслуживание осуществляется для обеспечения собственных нужд юрлица или ИП.

Нужно подготовить законопроект, усиливающий ответственность за нарушение установленных правил и требований к осуществлению отдельных видов деятельности в указанной области.

СУБВЕНЦИИ ТФОМС НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЕРЕДАННЫХ РЕГИОНАМ ПОЛНОМОЧИЙ В СФЕРЕ ОМС: ПРАВИЛА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И РАСХОДОВАНИЯ НА 2012 Г.

Постановление Правительства РФ от 23 июня 2011 г. № 496 «О порядке распределения, предоставления и расходования в 2012 году субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (не вступило в силу)

В 2012 г. ФФОМС выделит территориальным фондам субвенции на осуществление переданных региональным органам госвласти полномочий в сфере ОМС. Утверждены Правила предоставления и расходования данных средств и методика их распределения.

Распределение утверждается Законом о бюджете ФФОМС. На его основе Фонд оформляет и направляет в ТФОМС уведомления по расчетам между бюджетами на сумму субвенции. После получения данного документа территориальные фонды при необходимости корректируют роспись своих бюджетов.

Субвенции перечисляют в бюджеты ТФОМС после того, как регионы передадут (ежемесячно до 25-го числа) Федеральному фонду взносы на ОМС неработающего населения.

Размер субвенции не может превышать фактические месячные поступления в бюджет ФФОМС от соответствующего региона.

Субвенции перечисляются на счета, открытые территориальным органам Федерального казначейства для учета поступлений и их распределения между бюджетами, для последующего направления в бюджеты ТФОМС. ТФОМС обязаны представлять в ФФОМС отчеты об использовании субвенций. Срок — ежемесячно до 10-го числа.

Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

РЕГЛАМЕНТИРОВАНА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО ИЗ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2011 г. № 474 «Об утверждении Положения о Департаменте организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Определены статус, задачи и функции Департамента организации медпрофилактики, медпомощи и развития здравоохранения Минздравсоцразвития России, а также порядок руководства его деятельностью.

К компетенции департамента, в частности, отнесены следующие вопросы: медреабилитация и санаторно-курортное лечение, профилактика неинфекционных заболеваний, формирование здорового образа жизни, установление федеральных медстандартов, разработка параметров и критериев контроля качества медицинской деятельности.

В пределах указанных вопросов департамент обеспечивает работу Министерства по выработке основных направлений госполитики, нормативно-правовому регулированию, координации и контролю деятельности подведомственных служб и агентства.

Директор департамента и его заместители назначаются на должности и освобождаются от них Министром. Установлен круг полномочий директора департамента.

Утратило силу Положение о Департаменте организации медпомощи и развития здравоохранения Министерства.

ПРИКАЗ О МОНИТОРИНГЕ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В СВЯЗИ С РАЗГРАНИЧЕНИЕМ ПОЛНОМОЧИЙ РЕГИОНОВ И МУНИЦИПАЛИТЕТОВ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 июня 2011 г. № 452 «О признании утратившим силу приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 ноября 2005 г. № 693 «О мониторинге ситуации в сфере здравоохранения и социальной защиты населения, связанной с разграничением полномочий между органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления муниципальных образований в соответствии с Федеральным законом от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»

В связи с потерей актуальности признан утратившим силу Приказ Минздравсоцразвития России 2005 г. о мониторинге ситуации в сфере здравоохранения и соцзащиты населения, связанной с разграничением полномочий властей регионов и муниципалитетов в соответствии с Законом об общих принципах организации местного самоуправления.

РАЗМЕЩЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ РОСЗДРАВНАДЗОРА: НОВАЯ СХЕМА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 апреля 2011 г. № 360н «Об утверждении схемы размещения территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 10 июня 2011 г. Регистрационный № 21 018.

Утверждена новая схема размещения территориальных органов Росздравнадзора (Управлений Службы по регионам).

Общая предельная численность работников (без персонала по охране и обслуживанию зданий) сокращена с 1528 до 1452 единиц. Количество территориальных органов при этом не изменилось и по-прежнему равно 80.

Общий фонд оплаты труда (в расчете на квартал) составляет 92 137,8 тыс. руб.

Приказ об утверждении прежней схемы признан утратившим силу.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru

ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Полные тексты документов доступны на сайтах компании «Гарант» и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: **www.idmz.ru**

Читайте в новом номере журнала «Врач и информационные технологии» (2011 – № 4)

ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

- ***Динамика формирования и текущее состояние соответствия медицинских информационных систем требованиям по защите персональных данных пациентов.***

  Статья представляет практический интерес не столько для ИТ-специалистов, сколько для главврачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), а также организаций, разрабатывающих и внедряющих информационные системы в медицинских учреждениях.

МЕДИЦИНСКИЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ

- ***Web-ориентированная медицинская информационная система мониторинга состояния болезни детей Томской области***

  Реализованная региональная медицинская информационная система, позволяет в «реальном времени», используя единое информационное пространство, централизованно вести наблюдение за тяжестью состояния детей, на отдаленных территориях Томской области.

- ***Организация профилактики врожденной патологии у детей на основе территориальной медицинской информационной системы***

  Показано, что переход к электронному документообороту с автоматическим формированием групп риска позволяет в процессе мониторинга выявлять беременных и детей с врожденными и наследственными заболеваниями, что повышает эффективность профилактической работы, включая прогноз повторных случаев такой патологии в семьях.

ИТ И МЕНЕДЖМЕНТ

- ***Использование CALS-технологий в описании и информационной поддержке процессов жизненного цикла медицинской услуг***

  Раскрываются основные преимущества технологии функционального моделирования процессов медицинской организации для повышения эффективности ее деятельности, уменьшения потерь, повышения качества медицинских услуг и, как следствие этого, повышения качества управления медицинской организацией.

АНАЛИТИКА

- ***В АРМИТ обсуждают перспективы развития медицинских информационных технологий в сфере здравоохранения***

  В обзоре представлены обсуждения развития решений класса «Электронная регистратура», а также перспектив «облачных вычислений».

МЕТОДИКА

- ***Проблема создания автоматизированной методики описания объектов, являющихся предметом бактериологического исследования***

  В статье рассматриваются вопросы проектирования базы данных для решения проблем идентификации микроорганизмов при бактериологических исследованиях и последующей разработке автоматизированной системы.

ИТ И ДИАГНОСТИКА

- ***Опыт программного выявления прогностических синдромов в нейрохирургии***

  Статья посвящена проблеме программного выявления прогностических синдромов в нейрохирургии. Описан алгоритм их выявления и дан анализ получаемых результатов.

КОМПЬЮТЕРНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

- ***Компьютерное прогнозирование потребления лекарственных средств и уровня заболеваемости***

  Рассматривается компьютерная система по прогнозированию потребления лекарственных средств в больнице и уровня заболеваемости в территориальных системах, что способствует принятию упреждающих организационных решений.

О журнале:

- *Издается с 2004 года в двух версиях: бумажной и электронной*
- *Входит в перечень журналов, рекомендованных ВАК*
- *Главный редактор — академик РАМН В.И. Стародубов*

Условия подписки: *www.idmz.ru, idmz@.mednet.ru. Тел.: (495) 618-07-92*

Менеджер
здравоохранения