

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№1. 2004



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал



Менеджер здравоохранения

Уважаемые коллеги!

В студенческие годы тех, кто впоследствии стали руководителями медицинских учреждений, учили лечить. В России до сих пор нет ни одного медицинского института, где бы учили управлять. Между тем все, что составляет деятельность главного врача, является УПРАВЛЕНИЕМ: персоналом, лечебно-диагностическим процессом, имуществом, финансовыми и информационными потоками, оборудованием, наконец, самим собой...

Поэтому по сути главный врач как руководитель является МЕНЕДЖЕРОМ высшего звена медицинской организации. В качестве такового он должен владеть современными методами управления. В Академии народного хозяйства при правительстве РФ в Москве, в Высшей экономической Школе в Санкт-Петербурге появились программы «Менеджмент в здравоохранении». Однако за эти программы способны сегодня заплатить немногие руководители здравоохранения.

Мы видим назначение нашего нового издания в том, чтобы обеспечить заинтересованного читателя информацией о возможных путях разгосударствления медицинских учреждений, изменения их организационно-правовых форм собственности, возможности развития предпринимательской деятельности бюджетными учреждениями, о централизованной политике информатизации, о способах увеличения кадрового потенциала и о многом другом, что необходимо знать руководителю в современных условиях.



С наилучшими пожеланиями
Главный редактор журнала
член-корр. РАМН
В.И. СТАРОДУБОВ

Менеджер здравоохранения

№ 1
2004

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
член-корр.РАМН, директор Центрального НИИ организации
и информатизации здравоохранения МЗ РФ

Зам.главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., профессор Санкт-Петербургской Медицинской Академии
последипломного образования

Редакционная коллегия:

КИРИЛЛОВ Александр Викторович,
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохра-
нения СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, заместитель генераль-
ного директора ОАО «ГСКМ»

В номере:

Перспективы существования учреждений
в здравоохранении

4-7

Законодательное регулирование здравоохранения:
состояние вопроса, проблемы и перспективы

8-10

Проблемы участия частных медицинских учреждений
в обеспечении населения бесплатной
медицинской помощью

11-14

Менеджмент в здравоохранении: современные проблемы
его организации и подготовки кадров

15-21

Отношение врачей к бизнес-составляющей
медицинской деятельности

22-24

Нарушение психической саморегуляции медицинских работников.
Синдром эмоционального выгорания

25-30

Оценка обоснованности и затратности АИС
в медицинских учреждениях

31-33

Деловая переписка
и делопроизводство

34-37

Юридический практикум «МЗ»

Об организационно-правовых формах
производителей медицинских услуг

38-39

Целевая группа «МЗ»

40-42

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,

д.м.н., профессор, заместитель директора по науке Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,

д.м.н., заместитель главы администрации г.Ставрополя

ПОПОВИЧ Виктор Константинович,

к.м.н., начальник муниципального управления здравоохранения г.Нерюнгри, Республика Саха (Якутия)

РУТОВСКИЙ Олег Всеволодович,

д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, зав. каф. Медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана

СКЛЯР Михаил Семенович,

к.м.н., министр здравоохранения Свердловской области

ТРОПНИКОВА Валентина Андреевна,

к.м.н., первый заместитель министра здравоохранения Хабаровского края, директор департамента кадровой политики, стандартизации и лицензирования

«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, посетив страницу электронного форума «Менеджер здравоохранения» в Интернете по адресу:
www.idmz.ru/healthmag

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, Москва,
ул. Добролюбова, д.11
idmz@cniiorgzdrav.mednet.ru
(095) 979-92-45

Главный редактор:

член-корр. РАМН, профессор
В.И. Стародубов
secretary@cniiorgzdrav.mednet.ru
(095) 218-07-92

Зам. главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Ответственный секретарь:

Л.А.Цветкова

Отдел подписки и распространения:

idmz@cniiorgzdrav.mednet.ru
(095) 218-07-92

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
Л.А.Михалевич
Корректор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать» – 82614
Объединенный каталог
«Пресса России» – 15153
Российский медицинский
каталог – КМ 3475

Отпечатано в типографии «АРКО»
Заказ № 5

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Глоссарий «МЗ»**Основные термины менеджмента****43****Консультирует «МЗ»****Монополис****44-47****Обратная связь****Отвечаем на ваши вопросы****48-49****Среда профессионального общения****Медицинские ассоциации****50-52****Программы для руководителей****МВА: «Управление медицинским бизнесом»****53-55****Больница XXI век****Системы контроля доступа в помещении****58-62****Кофе-брейк****Медицинские новости****63-64****Для корпоративных****баз данных****65-78****О подписке****79****Как стать нашим автором****80**



В.И.СТАРОДУБОВ,

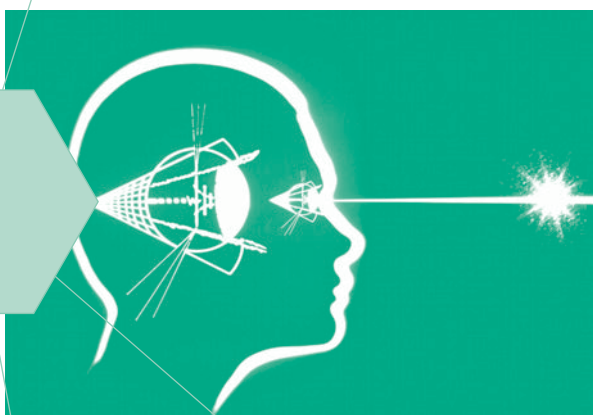
профессор, член-корр. РАМН, Центральный научно-исследовательский институт организации информатизации здравоохранения МЗ РФ

А.В.ТИХОМИРОВ,

адвокат, член Московской областной коллегии адвокатов, врач

ПЕРСПЕКТИВЫ

СУЩЕСТВОВАНИЯ



Сложившийся организационный уклад сохранился в здравоохранении с прежних времен. До настоящего времени здравоохранение ассоциируется со структурой нисходящего управления учреждениями здравоохранения. По нашим данным, 95% организаторов здравоохранения считают, что такое управление носит характер административного подчинения. Учреждениями здравоохранения признаются организации практического звена здравоохранения: больницы, поликлиники и т.д.

Однако такие организации являются учреждениями здравоохранения не потому, что составляют практическое звено здравоохранения, а потому, что наделяются соответствующей организационно-правовой формой юридического лица. Той же формой учреждения обладают и органы управ-

ления здравоохранением. Такой формой тех и других наделяет государство. Учреждения здравоохранения в качестве юридических лиц подлежат государственной регистрации в налоговых органах и действуют на основании своих уставов. Органы управления здравоохранением действуют на основании положений, утверждаемых в соответствии с законом.

И учреждения здравоохранения, и органы управления здравоохранением в качестве учреждений основаны на имуществе государственной и муниципальной принадлежности. По нашим данным, лишь 12% организаторов здравоохранения придают значение форме юридического лица учреждений в здравоохранении. О юридической стороне имущественного устройства учреждений они имеют смутное представление. Юридические различия между органами управления здравоохранением и учреждениями здравоохранения ими не рассматриваются.

То, что те и другие осуществляют деятельность в социальной сфере, никак не влияет на их правовое положение, имущественное устройство и обстоятельство их имущественной принадлежности.

Источники финансирования здравоохранения также не являются определяющими положение и имущественное устройство органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения. Однако результаты деятельности тех и других имеют характер имущественных последствий для собственника – государства и муниципальных образований. В настоящее время здравоохранение не может похвалиться эффективностью испол-

© В.И.Стародубов, А.В.Тихомиров 2004 г.



УЧРЕЖДЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

зования имущества. Это не оправдывается даже социальной значимостью здравоохранения. Если прежде реформирование здравоохранения в основном было делом самого здравоохранения, то сейчас это стало делом собственника. Во многом в этом повинно само здравоохранение.

Следует признать, что если бы здравоохранение своевременно адаптировалось к изменившимся социально-экономическим условиям, перешло бы к эффективному управлению имуществом собственника, привело бы свой уклад в соответствие с законом, то проблем было бы гораздо меньше. Но в здравоохранении сохранилось управление, пригодное для предшествующего времени и не соответствующее сложившимся реалиям. Оказались неучтенными произошедшие в стране изменения. Приводим основные из них:

Во-первых, финансирование здравоохранения перестало быть макроэкономической категорией, как только изменилась правовая доктрина, оформилось понятие юридического лица в форме учреждения, появилось бюджетное законодательство. В бюджетном процессе распределение средств приобрело субъектно-адресный характер.

В учреждения здравоохранения стали поступать предназначенные для них, а не для отрасли в целом, бюджетные средства. Органам управления здравоохранением в этом процессе отводится роль распорядителя (главных распорядителей) бюджетных средств.

Во-вторых, финансирование учреждений здравоохранения стало происходить не только из бюджета, но и из внебюджетных источников. Если на

бюджетном финансировании состоят и органы управления здравоохранением в качестве учреждений, и учреждения здравоохранения, то из внебюджетных источников получили возможность финансирования только учреждения здравоохранения. Государственным и муниципальным органам такая возможность запрещена законом.

В-третьих, деятельность органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения обрела существенные различия. Если результаты деятельности органов управления здравоохранением не имеют товарной формы, то результаты деятельности учреждений здравоохранения получили значение товара (медицинской услуги). Тем самым сфера хозяйствования отграничилась от сферы государственного и муниципального управления в здравоохранении.

В-четвертых, возросло и продолжает возрастать значение имущественных последствий управления в здравоохранении. Несоответствие содержания управления характеру деятельности подчиняемых управлению учреждений здравоохранения проявляется убытками для собственника. Становится возможным определить цену управления в имущественном выражении и вклад в наступившие для собственника последствия равно учреждений здравоохранения и органов управления здравоохранением.

В-пятых, здравоохранение оказалось в зоне действия права. Ведомственное нормотворчество и механизм управления приобрели правовые последствия. Акты государственных и муниципальных органов, если они осуществляются в пренеб-





режении к закону, и подсудны, и чреватые последствиями как для этих органов, так и для исполняющих их указания на основе подобных актов.

В таких условиях здравоохранение поставлено перед перспективой разгосударствления. Правительство Российской Федерации рассматривает целый пакет посвященных этому предложений. Суть этих предложений вкратце: устранить бремя непродуктивного содержания социальной сферы в интересах собственника. Предлагается провести реорганизацию учреждений социальной сферы, а оставшиеся учреждения подчинить жесткому имущественному нормированию и администрированию в ведении распорядителей бюджетных средств.

С этих позиций проблема усматривается в том, что характеру деятельности учреждений социальной сферы не соответствуют организационно-правовая форма и право на имущество.

Последствия такой реформы здравоохранения нетрудно предвидеть.

Во-первых, возникшие в результате реорганизации преимущества учреждений здравоохранения окажутся в конкурентной среде свободного экономического оборота, опыта нахождения в которой не имеют.

Во-вторых, управленческие кадры, выпестованные здравоохранением, как и избыточный вспомогательный и основной персонал, в других структурах ждет быстрое увольнение за профнепригодностью для работы в условиях конкуренции.

В-третьих, разгосударствление повлечет значительное сокращение массы имущества здравоохранения, а, следовательно, и существенное сокращение должностных единиц органов управления здравоохранением.

В-четвертых, оставшиеся на содержании бюджета учреждения здравоохранения будут лишены каких-либо распорядительных функций, став исполнительным придатком распорядителя (главного распорядителя) бюджетных средств.

Тем самым здравоохранение фактически будет сведено лишь к значению элемента бюджетной сферы. Поступить таким образом – право собственника. Поэтому, пока это предвидение не обернулось реальностью, здравоохранению надлежит выдвинуть альтернативу, следующую интересам

собственника и более эффективную, чем приведенные предложения. Поступления в учреждения здравоохранения из внебюджетных источников являются происходящими из отношений товарообмена. Такие поступления представляют собой имущество воспроизводства. Это имущество поступает в учреждения здравоохранения в качестве платы за медицинские услуги.

Плата за медицинские услуги для учреждений здравоохранения представляет собой доходы вне зависимости от того, кто является плательщиком. Плательщиком являются и страховщики в системе ОМС. Несмотря на это, в здравоохранении сложилось разделение «платных» и оказываемых в системе ОМС медицинских услуг. Плату за последние существующая практика учета и управления отождествляет с поступлениями в учреждения здравоохранения по смете от собственника, а доходами признаются лишь поступления от оказания «платных» медицинских услуг.

Между тем поступления в учреждения здравоохранения по смете от собственника составляют имущество потребления. Результаты деятельности учреждений по смете собственника не имеют товарной формы. В отношениях с собственником учреждения здравоохранения не оказывают медицинских услуг. В них не происходит ценообразования и не производится плата за медицинские услуги. Несмотря на это, происходит отождествление сметы собственника и сметы доходов и расходов учреждений здравоохранения. Существующая практика учета и управления на имущество воспроизводства учреждений здравоохранения переносит требования к имуществу потребления.

И это притом, что вопреки действующим установлениям закона о самостоятельности учреждений в распоряжении имуществом воспроизводства распоряжение им подвергается жесткому нормированию со стороны государственных и муниципальных органов, а также фондов ОМС. Неслучайно поэтому рассматриваемые предложения основываются на необходимости сокращения имущества потребления в социальной сфере и выведения имущества воспроизводства за пределы бюджетной сферы.

Для здравоохранения же изменение содержания управления стало способом выживания. По-



этому альтернативой названным предложениям является необходимость сокращения имущества потребления и расширения имущества воспроизводства в здравоохранении. Только тогда, когда собственнику содержание здравоохранения будет обходиться дешево, а количество имущества в здравоохранении будет расти, отпадут основания для радикальных мер его имущественного переустройства со стороны собственника.

Нами предлагаются для решения следующие задачи:

1. Сделать реально центральной фигурой здравоохранения учреждение здравоохранения. Остальные ресурсы здравоохранения, материальные и управленческие, подчинить задачам имущественной эффективности деятельности учреждений здравоохранения.

Под имущественной эффективностью деятельности учреждений здравоохранения мы понимаем воспроизводство принадлежащего им имущества, находящегося в собственности государства и муниципальных образований.

2. Сделать реально центральной фигурой учреждений здравоохранения фигуру главного врача. Достигается это всего лишь тем, что предоставленная законом учреждениям самостоятельность осуществления доходной деятельности и распоряжения доходами от этой деятельности сосредоточивается на фигуре главного врача и признается государственными и муниципальными органами, всемерно поддерживается органами управления здравоохранением и защищается законом.

Эти задачи мы предлагаем решать следующими путями. Прежде всего необходимо хозяйственно-правовое обучение организаторов здравоохранения. Нужны не столько документы о прохождении такого обучения, сколько реальные прикладные знания. Необходимо изменение характера и структуры управления учреждениями здравоохранения со стороны органов управления здравоохранением.

Административное управление посредством номенклатурного отнесения должности руководителей учреждений здравоохранения к должностям органов управления здравоохранением должно быть постепенно изжито.

Мера хозяйственной самостоятельности исполнительного органа учреждений здравоохранения должна соответствовать мере ответственности за результаты хозяйствования. Это должна обеспечивать контрактная система замещения должности главного врача. Однако и учреждение здравоохранения, и руководящий им главный врач должны обладать защитой в осуществлении хозяйственной самостоятельности.

Смета доходов и расходов должна стать инструментом оценки имущественной эффективности деятельности учреждений здравоохранения, позволяя заменить юридически непродуктивную номенклатуру учреждений здравоохранения на их классификацию в зависимости от структуры сметы доходов и расходов. При этом показателем такой эффективности должна служить не только статика (сумма остатка), но и динамика (сумма оборота) доходов и расходов. По единому алгоритму имущественной направленности деятельности учреждений здравоохранения должна действовать вся отрасль здравоохранения.

Поскольку единственным доступным фактором объединения здравоохранения в отрасль является имущественная принадлежность учреждений здравоохранения, постольку участие в имуществе учреждений здравоохранения одновременно Российской Федерации, субъекта Российской Федерации и муниципального образования позволит восстановить отраслевой характер здравоохранения.

Следует обратить внимание на то, что все сказанное выше не вступает в противоречие с Основным законом страны (Конституцией) и действующим законодательством. Предоставление гражданам бесплатной медицинской помощи – это вопрос оплаты оказываемых им медицинских услуг по реальным, обеспечивающим имущественную эффективность деятельности учреждений здравоохранения ценам теми платежными институтами, которые для этого существуют.

В заключение необходимо отметить, что только юридически проверенный механизм управления имуществом в здравоохранении способен обеспечить перспективу существования отрасли и действующих в ней государственных и муниципальных органов и учреждений здравоохранения.



Н.Ф.ГЕРАСИМЕНКО,

академик РАМН, профессор, заведующий кафедрой основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М.Сеченова

О.Ю.АЛЕКСАНДРОВА,

д.м.н., профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М.Сеченова

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: состояние вопроса, проблемы и перспективы

В эпоху построения рыночной экономики особо остро встает вопрос о развитии правовой базы отношений в сфере охраны здоровья граждан, в том числе в области оказания медицинской помощи. Важнейшие функции государства: определение приоритетов в сфере охраны здоровья, формирование правовых норм по регулированию отношений в области здравоохранения и созданию юридических гарантий нормального

функционирования каждого субъекта данных социальных отношений.

Правовое регулирование в сфере охраны здоровья подразумевает построение четкой правовой вертикали с формированием системы нормативно-правовых актов, базирующейся на их юридической силе (рис. 1).

Законы РФ являются высшим императивным выражением и воплощением государственной воли российского общества. Этим обусловлена их высшая юридическая сила по сравнению со всеми другими актами. Все последующие нормативно-правовые акты государства издаются на основе, в соответствии и во исполнение законов, то есть имеют подзаконный характер. Нормативные правовые акты федеральных органов исполнительной власти должны основываться на нормах Конституции РФ и федерального законодательства. Согласно Конституции РФ, здравоохранение относится к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

В условиях правового государства реализация государственной политики в области здравоохранения возможна лишь посредством разработки и принятия законодательных актов как федерального уровня, так и субъектов Российской Федерации. Согласно ч. 2 ст. 76 Конституции РФ, на федеральном уровне по предметам совместного ведения издаются федеральные законы, в соответствии с которыми субъектами Федерации принимаются законы и иные нормативные правовые акты (НПА), например, правовые акты органов исполнительной

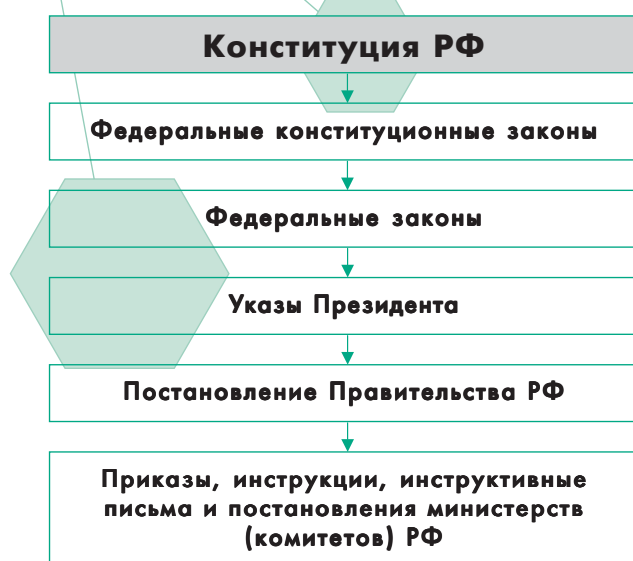


Рис. 1. Иерархия нормативно-правовых актов на территории РФ

© Н.Ф.Герасименко, О.Ю.Александрова 2004 г.



власти. Последние должны соответствовать не только федеральному, но и региональному законодательству.

Следовательно, по вопросам, составляющим предмет совместного ведения РФ и ее субъектов, можно построить четкую вертикаль подчинения НПА различного уровня в зависимости от их юридической силы (рис. 2).

Единство системы государственной власти в Российской Федерации обеспечивается тем, что Конституция Российской Федерации и федеральные законы как акты федеральной государственной власти обязательны на всей территории Российской Федерации, а законы и другие нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации, принятые ими по предметам совместного ведения Федерации и ее субъектов, не должны противоречить федеральным законам.

Регулирование отношений в области здравоохранения осуществляется Конституцией РФ, Основами законодательства об охране здоровья граждан и иными федеральными законами, правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, конституциями (уставами), законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Федерации, актами органов местного самоуправления и локальными нормативными актами. При этом законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья не должны противоречить Конституции РФ, Основам законодательства об охране здоровья граждан, иным федеральным законам в сфере охраны здоровья.

Одним из наиболее негативных проявлений «параллазма суверенитетов» первой половины 90-х годов явилось нарушение границ компетенции региональной власти. В субъектах РФ получили распространение законы, игнорирующие требования Конституции РФ и выводящие законодательство о здравоохранении отдельных территорий за пределы единой государственной системы.

В принятых субъектами Российской Федерации законах не всегда четко разграничиваются сферы собственно федерального, совместного и исключительного законодательного регулирования субъектов Российской Федерации. Только в нескольких принятых законах субъектов Российской Федерации осу-

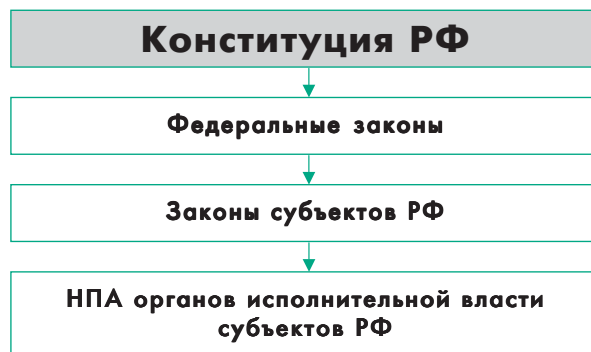


Рис. 2. Правовое регулирование предметов совместного ведения РФ и субъектов РФ

ществлено разграничение полномочий в области здравоохранения между субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления. К наиболее печальным моментам можно отнести тот факт, что в некоторых законах субъектов Российской Федерации совершенно отсутствует правовое регулирование именно региональных особенностей и региональных условий.

В настоящее время в субъектах Российской Федерации принято около 250 законов и других нормативных правовых актов в области здравоохранения. Однако на региональном уровне пока остается недопонимание тех возможностей в части законодательного регулирования, которые предоставила субъектам Российской Федерации Конституция Российской Федерации. В настоящий момент в 33 субъектах Российской Федерации законодательные акты в области здравоохранения не были приняты, а в семи из них не разработаны даже проекты.

Слабая законотворческая инициатива субъектов РФ связана с ожиданием формирования необходимой правовой базы на федеральном уровне. Вместе с тем процедура принятия федеральных законов характеризуется трудностями прохождения, длительностью рассмотрения. Многие необходимые законопроекты, например, о здравоохранении, о регулировании частной медицинской деятельности, не один год находятся на разных стадиях законотворческого процесса. Принятие законов субъектов Федерации по многим животрепещущим для здравоохранения регионов вопросам, не противо-





речащих федеральному законодательству и не дублирующих его, позволило бы заполнить правовые пробелы и решить многие правовые проблемы при оказании медицинской помощи в субъектах Федерации.

Неизбежно возникает вопрос о координации законотворческой работы на обоих уровнях. К сожалению, этот вопрос не решен организационно, законотворчество в субъектах Российской Федерации находится пока «в свободном плавании» и только служит объектом критики. Согласованная политика федерального центра и субъектов Федерации при формировании законодательства в сфере охраны здоровья – гарантия того, что принятые зако-

ны не будут носить декларативный характер, а реально регулировать общественные отношения.

На сегодняшний день имеется еще одна проблема при формировании нормативно-правовой базы здравоохранения в субъектах РФ. Нормативные акты федеральных органов исполнительной власти основываются на нормах Конституции РФ и федерального законодательства и не обязаны ориентироваться на законодательные акты субъектов Федерации.

Однако никаких требований о необходимости соответствия законов субъектов РФ в сфере здравоохранения нормативным правовым актам федеральных органов исполнительной власти ни Конституцией РФ, ни федеральным законодательством не установлено (рис. 3).

В свою очередь органы исполнительной власти субъектов Федерации по вопросам совместного ведения должны руководствоваться как законами субъектов РФ, так и НПА федеральных органов исполнительной власти (ч. 2 ст. 77 Конституции РФ). Наличие двух относительно независимых источников правового регулирования, которые не всегда соответствуют друг другу, может приводить к правовым коллизиям и необходимости выбора более приоритетного НПА (рис. 4).

Основным методом предотвращения подобных ситуаций является полное и четкое разграничение полномочий федеральных и региональных органов власти, которое означает, что часть вопросов предмета совместного ведения определяется как компетенция РФ, другая же часть – как компетенция субъектов РФ.

Таким образом, на сегодняшний день главная задача состоит в том, чтобы создать необходимую правовую основу для координации законотворческой работы субъектов Российской Федерации, полно и четко разграничить полномочия федеральных и региональных органов власти по вопросам здравоохранения как предмета совместного ведения, построить четкую правовую вертикаль с формированием в сфере охраны здоровья системы нормативно-правовых актов, базирующейся на их юридической силе.

Основу этого процесса составляет согласованная политика федерального центра и субъектов РФ в сфере медицинского законотворчества.



Рис. 3. Правовое регулирование вопросов здравоохранения (часть схемы)

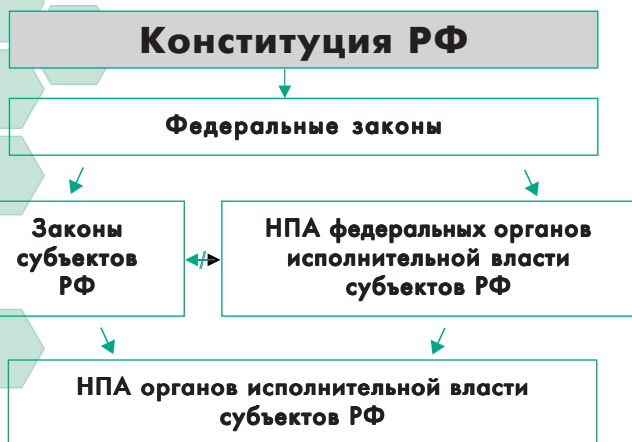


Рис. 4. Схема правового регулирования вопросов здравоохранения



Ф.Н.КАДЫРОВ,

д.э.н., профессор Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

ПРОБЛЕМЫ УЧАСТИЯ ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

В последние годы к числу широко обсуждаемых тем относится развитие предпринимательской деятельности бюджетных медицинских учреждений, поиск рациональных форм оказания платных медицинских услуг и другие связанные с эти проблемы.

Между тем обратной ситуации – возможности оказания частными медицинскими организациями бесплатной для населения помощи, внимания практически не уделяется.

Создание рационального организационного и экономического механизма участия частных медицинских организаций в решении задач общественного здравоохранения – проблема достаточно сложная. И в должной мере никто ею пока не занимался. Возможны два основных варианта участия частных медицинских организаций в реализации территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью:

- ♦ участие в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (ОМС);
- ♦ работа по системе госзаказа.

Рассмотрим вкратце эти варианты.

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

Наиболее подходящей формой участия частных организаций в бесплатном медицинском об-

служивании жителей региона, в котором они находятся, является их интеграция в систему обязательного медицинского страхования. Ныне действующее законодательство допускает это. Так в соответствии со ст. 20 закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности. Ст. 2 указанного закона допускает участие в оказании медицинской помощи в рамках ОМС не только юридических лиц (т.е. организаций), но также физических лиц, осуществляющих медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Это положение подтверждается и в Постановлении Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. № 1096 «Об утверждении программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью». В частности, в Постановлении сказано: «В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации (далее именуется – базовая программа) предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь в учреждениях здравоохранения независимо от их организационно-правовой формы».

Тем не менее частные организации крайне слабо представлены в системе ОМС. Низок как удельный вес частных медицинских организаций в общем числе медицинских учреждений, рабо-





тающих в системе ОМС, так и удельный вес частных медицинских организаций (от общего их числа), оказывающих бесплатную медицинскую помощь по программе ОМС. В настоящее время лишь около 4 % негосударственных медицинских организаций осуществляют деятельность по реализации территориальных программ ОМС.

Это связано, во-первых, с тем, что негосударственные медицинские организации чаще всего рассматривают работу в системе ОМС как неэффективное направление своей деятельности. А во-вторых, с тем, что для негосударственных медицинских организаций существуют большие сложности в получении возможности работать в системе ОМС.

Различия в экономических условиях, в которых функционируют бюджетные и частные медицинские организации, ведут к тому, что работа в системе ОМС не только не выгодна, но и откровенно убыточна для частных медицинских организаций. Это обусловлено в первую очередь различиями в структуре затрат. Как правило, в тарифы по ОМС входит только часть статей (оплата труда с начислениями, медикаменты, продукты питания и мягкий инвентарь). Остальные статьи напрямую финансируются из бюджета. Поскольку частные медицинские организации не могут получать бюджетное финансирование для возмещения остающихся статей (по крайней мере, в настоящее время отсутствует механизм такого финансирования), то они вынуждены покрывать недостаток финансирования за свой счет.

В несколько более лучшем положении оказываются частные медицинские организации, расположенные в регионах, где в тарифы входят не только указанные статьи, но и коммунальные и прочие расходы, как, например, это имеет место в Санкт-Петербурге. Однако и здесь в тарифы входят не все затраты (не включены затраты на приобретение оборудования, на капитальный ремонт).

Кроме того, государственные (муниципальные) ЛПУ, в отличие от частных организаций, обычно не платят за используемые помещения и т.д. Все это в итоге ведет к тому, что частные М.О не в состоянии работать по общепринятым та-

рифам по ОМС, эти тарифы объективно оказываются для них заниженными. Неслучайно частные медицинские организации не рвутся работать в системе ОМС даже при отсутствии формальных ограничений. Те же немногочисленные случаи участия частных М.О в реализации территориальных программ ОМС обусловлены в основном косвенной выгодой, которую получают эти учреждения от бесплатного обслуживания пациентов по программе ОМС. Эти выгоды обычно сводятся к следующему:

• возможность предлагать пациентам, получающим в этой организации бесплатную помощь в рамках ОМС (как правило, в ограниченном объеме по отдельным видам услуг, например, амбулаторный прием), дополнительные услуги, оказываемые на платной основе (сверх программы ОМС). Причем это могут быть как медицинские услуги, так и немедицинские, например, сервисные;

• расширение контингентов пациентов, на которые можно воздействовать как рекламными средствами, доступными при обращении пациента в учреждение (настенная реклама: стенды, фотографии и пр.; демонстрация интерьера и т.д.), так и путем непосредственного контакта с пациентами сотрудников медицинской организаций (вежливый персонал в регистратуре, что все еще редкость для бюджетных учреждений; рекомендации лечащих врачей и т.д.);

• формирование положительного имиджа организаций, как составная часть рекламной кампании и т.д.

Тем не менее, как уже отмечалось, существуют и бюрократические препоны участию негосударственных медицинских учреждений в системе ОМС. Они во многом обусловлены тем, что активное включение частных М.О в систему ОМС неизбежно поставило бы вопрос о сокращении мощностей государственных (муниципальных) медицинских организаций (которые и без того во многих случаях избыточны). А это уже вопрос не только экономический, но и социальный, и политический. Всем хорошо известно, как тяжело принимаются подобные решения. Имеет место и недоверие к частным медицинским организациям.



Поэтому медицинским организациям негосударственного сектора, изъявившим желание работать в системе ОМС, крайне сложно на практике реализовать это желание. Органы управления здравоохранением, территориальные фонды ОМС, ссылаясь на решения коллегиального органа (согласительной комиссии и т.д.), на достаточность мощностей медицинских учреждений общественного сектора и т.д., обычно отказываются включать частные медицинские организации в систему ОМС.

ГОСЗАКАЗ

Одним из путей решения проблемы привлечения частных М.О к участию в оказании бесплатной для населения медицинской помощи является введение госзаказа (муниципального заказа) для частных медицинских организаций, имеющих возможность принять участие в оказании помощи жителям территорий, на которых они располагаются. Это позволило бы использовать технологические возможности частных организаций по тем профилям и видам услуг, удовлетворить потребность в которых силами одних бюджетных учреждений является сложным или неэффективным.

Государственный, или муниципальный заказ представляет собой совокупность заключенных государственных, или муниципальных контрактов на поставку товаров, производство работ, оказание услуг за счет средств соответствующего бюджета. Порядок размещения государственных (муниципальных) контрактов (заказов) определен статьей 72 Бюджетного Кодекса РФ.

Между тем вопрос о применимости государственного (муниципального) заказа к медицинским услугам относится к одному из мало разработанных как в правовом, так и в методическом, и организационном плане. В первую очередь возникает вопрос о целесообразности самой подобной постановки вопроса. Ведь если говорить об услугах здравоохранения, предоставляемых на бесплатной для населения основе, то для этих целей соответствующими органами государственной власти (органами местного самоуправления) созданы или создаются и содержатся государ-

ственные (муниципальные) медицинские учреждения, занимающиеся предоставлением бесплатной для населения медицинской помощи.

Однако, на наш взгляд, бюджетные средства и средства государственных внебюджетных фондов (ОМС) могут быть эффективно использованы для решения этих задач и другим, не противоречащим законодательству способом: путем размещения государственных, или муниципальных заказов (контрактов) на оказание бесплатной для населения медицинской помощи между различными по принадлежности организациям здравоохранения. Это могут быть как медицинские учреждения, входящие в территориальную систему здравоохранения, так и медицинские учреждения федерального и ведомственного подчинения (клиники научно-исследовательских и учебных институтов, медсанчасти и т.д.), а также частные медицинские организации.

Условия государственных (муниципальных) контрактов для частных медицинских организаций могут формироваться на различных принципах. Учитывая, что в соответствии с Бюджетным Кодексом государственный и муниципальный контракты размещаются на конкурсной основе, было бы логичным предположить равенство условий для бюджетных и частных медицинских организаций. Однако толкование равенства не должно ограничиваться едиными условиями оплаты оказанных услуг (едиными ценами), поскольку нужно принимать в расчет различия в условиях пользования оборудованием, зданиями и т.д. Поэтому возможно использование метода оценки обоснованного уровня затрат конкретных частных М.О (за вычетом комфортности, дополнительной сервисности, сверхнормативных штатов и т.д.).

Попытаемся рассмотреть возможные выгоды государства от привлечения частных медицинских организаций для оказания бесплатной медицинской помощи населению за счет средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Прежде всего появляется возможность оперативно решить вопрос с обеспечением населения по тем видам услуг, в которых имеется неудовлетворенный спрос и который не может быть удов-





летворен бюджетными учреждениями из-за ограниченности имеющихся мощностей. При этом важно отметить, что проблема может быть решена без крупных единовременных капиталовложений на строительство новых объектов, приобретение оборудования и т.д.

Другими словами, отпадает необходимость затрат бюджета соответствующего уровня на создание (строительство и оснащение) и поддержание материально-технической базы целого ряда новых или уже существующих учреждений, предоставляющих медицинские услуги жителям данной территории. Бюджетные средства и средства государственных внебюджетных фондов (ОМС) будут направлены только на текущие расходы на оказание медицинской помощи, что выливается даже в масштабах отдельных муниципальных образований в серьезную экономию.

Участие негосударственных медицинских организаций может представлять интерес и с точки зрения локальных вопросов эффективности. Например, нет необходимости покупать для бюджетных учреждений сложное дорогостоящее оборудование ради выполнения ограниченного объема работ, если подобное оборудование есть у расположенных на данной территории частных М.О. Покупка услуг частных организаций в этом случае будет оправданным шагом, обеспечивающим более эффективное использование ограниченных финансовых ресурсов здравоохранения.

Целесообразна покупка услуг частных учреждений и в тех случаях, когда они по тем или иным причинам имеют приоритет по сравнению с бюджетными учреждениями (например, с точки зре-

ния квалификации кадров, необходимых для выполнения сложных оперативных вмешательств или манипуляций, и т.д.).

Привлечение частных учреждений на условиях государственного (муниципального) контракта в целом ряде случаев позволит обеспечить более строгий контроль за объемами бесплатной медицинской помощи. Ведь невыполнение плановых заданий при получении полного объема финансирования ничем не угрожает бюджетным учреждениям. Государственный же и муниципальный контракты, заключаемые с частными учреждениями, должны включать обязательное условие о выплате неустойки при нарушении исполнителем условий контракта.

Безусловно, участие частных М.О. в оказании бесплатной медицинской помощи населению невозможно без наличия их заинтересованности в этом. Выше уже указывались косвенные выгоды от участия частных учреждений в системе ОМС. Добавим к ним такие, как более рациональное использование ресурсов частных учреждений (помещений, оборудования, кадров), а также повышение квалификации персонала за счет увеличения потоков пациентов (по сути дела – постоянного бесплатного тренинга).

В заключение отметим, что нахождение оптимальных вариантов участия частных медицинских учреждений в реализации территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью будет способствовать развитию как общественного, так и частного сектора здравоохранения и в конечном счете повышению эффективности функционирования отрасли в целом.



ЛИТЕРАТУРА

Тэгай Н.Д., Сайтгареева А.А. Некоторые аспекты деятельности государственных и негосударственных медицинских учреждений в реализации территориальных программ ОМС//Здравоохранение. – 2002. – № 9. – С.53–56.



В.И. СТАРОДУБОВ,

профессор, член-корр. РАМН, ЦНИИ организации информатизации здравоохранения МЗ РФ

А.В. КИРИЛЛОВ,

к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения

СПбГМУ им. академика И.П.Павлова

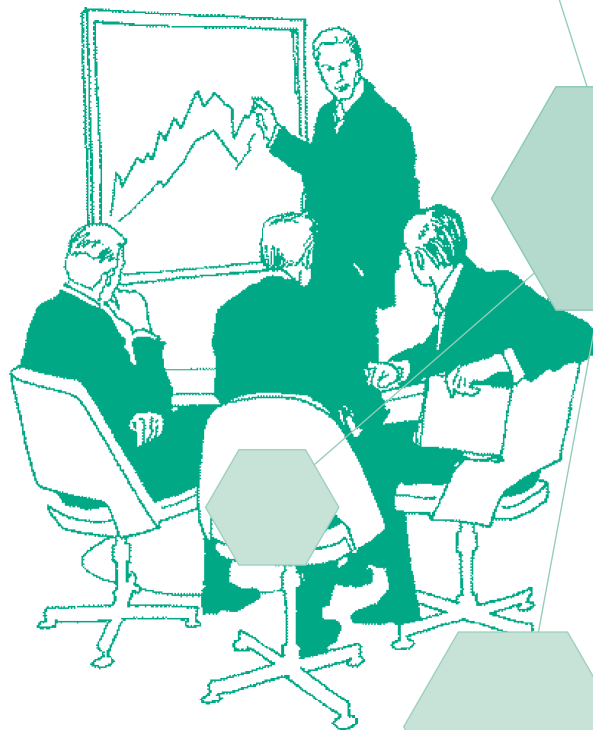
МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ: современные проблемы его организации и подготовки кадров

Сегодня даже самые заядлые скептики отмечают, что последние годы в России стали периодом определенной стабилизации социально-экономической обстановки, в том числе и в здравоохранении. Появление новых медицинских фирм и организаций, желающих заявить о себе, донести до потребителя информацию о своей продукции и услугах, наглядно демонстрирует, что в стране исчез тотальный дефицит медицинских услуг, лекарственных средств и медицинской техники, формируется рынок охраны здоровья как эффективный инструмент перераспределения ресурсов и выбраковывания некачественных медицинских товаров и услуг, а как следствие, и плохих игроков на нем.

В крупных городах формируется конкурентная среда, которая вынуждает производителей особо тщательно изучать потребности своих покупателей для того, чтобы создавать конкурентные преимущества – те уникальные, особенные черты своей организации, которые бы выгодно отличали ее от других подобных.

Наконец, активно используются инструменты маркетинга, такие как реклама, стимулирование продаж, связи с общественностью и прочие. Таким образом, можно констатировать, что в России в секторе здравоохранения формируются общемировые тенденции, характерные для переходного периода.

В интересах сохранения уже достигнутого и выработки стратегического направления даль-



© В.И.Стародубов, А.В.Кириллов 2004 г.



нейшего реформирования здравоохранения в целом стоит острая необходимость определить круг целей и задач, решение которых приведет к созданию цивилизованной системы охраны здоровья для всех категорий граждан нашей страны. Именно этим вопросам был посвящен доклад Министра здравоохранения Ю.Л.Шевченко «Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на период до 2010 года», в котором среди ключевых направлений был выделен менеджмент здравоохранения. «Увлеченность реформированием отодвинула на второй план такие вопросы управления, как планирование, контроль, исполнительская дисциплина, подготовка кадров», — сказал министр.

Действительно сегодняшнему здравоохранению требуется срочно разработать и внедрить программу интеллектуализации самой системы и развития творческих способностей медицинских работников. Причем расходы на подготовку кадров следует рассматривать как долгосрочные и весьма перспективные инвестиции. Непрерывное образование должно являться частью процесса труда. Способность учиться становится все более важным качеством, даже более важным, нежели практический опыт, который (к сожалению!) быстро устаревает. Таким образом, сегодня на первый план выдвигается задача системной подготовки и переподготовки руководящих кадров и формирования кадрового резерва.

Однако те же скептики, не отрицая идеи интеллектуализации врачебного персонала, сводят ее к совершенствованию в узкопрофессиональной сфере, приводя в качестве примера системы здравоохранения развитых стран, в которых лечебная деятельность отделена от административной и управленческой. Вопросами менеджмента и маркетинга, например, в здравоохранении США занимаются специалисты по ведению бизнеса, не обремененные, как правило, медицинским образованием. Однако в России — стране, самой обеспеченной врачами, вопросы менеджмента находят также в их компетенции. Вооруженные давно позабытыми за невостребованностью знаниями по организации

советского здравоохранения, хорошие врачи-специалисты выдвигаются на руководящие должности, в лучшем случае пройдя краткосрочные курсы по подготовке руководителей. В результате медицинское учреждение часто теряет хорошего врача-клинициста, а приобретает мало-профессионального менеджера, который, возможно, обучаясь на рабочем месте, со временем станет профессионалом. А вдруг не станет? Тогда перед высшим руководством возникнет задача поиска нового менеджера либо внутри, либо вне организации.

Не обладающие необходимыми профессиональными знаниями и навыками по ведению бизнеса, вчерашние хирурги и терапевты, гинекологи и стоматологи с головой бросаются в пучину медицинского рынка, без предварительного изучения которого невозможно добиться сколько-нибудь позитивных результатов. В итоге есть отремонтированные комфортные палаты, есть дополнительные сервисные услуги, напечатаны красочные буклеты, периодически появляется реклама в различных изданиях, нет лишь одного — стабильного потока пациентов, готовых оплачивать услуги конкретного медицинского учреждения. Усугубляет положение резкий рост внутриорганизационной теневой конкуренции. Практикующие врачи, не удовлетворенные организацией работы в учреждении и своими официальными доходами, начинают «договариваться» с пациентом о более низкой оплате медицинских услуг по принципу «из рук в руки». В результате «спасательный круг» платных медицинских услуг учреждения сдувается, сокращается размер премиальных выплат, лучшие сотрудники начинают подыскивать новые места работы, а руководство — сетовать на затянувшуюся реформу здравоохранения.

Нарисованная ситуация, к счастью, имеет место не во всех медицинских учреждениях страны. Многие передовые медицинские клиники вовремя осознали необходимость обучения своих руководящих кадров искусству ведения высокоэффективного бизнеса и благодаря этому добились значительных успехов и в повседневной деятельности, и в деле оказания платных медицинских услуг, и в оптимизации численности персо-



нала, и, наконец, в формировании положительного имиджа своей организации. К примеру, несмотря на разграничение врачебной и управленческой деятельности в клиниках США, медицинские университеты в обязательном порядке вводят в программу обучения на последних курсах «Менеджмент и маркетинг», так как частнопрактикующие врачи и небольшие частные медицинские фирмы, чтобы сэкономить на издержках на этапе становления своего бизнеса, занимаются вопросами управления самостоятельно. Правовые основы бизнеса, микро- и макроэкономика, финансовый и стратегический менеджмент, управление персоналом, маркетинг, анализ рынка, отрасли и конкурентов, логистика и аудит – вот далеко не полный перечень вопросов, которым уделяют свое внимание американские студенты, чтобы в будущем уверенно держать курс в бурных и изменчивых водах рынка медицинских услуг.

Многие медицинские ВУЗы нашей страны также стали предлагать в рамках додипломного и особенно последипломного обучения программы по основам менеджмента и маркетинга. Среди таких новаторов следует назвать лидеров в области медицинского образования России – ММА им. И.М.Сеченова и СПбГМУ им. академика И.П.Павлова. Однако сегодня требования по профессиональной подготовке и переподготовке менеджеров здравоохранения ужесточаются. Одни только научные знания и преподавательский опыт оказываются явно недостаточными. Нужен еще личный опыт работы преподавателей в медицинском бизнесе, необходимо знание практики здравоохранения с позиций самого менеджера.

К сожалению, практического опыта ведения высокоэффективного медицинского бизнеса на рынке образовательных услуг сегодня не может предложить ни один из медицинских ВУЗов страны. Сегодня практический опыт из локального, привязанного к конкретному рынку, становится понятием интернациональным. Бенчмаркинг – «искусство подглядывать», заимствовать новинки и оригинальные решения в области управления и маркетинга у успешных компаний, работающих на иных, не связанных с охраной здо-

ровья рынках, является наиболее популярной дисциплиной в цивилизованных странах наряду с менеджментом. Могут ли наши медицинские ВУЗы позволить себе приглашать менеджеров, работающих на известных предприятиях и организациях, с тем, чтобы обогатить свои программы новыми практическими знаниями? Наверное, нет, ибо, во-первых, это затратно, а во-вторых, до сих пор еще очень живуч стереотип, что медицина – это не бизнес, а общественное благо с учетом всеобщего охвата, к которому совершенно неприменимы инструменты классического рынка потребительских товаров.

Наряду с недостаточной практической проработкой различных вопросов в области ведения медицинского бизнеса, несовершенством нормативно-правовой базы, других организационных вопросов, учебные программы медицинских ВУЗов грешат полным отсутствием психологических тренингов по развитию лидерских, предпринимательских качеств у будущих менеджеров. А ведь по традиционным законам макроэкономики, предпринимательский талант является таким же редким и ценным ресурсом, как нефть, газ, золото и другие полезные ископаемые, которые являются основой благосостояния любого государства и требуют тщательного изучения и бережного к себе отношения.

В новых экономических условиях проблема эффективного управления ресурсами является одной из наиболее актуальных в системе здравоохранения России. В решении этого вопроса важную роль играют руководители медицинских учреждений (или его структурных подразделений), работники органов управления здравоохранением, менеджеры страховых медицинских компаний и территориальных фондов обязательного медицинского страхования – все те, кто непосредственно участвует в управлении кадровыми и материальными ресурсами здравоохранения.

По оценкам экспертов, в нашей стране почти две трети руководителей здравоохранения различного уровня не имеют специального образования по организации здравоохранения и основам менеджмента. Назначение на должность руководителя учреждения практикующего вра-





ча, отсутствие базовой специальной подготовки по менеджменту у главных врачей, их многолетний опыт работы, построенный на авторитарных, командно-административных принципах руководства, не позволяют таким руководителям «успевать» за происходящими переменами, тормозят внедрение новых методов управления сферой здравоохранения.

В то время как на современном этапе динамичного развития общества и системы здравоохранения руководитель медицинского учреждения должен не только умело руководить финансовыми потоками, но и уметь вести переговоры, судебные дела, расширять общественные связи, строить планы на ближайшее будущее, принимать комплексные решения и добиваться их выполнения, поддерживать связи с соответствующими органами управления, лицензирования, государственными и частными предприятиями и т.д. Вся эта деятельность требует появления руководителя нового типа, так как управление производственно-хозяйственными системами на современном этапе является вопросом не только административной и правовой деятельности, но и главным образом вопросом комплексной управленческой деятельности, к которой предъявляются как высокие технические требования, так и требования творческого и психологического плана.

Возрастающая технологическая ориентированность общества и его социальное усложнение требуют от руководителей умения эффективно овладевать неблагоприятной ситуацией, обладать чувством предвидения и добиваться более высокой эффективности при меньших ресурсных затратах.

Опираясь на знания прошлого, настоящего и общих тенденций развития общества, руководитель должен ясно представлять, что может произойти в будущем. Таким образом, настоящий руководитель учреждения здравоохранения, по нашему мнению, должен обладать такими необходимыми качествами, как:

- ♦ системность мышления – способность к анализу и синтезу сложных структур и процессов;
- ♦ способность воспринимать организацию в динамике, с учетом всего многообразия пере-

менных факторов и воздействий внешней среды;

- ♦ умение сплотить команду, коллектив, внушить людям доверие и вдохновить их, поставить перед ними большую цель и мотивировать их;
- ♦ способность построить систему делегирования ответственности и полномочий.

Кроме того, современный руководитель медицинского учреждения должен уметь взаимодействовать с широким социальным спектром, иметь высокую психологическую подвижность и ярко выраженную социальную ориентацию.

С целью формирования перечисленных навыков и компетенций у менеджеров высшего и среднего звена медицинских учреждений, обучения их современным методикам, технологиям и процедурам управления в ноябре прошлого года на рынке образовательных услуг Санкт-Петербурга была предложена новая специализированная программа профессиональной переподготовки «Менеджмент в здравоохранении». К его созданию была привлечена Высшая экономическая школа (ВЭШ) Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов – одна из ведущих бизнес-школ России. ВЭШ, наряду с предметным изложением наиболее современных концепций управления, использует широкое привлечение специалистов-практиков, непосредственно участвующих в жизни города и страны, что позволяет придать получаемому образованию не только концептуальную ориентированность, но и профессиональную окраску.

В здравоохранении, подобно любой созидательной деятельности человека, может быть выделено две стороны. Одна – профессиональная, которая составляет ее содержательный аспект, ибо нет такой сферы применения способностей человека, которая не требовала бы наличия определенных профессиональных навыков. Другая сторона – экономическая. Она представлена некоей хозяйственной формой, в ограниченных ресурсных рамках которой осуществляется профессиональная деятельность.

Сегодня экономические знания организаторов здравоохранения, руководителей медицинских учреждений любого уровня, практических врачей всех специальностей должны быть в выс-



шей степени профессиональными. Трудности, которые испытывают главные врачи медицинских учреждений, связаны с отсутствием профильной подготовки по экономике, что не позволяет вдумчиво и умело использовать рыночные механизмы хозяйствования, к числу которых относятся законы спроса и предложения, теория поведения потребителей, законы экономии на издержках, способы оптимизации ресурсов и, конечно же, основные виды конкурентной борьбы.

Для того, чтобы сгладить эти противоречивые стороны в своей деятельности, по мнению профессора В.З. Кучеренко, заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, менеджеры здравоохранения должны проходить системную подготовку по экономике под руководством специалистов с базовым финансово-экономическим образованием, а только затем получать специализацию по экономике здравоохранения. Именно подобная последовательность и должна быть предусмотрена в учебной программе «Менеджмент в здравоохранении».

Следующий блок дисциплин для подготовки менеджеров здравоохранения должен включать прикладные экономические науки, разрабатывающие проблемы практических задач, общих для всех отраслей хозяйства. К их числу относятся такие области знаний, как управление (общий и стратегический менеджмент, управление персоналом, менеджмент информационных систем), бухгалтерский учет, финансы и кредит.

В фундаментальном Оксфордском словаре английского языка менеджмент определяется как способ, манера обращения с людьми, власть и искусство управления, особого рода умения и административные навыки. Таким образом, менеджмент – это область деятельности, которая сочетает в себе искусство и науку одновременно. Поскольку и первая, и вторая части понятия являются предметными дисциплинами, которым можно научить, а не врожденными талантами, то совершенно неудивительно, что на протяжении целого столетия создавались различные теории и школы управления, среди которых необходимо назвать управленческие идеи Фредерика

Тейлора, Франка и Лилиан Гилбретов, а также основоположников классической школы управления Анри Файоля и Макса Вебера (автора термина «бюрократия»), которые не теряют свою актуальность и в наши дни. Достаточно привести несколько примеров.

Стандарты медицинской помощи, которым уделяется сегодня столь значительное внимание всех уровней здравоохранения, представляют собой не что иное как систему научной организации труда Тейлора, построенную на следующих принципах: производство услуг должно быть разделено на составные специализированные части, каждая из которых требует научного изучения затрат времени, усилий и необходимого оборудования для достижения максимальной эффективности.

Медицинские услуги, в отличие от материальных товаров, которые производятся и распространяются через многочисленных посредников, обычно предоставляются и потребляются одновременно. Так как пациент является непосредственным участником процесса обслуживания, то на итоговый результат влияют учтивость, отзывчивость, инициативность, доброжелательность, компетентность и способность принимать решения медицинского персонала. Именно на человеческом ресурсе акцентировали внимание в своих трудах Франк и Лилиан Гилбреты, отводя чрезвычайно важную роль отбору, обучению и мотивации персонала.

Всякая медицинская организация представляет собой пирамиду, горизонтальный срез которой характеризует систему функционального разделения труда, а вертикальный – отношения власти и субординации. Иначе говоря, всякая организация строго иерархизирована.

Так вот именно Анри Файоль первым сконцентрировал свое внимание на управленческой функции в большой организации, значению которой до этого не придавалось особого внимания. Он разделил процесс управления на ряд базовых элементов: планирование, организацию, распоряжение, координацию и контроль. Более того, он сформулировал ряд управленческих принципов, которые широко используются в современном менеджменте: единона-





чание, власть и ответственность, централизация, субординация личного интереса и цели, инициатива, обдумывание и выполнение плана, дисциплина и корпоративный дух.

Таким образом, современные менеджеры, чтобы называться профессионалами, безусловно, должны знать о существовании колоссального научного арсенала управленческой мысли и уметь ориентироваться в различных научных подходах в зависимости от ситуации. Ибо подобно тому, как врачи, не сведущие в науке, превращаются в знахарей, менеджеры, пытающиеся управлять без знания теории, должны полагаться на удачу, интуицию и прошлый опыт, которые отнюдь не всегда приводят к положительному результату.

Если исторические корни общего менеджмента уходят в XIX век, то стратегический менеджмент является продуктом нашей эпохи. Его теоретические основы были разработаны в США в 1970-е годы, когда под влиянием энергетического кризиса, гиперинфляции, экономической стагнации и обострившейся конкуренции с Японией многие крупные компании не смогли адаптироваться к изменившимся условиям рынка и вынуждены были самоликвидироваться.

Однако многие высокоэффективные предприятия, среди которых немало медицинских организаций, своевременно сумели провести реформирование своего бизнеса, правильно перераспределить ресурсы и вступить в новый век в новом качестве – высокодоходных, преуспевающих компаний. В этом им помогло ориентированное на рынок стратегическое планирование, основная задача которого – выбор направлений и организация деятельности таким образом, чтобы добиться поставленных целей даже в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, негативно влияющих на бизнес.

Единой оптимальной стратегии для всех организаций здравоохранения не существует. Каждая из них, учитывая профиль деятельности, цели, возможности, навыки и ресурсы, разрабатывает собственную стратегию. Однако получение необходимых сведений о процессе целеполагания, анализе внешней и внутренней среды организации, видах и способах реализации

стратегических планов должно являться одним из важнейших блоков учебной программы подготовки менеджеров здравоохранения.

В связи с развитием принципов рыночной экономики в здравоохранении встал вопрос и о внедрении финансового менеджмента, предполагающего оптимизацию ресурсного потенциала. Роль финансовых ресурсов при этом значительно возрастает, так как это единственный вид ресурсов, который можно достаточно быстро трансформировать в другие виды ресурсов, а финансовый менеджмент как одна из ведущих функций аппарата управления приобретает одну из основных ролей в условиях рыночной экономики.

Разносторонний характер источников финансирования здравоохранения в настоящее время требует и многовариантности финансового менеджмента, в основу которого положено использование стандартных приемов управления, умение оценить конкретную финансовую ситуацию, принять адекватное управленческое решение, способное оптимально устранить возникшие проблемы. Изучению подобных вопросов так же должно уделяться существенное внимание при подготовке менеджеров.

Как отмечают специалисты из США Дж. Райс и Клилэнд К., российские реформы радикально отличаются от тех реформ, которые имели место на западе: последние не затрагивали политико-экономических основ общества, тогда как постсоветская Россия является ареной фундаментальных макроэкономических сдвигов.

На этом фоне происходит постепенное, но неуклонное осознание настоятельной необходимости внесения изменений во все сферы деятельности организаций и учреждений с целью придания им соответствия требованиям рыночной экономики. Как образно замечают авторы, перед российскими организаторами здравоохранения стоит сложная и весьма своеобразная задача: «перейти через мост в процессе его строительства, да еще в разгар землетрясения».

С тем, чтобы сделать подобную «прогулку по краю пропасти» наиболее безопасной для организации, руководитель должен правильно оценить свои силы, выбрать наилучший стиль руко-



водства, который позволил бы достичь максимального успеха в бизнесе, создать доверительные отношения в коллективе, чтобы каждый из его членов производительно трудился для достижения стратегических целей организации. По словам автора знаменитой управленческой **Теории X и Y** Дугласа МакГрегора, результаты руководства заложены в системе его осуществления и являются производной от качества его исполнения.

Стиль руководства, власть и лидерство, управление организационными конфликтами как нормой отношений между людьми и необходимым элементом производственной жизни, принципы и методы командной работы – вот далеко не полный перечень знаний, которыми должен обладать руководитель-профессионал вне зависимости от вида деятельности и формы собственности организации.

Основной целью управления медицинским персоналом в новых условиях является нахождение баланса между **задачами** конкретного лечебно-профилактического учреждения и **возможностями** его кадрового состава. Именно такой подход позволяет наиболее эффективно использовать человеческие ресурсы в здравоохранении.

С этих позиций целесообразно распространить на медицинские учреждения независимо от их организационно-правового статуса общие принципы реализации кадрового менеджмента.

Наступает время системного мышления и время команд менеджеров, совместная работа которых позволяет обрести понимание, не достижимое каждым ее членом в отдельности. Работа по созданию команды может рассматриваться как обучение сотрудников групповому поведению, которое является основой организационного поведения в современной компании.

Каждая команда как живой механизм уникальна, ибо у каждого сотрудника как у личности есть свои потребности и интересы, связанные с работой или не связанные с ней. Это те потребности, которые сложно найти, часто их не видно за задачами группы и за хорошо развитыми стереотипами поведения. Если команда не умеет учесть эти интересы и потребности, труд-

но ожидать полной отдачи от сотрудника. По-настоящему эффективная команда способна учитывать разнообразие опыта, знаний, умений и подходов к решению задач, чтобы справиться с разными сложными ситуациями, нередко возникающими в организациях, в том числе и в медицинских.

Именно поэтому изучению принципов эффективного группового и партнерского общения в практике профессиональной деятельности руководителей медицинских учреждений, развитию специальных коммуникативных навыков, практическому знакомству с правилами ведения успешной презентации и публичного выступления должно уделяться существенное внимание при подготовке менеджеров здравоохранения.

Роль маркетинга в системе управления медицинской организацией, основные факторы удовлетворения потребителя, изучение маркетинговой среды, анализ отрасли и конкурентов, сегментирование рынка, маркетинг в стратегическом планировании, управление комплексом маркетинговых коммуникаций, реклама, продвижение услуг и PR (связи с общественностью) – овладение этими дисциплинами позволит эффективному менеджеру отвести достойное место маркетингу в своей организации и выйти на уровень успешного и высокодоходного бизнеса.

В заключение следует напомнить, что эффективный руководитель несет ответственность за хорошие результаты деятельности своего учреждения перед пациентами, медицинским и административным персоналом, партнерами и поставщиками не только в настоящем, но и на будущее.

Отставший в своем развитии, не владеющий необходимыми знаниями и навыками для управления современным бизнесом, не имеющий мотивации начальник не сможет внести нужный вклад в работу трудового коллектива. Эффективному руководителю следует взять на себя главную ответственность за свое развитие как личности и руководителя. Тогда современный трудовой коллектив окажет необходимую поддержку этому активному стремлению к развитию, исходящему непосредственно от своего руководства.



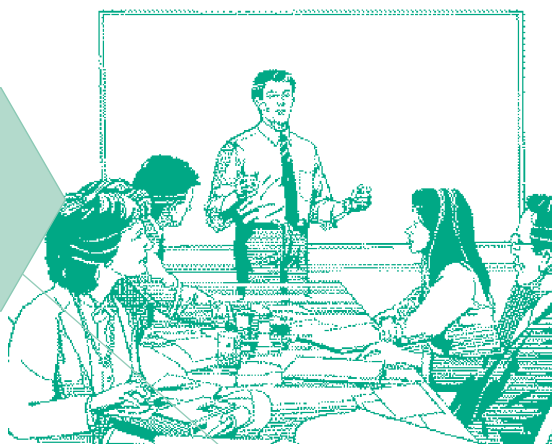
И.А.ТОГУНОВ,

д.м.н., заведующий отделом Владимирского областного ФОМС

Н.РЕХТЕР,

Eastern Michigan University, США

ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ К БИЗНЕС-СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ОТ РЕДАКЦИИ:

Редакция планирует публиковать материалы социологических исследований и статистического анализа. Мы хотим привлечь внимание читателей к парадоксальным результатам, неожиданным выводам и нетривиальным оценкам.

Публикуемые ниже материалы И.А.Тогунова как раз являются примером этого. Действительно, все говорят о необходимости обучения руководителей медицинских учреждений различного уровня экономике, бизнесу, но, как следует из результатов опроса, сами практики здравоохранения относятся к этому довольно скептически.

Почему? Ответ на это частично дает описание базы исследования, приведенное в конце материала. Очевидно, отношение к данной проблеме зависит: от региона (в крупных городах более развиты рыночные отношения в здравоохранении и выше потребность в знаниях основ бизнеса); от места работы респондентов (для стационаров, обычно финансируемых за объем оказанных услуг, проблемы экономики более актуальны, чем для работников поликлиник и особенно участковых специалистов, где подобные методы финансирования применяются реже) и от целого ряда других факторов.

Поэтому надеемся, что поднятые проблемы получат продолжение в других публикациях и откликах наших читателей.

© И.А.Тогунов, Н.Рехтер 2004 г.



Традиционная профессиональная медицинская деятельность в реалиях последнего десятилетия трансформации российского общества подвергается коренным изменениям, связанным, наряду с прочим, проникновением в отечественную систему здравоохранения таких составляющих, как маркетинг медицинских услуг, менеджмент, страховые медицинские услуги, юридические и экономические аспекты, экспертиза качества медицинской помощи, компьютерные технологии, информационный анализ и пр. Условно такое интегрированное направление в медицине определяется нами как бизнес-составляющая здравоохранения.

Исследования показывают, что современные отношения между врачом и пациентом (помимо целевых установок получения медицинской помощи и ее оказания) наполняются экономическими составляющими. Формирование рынков медицинских услуг, переориентация деятельности лечебно-профилактических учреждений на производство и предложение медицинских услуг требуют новых подходов к методам и формам управления субъектами системы здравоохранения, а, следовательно, и вызывают жизненно необходимую потребность в специфических управленческих кадрах, владеющих знаниями не только из области медицины, но и менеджмента, маркетинга, экономики, права.

Стоит предположить, что и врачам в системе либеральных отношений с пациентом не в ущерб клиническим медицинским знаниям необходимо в определенной степени ориентироваться в вопросах экономики, права, предпринимательства. Насколько такое предположение верно, какова оценка самими медицинскими работниками необходимости получения знаний подобных направлений – этому и было посвящено социологическое исследование, некоторые результаты которого представлены в настоящей статье.

Результаты социологического опроса с целью выявления мнения врачей о необходимости пополнения своих профессиональных знаний выявили прежде всего заинтересованность в юридическом аспекте здравоохранения – 62,2%. Получить знания по компьютерным системам и информационному анализу готовы 41,1% врачей, определению

и оценке качества медицинских услуг – 38,8%. Вопросы финансирования системы здравоохранения и бюджетное планирование интересуют 32,7% медиков. Пятая часть опрошенных считает, что врачам могут пригодиться знания, полученные на курсах, освещающих вопросы маркетинга медицинских услуг, менеджмента и теории управления. Столько же готовы потратить время на обучение по организации медицинского страхования.

Следует особо подчеркнуть, что 5% опрошенных врачей считают, что ни один из предложенных курсов бизнес-направления не будет полезным. В проводимом исследовании респондентам была представлена оценочная шкала, включающая в себя десять степеней важности по конкретному курсу. Оценка, равная 10, соответствовала наивысшей необходимости, оценка, равная 1, предполагала бесполезность курса.

На вопрос: «Считаете ли вы целесообразным включение указанных курсов в программу факультета повышения квалификации?» – 83,8% врачей ответили утвердительно, 7,2% затруднились с ответом. За включение курсов с бизнес-составляющими медицинской деятельности в программу медицинских институтов выступают 86,6% опрошенных врачей.

Как известно, лечебно-профилактическими учреждениями в России, согласно номенклатуре должностей, руководят специалисты с медицинским образованием. В последнее время в научной литературе все чаще стали встречаться исследования, рассматривающие проблему управления лечебно-профилактическими учреждениями в условиях становления рынка медицинских услуг и наполнения отношений в системе здравоохранения экономическими сущностями, специалистами со специализированным бизнес-образованием.

Данный вопрос о целесообразности управления лечебными учреждениями специалистами без врачебного диплома был поставлен в представляемом исследовании. 63,3% опрошенных ответили, что только дипломированный врач может быть хорошим администратором лечебно-профилактического учреждения. 12,2% врачей считают, что в управлении лечебно-профилактическими учреждениями в современных условиях развития общества в России знание бизнеса (экономики) является





определяющим, а 36,1% опрошенных отрицают важность экономических знаний при управлении в системе здравоохранения. Обращают на себя внимание ответы, в которых утверждается, что для целесообразного управления лечебными учреждениями в современных условиях руководитель должен быть аттестован как по медицинским, так и по экономическим специальностям. Такое мнение высказали 11,1% опрошенных.

Таким образом, **данные исследования показывают, что в суждениях респондентов о наличии бизнес-составляющей в медицинской деятельности и получении знаний в этом направлении преобладают негативные мнения. Лишь около трети опрошенных убеждены, что бизнес-знания могут пригодиться им в их профессиональной медицинской деятельности.** Исключением являются желания врачей в получении знаний в области юриспруденции и права здравоохранения, а также овладения компьютерными технологиями.

Абсолютное большинство опрошенных выступает за включение вопросов бизнес-образования в программы медицинских институтов, а также курсов повышения квалификации. У опрошенных врачей крайне высока роль консервативных убеждений в приоритетности медицинских знаний администраторов учреждений здравоохранения. Вместе с тем принижено мнение о необходимости получения экономических знаний руководителями лечебно-профилактических учреждений. Проведенное частное исследование вскрывает наличие определенных малоизученных проблем в сфере современного понимания врачами места и роли бизнес-образования в современных условиях реформирования здравоохранения России.

БАЗА И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Базой исследования явилось поле участников территориальной системы обязательного медицинского страхования (Владимирская область, Центральный округ Российской Федерации), которое охватывает 2 страховые медицинские организации, 80 лечебно-профилактических учреждений. Страхователями являются 26 администраций го-

родов и районов, 43753 организации всех форм собственности. Численность застрахованного населения на период исследования составляла 1275107 человек.

В процессе научного исследования выполнены следующие виды работ:

- ♦ разработана методика по программе исследования;
- ♦ определены базы исследования;
- ♦ определен и обоснован объем выборочной совокупности;
- ♦ разработаны рекомендации по организации сбора информации;
- ♦ разработана анкета для изучения мнения респондентов;
- ♦ разработана инструкция анкетера;
- ♦ разработана программа для обработки собранной информации.

Оценка мнений проводилась по специально разработанной и предварительно апробированной анкете. Анкета содержит 11 основных вопросов с 43 пунктами. С целью обеспечения исследования были задействованы сотрудники Владимирского областного фонда обязательного медицинского страхования и его межрайонных и районных филиалов. Опросом были охвачены 180 человек, в том числе врачи (105 человек), руководители органов и учреждений здравоохранения и их заместители (27 человек), заведующие отделениями (48 человек). Из числа опрошенных доля работающих в поликлинике (амбулатории) составила 58,9%; доля женщин была 70%.

Возрастной состав респондентов представлен следующим образом: до 30 лет – 16%, от 30 до 40 лет – 33%, от 40 до 50 лет – 64%, старше 50 лет – 67%. Около двух третьих врачей (62,8%), участвующих в опросе, окончили Ивановский, Нижегородский и Ярославский медицинские институты. В соответствии со стажем работы в системе здравоохранения респонденты распределились следующим образом: имеют стаж работы до 10 лет – 20 человек (11,1%), от 11 до 20 лет – 51 человек (28,3%), от 21 до 25 лет – 40 врачей (22,2%), 69 человек, или 38,3% работают в системе здравоохранения более 25 лет. Около половины опрошенных (46,6%) – терапевты и педиатры.



Н.Д.ТВОРОГОВА,

д.м.н., профессор, зав. кафедрой педагогики и медицинской психологии ММА им. И.М.Сеченова

НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ. Синдром эмоционального выгорания

Синдром эмоционального выгорания, как и синдром хронической усталости (астения переутомления), психологи обычно рассматривают в контексте нарушения психической саморегуляции человека.

Исследования, проведенные в странах Европейского Союза, показали, что служебные проблемы, семейные переживания и финансовые трудности, серьезные заболевания – основные источники стрессовых перегрузок людей.

Нарастает не только частота, но и продолжительность стрессов. Сегодня многие стали жертвами хронического, непрерывного стресса, который организм уже не выдерживает. Поскольку профессиональная деятельность медиков является основным источником их эмоциональных перегрузок, то немного о психологии профессии.



ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИИ

С точки зрения конкретного человека, профессия – это основной род занятия, деятельность, посредством которой данное лицо участвует в жизни общества.

Имеются разные типологии профессий; медицинская профессия по классификации профессий, предложенной отечественным психологом Е.А. Климовым, относится к профессии типа «Человек – человек».

Описание этой профессии (на основании экспертных мнений специалистов данных профессий):

© Н.Д.Творогова 2004 г.



- ♦ точность и координация собственно рабочих движений;
- ♦ профессиональная речь – четкость ее, удобный для слушателя ее темп, понятность содержания высказываний и реплик, прочее;
- ♦ «душеведческая» направленность ума, наблюдательность к проявлению чувств, ума и характера человека, к его поведению, умение представить его внутренний мир;
- ♦ оптимистический подход к человеку, основанный на уверенности, что человек может стать лучше;
- ♦ способность сопереживания другому человеку (сострадать и радоваться);
- ♦ толерантность к различным нестандартным проявлениям поведения, внешнего облика, образа мыслей других людей;
- ♦ умение действовать в нестандартных ситуациях, что требует творческого склада ума, успешной саморегуляции (выдержки, умения «не выходить из себя», гибкости);
- ♦ убеждения, ориентированные на интересы людей;
- ♦ профессиональное поведение, ориентированное на оказание помощи другому, достижение им блага.

Профессиональная пригодность не дана человеку изначально, она формируется в процессе обучения и последующей профессиональной деятельности. Ее возникновению и упрочению способствуют системы морального и материального стимулирования, удовлетворение, получаемое от деятельности, и другое. Многие в развитии профессиональных способностей зависят от активности самой личности, от ее труда и воли, которые она употребляет для достижения поставленных перед собой целей. Профессионализм при этом понимается не только как высокий уровень знаний, умений и результатов человека в данной области деятельности, но и как определенная системная организация сознания, психики человека.

КРИЗИСЫ НА ПУТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Человек становится профессионалом не сразу, проходит на этом пути ряд этапов, при этом

профессиональный путь у каждого человека свой и он может отличаться от пути других людей.

Профессиональные кризисы возникают на стыке отдельных периодов профессиональной жизни (например, на этапе перехода на смежную специальность внутри профессии, при необходимости переквалифицироваться) и по внутренним причинам (пересмотр своих профессиональных целей и мотивов в случае, если человек испытывает неудовлетворенность своими способностями и приемами работы).

Кризисы возникают, когда старое в профессиональном труде уже не удовлетворяет, а новое еще не найдено.

Обычно у здоровых сотрудников внешние производственные воздействия накладываются на их функционально устойчивые, с высоким уровнем саморегуляции механизмы поддержания гомеостаза.

Благодаря этому, кризисная ситуация оказывает на работника благоприятный эффект, способствуя дальнейшему совершенствованию его гомеостатических механизмов.

У сотрудников с морфофункциональными отклонениями и хроническими заболеваниями профессионально-производственная нагрузка может привести к напряжению и перенапряжению адаптивных механизмов, формировать неадекватные изменения функционального состояния и в итоге ухудшать состояние здоровья.

Если человеку не удастся справиться с кризисами как естественным сопровождением профессионального роста, то могут возникнуть, наряду с профессиональными заболеваниями, и личностные деформации (угасание позитивных установок и усиление негативных отношений к себе и к другим людям).

Неблагоприятное протекание профессионального развития проявляется внешне в снижении производительности труда, работоспособности человека, в негативных изменениях его психических качеств, в утрате интереса к труду.

Нарушения затрагивают профессиональную деятельность, личность профессионала, его профессиональное общение (грубовато защитный юмор, низкая эмпатия, агрессивность и другое).



ЛИЧНОСТНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ИЗ-ЗА РОЛЕВЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Медицинская профессия относится к тому виду профессий, представители которых обладают трудно контролируемой властью, что, наряду с профессиональными кризисами, также может predispose к профессиональной деформации (развитию черствости, властности, бездушия).

Проявлениями такой деформации в медицине являются этические ошибки врача (медсестры), трогания, прочее.

Кроме того, процесс «вживания» в роль другого, необходимость прожить часть жизни другого человека, одностороннее профессиональное восприятие других людей не проходят бесследно для медика, оказывая влияние на его личность.

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НАСЫЩЕННОСТЬ ТРУДА МЕДИКА

Профессиональная деятельность медика предполагает эмоциональную насыщенность и большое количество факторов, вызывающих стресс.

Для врача (как и для медсестры) существует проблема невключения своих чувств в ситуацию. Однако эмоциональная жизнь любого человека ситуативна, она не предполагает свободного выхода из потока эмоциональных переживаний. Эти переживания можно только отодвинуть на периферию сознания, но там они никуда не пропадают.

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ

Термин эмоциональное выгорание введен американским психологом Х.Дж.Фрейденбергом в 1974 г. для характеристики психического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с другими людьми в эмоционально перегруженной атмосфере.

Именно в такой атмосфере и в таком общении находится врач (медсестра) со своими пациентами.

Основные симптомы, входящие в синдром эмоционального выгорания (СЭВ):

- ♦ усталость;
- ♦ психосоматические проблемы;
- ♦ бессонница;
- ♦ отрицательное отношение к выполняемой деятельности, стандартизация общения, агрессивные тенденции, негативное отношение к себе, тревожные состояния;
- ♦ пессимистическая настроенность;
- ♦ чувство вины.

Этот синдром рассматривают как своеобразную «духовную анестезию» (сравнить с эмоциональной анестезией, которая трактуется как оцепенение, исчезновение эмоций, сниженная чувствительность к внешнему миру, по данным А.Рейбера (2000 г.), наблюдается в случаях посттравматического стрессового расстройства).

По наблюдениям И.Харди (1988 г.), ответственная работа медика с большим количеством нездоровых людей может привести к возникновению у него своеобразного расстройства – «отравления людьми».

Симптомы его:

- ♦ раздражительность;
- ♦ вспыльчивость (часто без всякой видимой причины);
- ♦ иногда защитное поведение (холодность, равнодушие в поведении).

Есть и еще один термин, который близок к упомянутому выше, – синдром профессионального выгорания – неблагоприятная реакция на стресс на работе, включающая в себя психологические, психофизиологические и поведенческие компоненты.

Этот синдром рассматривается как фактор низкой профессиональной морали, прогулов, низкой производительности труда, физической болезни и дистресса, злоупотребления алкоголем и наркотиками, конфликтов в семье и различных психологических проблем (John W. Jones, 1980 г.).

Симптомы, входящие в данный синдром:

- ♦ неспособность смеяться в рабочих ситуациях (снижение чувства юмора);
- ♦ на протяжении длительного времени его не хватает, чтобы перекусить, отвлечься (пропуск отдыха и перерывов на обед);





- ♦ недостаток времени и отсутствие отпусков;
- ♦ учащение жалоб на здоровье (усталость, раздражительность, мышечное напряжение, расстройства желудка, пр.);
- ♦ отгороженность от сотрудников, знакомых, членов семьи;
- ♦ изменение продуктивности работы (увеличение количества прогулов, опозданий, использование больничных листов, снижение эффективности деятельности);
- ♦ усиление употребления алкоголя, транквилизаторов, других медикаментов, влияющих на настроение;
- ♦ психические изменения (эмоциональное истощение, снижение самооценки, депрессия, фрустрация, чувство «загнанности», негативное отношение к другим);
- ♦ грубость, инциденты на работе, ухудшение взаимоотношений.

О самовыгорании профессионалов в результате воздействия экстремальных факторов, которое приводит к эмоциональному истощению и потере творческого потенциала, писали и Greenberger R.S. в 1981 г., и Maslach C. в 1987 г., и ряд других авторов.

Они отмечают, что именно чрезвычайно высокие требования в повседневной жизни приближают профессиональную деятельность к экстремальной. Именно такого рода деятельностью занимается медицинский работник.

Приведенные выше феномены, по всей видимости, описывают один и тот же вид психической деформации, связанный с нарушением эмоциональной саморегуляции, который может быть замечен у представителей профессий типа «Человек – человек». К этому типу относится и медицинская профессия.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ СЭВ У МЕДРАБОТНИКОВ

1. Социальные факторы:

- ♦ непризнание заслуг медработника, неадекватная оценка труда, ограничение его права на свободу выбора;

- ♦ несоответствие нравственно-этических требований к профессии реальной ситуации на рабочем месте;
- ♦ ограничение активности профессионала по овладению новыми знаниями, препятствия к внедрению новых технологий и прогрессивных методов (когда «инициатива наказуема»);
- ♦ принижение социального статуса профессии (в том числе в материальном плане), ее значимости, семейно-бытовые проблемы.

2. Факторы конкретного места работы (плохая организация труда):

- ♦ трудности в отношениях с коллегами;
- ♦ отсутствие социальной поддержки
- ♦ отсутствие ситуаций совместного решения профессиональных задач, реальные материально-технические условия не способствуют успешному их решению (например, недостаточное обеспечение медикаментами для оказания адекватной помощи пациентам в стационаре);
- ♦ конфликты с пациентами и их родственниками;
- ♦ переутомление при постоянной дополнительной нагрузке для заработка на дежурствах, недовольство результатами своей работы.

3. Личностные факторы:

- ♦ «выгорают», как правило, профессионалы, для которых их деятельность лично значима, ориентирована на других людей, на служение высшим целям;
- ♦ несоответствие ожиданий реальности;
- ♦ неумение построить границы общения с другими значимыми для себя лицами (пациентами, коллегами, руководителем), выбрать удобную дистанцию в общении с ними;
- ♦ неумение регулировать свое эмоциональное состояние, невнимательное отношение к нему.

4. Адаптивные возможности организма, уровень индивидуального здоровья

Проведенные под нашим руководством дипломные исследования студентов факультета высшего



сестринского образования ММА им. И.М.Сеченова, изучающих синдром эмоционального выгорания у медсестер и врачей с помощью теста Э.Голизека (1995 г.), свидетельствуют:

- ♦ после трех лет работы у медицинского сотрудника увеличивается вероятность появления СЭВ;
- ♦ при стаже работы от 3 до 5 лет у большинства опрошенных медсестер выявлен умеренный уровень эмоционального выгорания;
- ♦ у медсестер процесс эмоционального выгорания начинается раньше, чем у врачей, и достигает максимума к 10 годам работы;
- ♦ при стаже работы медсестры более 11–20 лет степень ее эмоционального выгорания имеет тенденцию к уменьшению (что свидетельствует, по всей видимости, о том, что те, кто остались в медицинской профессии, адаптируются к ее особенностям);
- ♦ в молодом возрасте последствия влияния стрессов легче компенсируются, чем в зрелом и пожилом возрасте (у половины опрошенных из 50–60 медсестер, имеющих небольшой стаж работы в стационаре, был выявлен СЭВ);
- ♦ уровень агрессивности медсестер зависит от степени их эмоционального выгорания.

ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ.

Ресурсы личности в управлении своим эмоциональным состоянием

Кризисы на пути профессионального развития, ролевые особенности профессиональной деятельности, эмоциональная насыщенность труда медика предъявляют повышенные требования к его психической (в частности, эмоциональной) саморегуляции, предотвращающей снижение уровня профессиональной деятельности, профессионального общения, возникновения синдрома эмоционального выгорания в результате перенесенных дистрессов.

Системный подход, применимый к изучению человека, предполагает анализ механизмов управления этой системой (управление традиционно рассматривается как функция организованной системы). Управление имеет многоуровневый «иерархический» характер. Цели нижележащих

уровней играют вспомогательную роль по отношению к цели более высокого уровня.

Психология изучает управление поведением человека, его психической жизнью, осуществляемое как на осознанном, так и на бессознательном уровнях. В первом случае управляет поведением личность, которая ставит перед собой те или иные цели, формирует программу их достижения, реализует программу, сравнивает полученные результаты с намеченными, вносит в поведение необходимые коррективы.

Самоуправление в этом случае осуществляет как в логике удовлетворения потребностей, так и в логике ценностей, убеждений, которые влияют на принятие того или иного решения. Наличие ситуации выбора, сопровождающей процесс управления на всех его этапах, предполагает свободу, но и накладывает ответственность за последствия своих решений. Для достижения целей личность использует волю.

Личность человека, осознанно осуществляя управление собственным поведением, может регулировать свои психические процессы и состояния (регулирование – функция системы управления), она может:

- ♦ поддерживать постоянство протекания тех или иных психических процессов, свое, например, эмоциональное состояние на некотором оптимальном уровне;
- ♦ изменять, например, уровень своей эмоциональной напряженности (программное регулирование);
- ♦ изменять свое, например, эмоциональное состояние в соответствии с ходом некоторого процесса (следящее регулирование).

Обдуманность поведения – определяющий фактор регуляции личностью своего поведения, состояния.

РЕСУРСЫ САМОРЕГУЛЯЦИИ

1. Изменение стрессогенной ситуации на рабочем месте.

Профилактика стресса у своих сотрудников должна занять важное место в деятельности руководителя любого ранга.





Хороший руководитель не позволяет себе сознательно «вгонять» людей в дистрессовое состояние, его инструмент управления – сознательная мотивация к труду.

Задавайте вопросы, выражайте обеспокоенность и заботу, разберитесь с собственными предупреждениями насчет людей, которые отличаются от вас, эти предубеждения могут быть причиной стресса для окружающих.

Однако некоторым людям, по-видимому, присуща особенность получать удовлетворение, помещая других в ситуацию стресса. Выполнение роли стрессора по отношению к другим усиливает их ощущение собственной власти и личного престижа.

Этим руководителям следует обратиться за профессиональной психологической помощью, чтобы повысить свои управленческие способности.

2. Психическая саморегуляция

Если не можешь изменить ситуацию (медик не может радикально переиначить свою профессиональную деятельность, ее инновационный и экстремальный характер, высокую социальную значимость, насыщенность общением с нездоровыми людьми, вероятностный характер принятия профессиональных жизненно важных решений, пр.), то есть смысл изменить свое отношение к ней.

Психическая саморегуляция, в частности, своей эмоциональной напряженности, может осуществляться с помощью «психических средств отражения и моделирования действительности» (модификация картины мира, культивирование позитивного взгляда на мир и позитивного мышления, умение учиться на возникающих трудностях, др.).

Полезна и следующая программа профилактики дистресса:

- ♦ оценка ожиданий (своих и чужих в отношении себя), подготовка себя физически и психологически, чтобы справиться с большинством требований и запросов;
- ♦ научиться быть внимательным к самому себе, своему состоянию на работе, определить

границы в общении с другими людьми, подготовка для себя группы поддержки (люди, с которыми можно разговаривать, обсуждать свои проблемы, которые могут выслушать, не осуждая);

♦ вне работы участие в делах, которые доставляют удовольствие.

Работающему человеку желательно время от времени задавать себе вопросы:

Не появляются ли у меня издержки профессиональной деятельности?

Не оказывает ли профессия негативное влияние на мою личность?

Зачем я работаю?

В чем для меня смысл того, что я профессионально делаю?

Я действительно хочу заниматься тем, что приходится мне делать каждый день?

Важно научиться самому определять у себя первые признаки профессиональной деформации, пока еще скрытые от окружающих, и своевременно принимать необходимые меры.

3. Забота о своем теле

Пословица «В здоровом теле здоровый дух» не потеряла и на сегодняшний день своей актуальности.

Эффективны программы: «Питание и стресс», «Оздоровительное отреагирование стресса посредством физических упражнений», «Искусство и стресс», «Релаксационные методы», др.

Таким образом, программы, направленные на профилактику дистресса и тем самым на профилактику синдрома эмоционального выгорания у медиков, предполагают свою комплексность, направленность на социальные, психологические и соматические факторы.

Медицинский персонал нуждается в помощи, ему необходимо научиться адаптироваться к ситуации, справляться с эмоциональным напряжением, страхом смерти и боли.

Группы психологической поддержки, отдых, переключение на другие виды деятельности и другие приемы используются сегодня в клиниках по всему миру для поддержания здоровья самих медиков, качества их жизни, удовлетворенности своим трудом, профилактики «выгорания».



В.А.ГРИГОРЬЕВ,

к.г.-м.н., заместитель начальника ЦМСЧ-122, г. Санкт-Петербург

ОЦЕНКА ОБОСНОВАННОСТИ И ЗАТРАТНОСТИ АИС В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

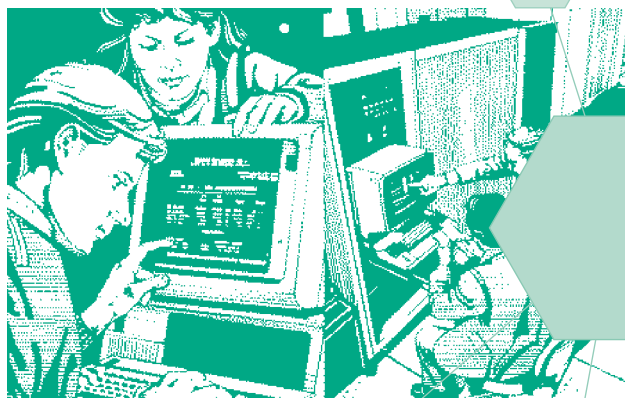
Построение Автоматизированной Информационной Системы (АИС) в ЛПУ уже не дань моде на использование компьютерной техники, а инструмент для достижения эффективности работы клиники.

Чтобы повысить качество лечения и рентабельность работы ЛПУ, необходима правильная организация работы клиники, основой которой является правильное стратегическое планирование и управление. Одним из важных компонентов управления является оперативное получение руководителем полной и достоверной информации. Это касается всех аспектов работы ЛПУ.

Например, в современном процессе лечения широко применяются информационно-емкие методы диагностики, при этом врачу необходимо работать с большим объемом информации. Обработка, хранение и оперативный доступ к этой информации невозможны без использования информационных технологий (ИТ).

В то же время становление страховой медицины требует интенсивного обмена информацией со страховыми компаниями. Возмещение затрат на лечение пациента требует ведения полного учета оказанных медицинских услуг. Снижение себестоимости лечения невозможно без контроля использования дорогостоящих лекарств и расходных материалов, эффективного использования койко-фонда и людских ресурсов.

И наконец, немало важно повышение сервиса в обслуживании пациента: уменьшение времени на его регистрацию, выписку результатов диагностики.



© В.А.Григорьев 2004 г.



Такой объем информационных потоков можно обеспечить и поддерживать только с помощью АИС.

Построение АИС в ЛПУ – задача необходимая и дорогостоящая. В первую очередь надо определить цели построения АИС, обозначить основные участки работы учреждения, где уже сейчас необходима автоматизированная информационная поддержка.

В реальной ситуации АИС строится на месте Информационной Системы (ИС), функционирующей на основе бумажной технологии. Поэтому необходимо предусмотреть, как работа участков с автоматизированной информационной поддержкой будет согласовываться с работой существующей системы. Одновременно следует помнить о реинженеринге системы управления с ориентацией на работу с АИС. Для этого нужно максимально формализовать (упорядочить) задачи каждой службы. Это существенно снизит риск выбора тупикового пути развития ИС впоследствии и позволит получить ощутимый результат в ближайшее время.

При разработке или покупке АИС ее потенциал закладывается с учетом роста потребности в информации и мощности самого учреждения. Объемы такой АИС могут быть чрезвычайно велики и требовать больших вложений. Реальным является решение поэтапного создания системы, при котором каждый этап реализует задачу отдельного уровня функционирования ЛПУ. Возникают вопросы:

Каким образом использовать уже существующие части системы? Как совместить новые и старые части? Можно ли при этом наращивать мощность системы и сколько это будет стоить? Сколько же надо затратить и когда эти затраты окупятся?

При стратегическом планировании развития ЛПУ одним из важных факторов является наличие ресурсов. Поэтому при включении в стратегический план установку АИС необходимо предусмотреть затраты на покупку компьютеров и сетевого оборудования для локальной компьютерной сети, на прокладку самой сети, на приобретение стандартного программного обеспечения для работы этой сети и на разработку или покупку самой АИС.

Стоимость покупки оборудования практически соизмерима со стоимостью программных продуктов и требует очень серьезного подхода. Событийно приобрести дешевую или морально устаревшую технику. Но как показывает опыт, такая техника часто выходит из строя, а простой в работе АИС обходится дороже ремонта. Представьте себе регистратуру поликлиники или приемное отделение при отказе в работе автоматизированной системы регистрации. Или остановка всей системы из-за отказа сервера. Потеря информации часто стоит дороже приобретенной техники. Поэтому в ответственных местах должна стоять надежная и, следовательно, дорогая техника.

При приобретении уже готовой АИС основной опасностью является возможность попасть в зависимость от разработчика. Не следует приобретать морально устаревшие ИС и системы закрытого типа. В качестве собственного опыта рекомендуем приобретать систему открытого типа, позволяющую поручать разработку ее отдельных частей разным подрядчикам и при этом достигать свободного обмена информацией между ее отдельными частями. Структура такой системы будет всегда открыта для ваших специалистов, позволит развивать ее во всех информационных





плоскостях и обеспечит организацию оптимального доступа ко всем данным.

Необходимо предусмотреть затраты на содержание АИС, которая, как любая другая система, требует постоянной поддержки. Для этой задачи создается служба управления АИС. В оптимальном варианте для ЛПУ со стационаром на 600 коек и поликлиникой на 1000 посещений в день можно предложить следующую структуру службы:

- ♦ руководитель службы;
- ♦ 2 программиста;
- ♦ администратор локальной компьютерной сети;
- ♦ инженер по обслуживанию техники;
- ♦ системные операторы, в чьи функции входит установка программных продуктов и их сопровождение (один оператор на 25–30 персональных компьютеров) и операторы по вводу информации.

Служба сопровождения должна иметь «Положение о службе», где перечисляются все ее задачи и функции. Для всех сотрудников службы утверждаются должностные инструкции. Особое внимание следует уделить руководителю службы. Прежде всего его статус должен быть достаточно высок, чтобы входить в состав руководителей, приглашаемых на совещания главного врача. Это должен быть опытный менеджер, владеющий не только вопросами информационных технологий, но и управления производством.

В его функции следует включить:

- ♦ составление аналитических отчетов для руководителя по вопросам организации процесса управления, обеспечение руководителя информацией обратной связи и составление предложений о более эффективном использовании интеллек-

туального капитала учреждения с помощью информационных технологий.

Частично затраты на содержание АИС можно компенсировать, включив в стоимость медицинских услуг расходы на бумагу, чернила для принтеров, электроэнергию, работу операторов.

Ведь отлаженная система регистрации, представления результатов диагностики экономит время пациента. А строгая система учета услуг, оказанных застрахованному пациенту, экономит средства страховой компании на экспертизу и проверку счетов. Прямой окупаемости АИС практически не существует. Можно получать прямой доход от продажи информационных услуг, но это не цель ЛПУ, и затраты на организацию АИС несоизмеримо больше такого дохода.

А вот косвенную окупаемость можно оценить. Прежде всего это экономия средств на лечение за счет снижения себестоимости путем управления расходом дорогостоящих лекарств и материалов. Учет оказанных услуг исключит не возмещенные затраты при выставлении счета страховой компанией. Оперативное управление койкофондом снизит затраты от потерь в результате «простоя» койки или нерационального использования персонала. Автоматизированная обработка информации повышает качество и культуру обслуживания и тем самым привлекает пациентов и страховые компании.

В заключение следует сказать, что внедрение информационных технологий в ЛПУ требует значительных затрат. Но при современных требованиях к медицинскому обслуживанию без этого невозможно повысить внутреннюю культуру учреждения, эффективно использовать его интеллектуальный капитал и в конечном итоге повысить качество лечения пациента.





ДЕЛОВАЯ ПЕРЕПИСКА И ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО



Деловая переписка и делопроизводство в целом напрямую связаны с управлением. Отношение к документам – это вопрос менеджмента, исполнительской дисциплины. По тому, как составлено и оформлено письмо, как с ним работают, можно судить о том, что происходит в организации. Письмо – это прежде всего документ. Во многих случаях письмо гораздо эффективнее, чем телефонный звонок: большинство людей лучше воспринимают информацию визуально, а не на слух. Кроме того, к письму всегда можно вернуться и перечитать еще раз.

Традиционную деловую переписку можно разделить на официальную и личную. Личная – это, например, рекомендательные письма, благодарности, поздравления, соболезнования. Кроме того, письма бывают разными по содержанию: просьба, приглашение, запрос, гарантийное, сопроводительное, рекламное и т.п. Любой из этих документов можно отправить обычной почтой, по факсу, электронной почте и т. д.

Как правило, для делового письма используют бланк предприятия, на котором указываются справочные данные об организации: название, адрес, телефон и т. д. Если нужно, то и банковские реквизиты. Обязательно должны быть дата и регистрационный номер, причем дата указывается та, когда документ был подписан руководителем. Естественно, должен быть обозначен адресат – тот, кому это письмо отправлено. А также личная подпись, ее расшифровка и должность лица, подписавшего документ. Может также быть ссылка на номер и дату документа, на который



отвечают. Некоторые виды писем, такие как гарантийные, пишутся на гербовом бланке и скрепляются печатью. На обычное деловое письмо на бланке печать ставить не нужно.

О НЕОБХОДИМОСТИ РЕГИСТРАЦИИ ДОКУМЕНТАЦИИ

В некоторых организациях не придают значения регистрации входящей и исходящей документации. Но это организационный просчет. Если вы решили отправить факс в другую организацию и не присвоили ему дату и номер, а эта компания получает несколько тысяч факсов в день, отследить судьбу вашего факса будет сложно. Обычно факс ищут по дате и номеру.

ОБ ОСОБЫХ ОТМЕТКАХ НА ДЕЛОВЫХ ПИСЬМАХ

Особые отметки могут быть как почтовыми (авиа, ценное, заказное, наложенный платеж, экспресс-почта), так и проставляться отправителем («лично» или гриф ограничения доступа к документу). Конверты, на которых есть пометка «коммерческая тайна», имеет право вскрывать только сотрудник, получивший разрешение от директора на работу с такой перепиской. А конверт с пометкой «лично», или «приватно» не имеет права вскрывать никто, кроме лица, которому он адресован, и службы security (в целях обеспечения безопасности работников предприятия).

Допустим, у директора несчастье в семье, его партнер выражает соболезнования и предлагает все виды помощи. В таком случае необязательно, чтобы письмо проходило через руки секретаря.

О ФОРМАХ ОБРАЩЕНИЯ К АДРЕСАТУ

Обращение – вещь очень важная. Оно задает так называемую этикетную рамку. Для деловой переписки неличного характера стандартным считается обращение «Уважаемый», которое пишется с большой буквы и по центру листа. А дальше масса вариантов в зависимости от того, что пишут и кому.

Так, в России принято обращаться по имени и отчеству, в компаниях с западной корпоративной культурой – просто по имени. Если вы знаете партнера лично, можете обратиться так: «Уважаемый Андрей Петрович», не знаете: «Уважаемый господин Смирнов». В обращении к человеку слово «господин» сокращать до «г-н» нельзя. И ни в коем случае нельзя писать: «Уважаемый господин Смирнов А.П.». Либо «Андрей Петрович», либо «господин Смирнов».

Верх невежливости – перевернуть фамилию лица, которому адресовано письмо. Если не знаете ни фамилии, ни имени, пишете просто: «Уважаемый господин директор», не знаете должности: «Руководителю компании такой-то».

Когда письмо адресовано не первому лицу, а руководителю структурного подразделения, то указывают направление его деятельности (например: «Руководителю кадровой службы»). Если вы не пишете особам королевской крови, представителям религиозных конфессий, президентам и членам парламентам различных стран, считайте, что вам повезло.

Для них существуют официальные формулы обращения, причем для каждого ранга – особые. Прежде чем отправлять такое письмо, тщательно проверьте, соответствует ли выбранное обращение статусу адресата.

Гораздо проще запомнить, как нужно писать военнослужащим: «Уважаемый товарищ полковник», даже если этот полковник – женщина. А вот обращение «Дамы и господа» является светским, и его лучше использовать, скажем, для приглашения на открытие салона модной одежды. Если же вы приглашаете на деловую презентацию, например, новых буровых установок, то по сложившейся практике используется общее для всех обращение «Уважаемые господа». В данном случае неважно, что в этой организации работают и женщины.

КАК НАЧИНАТЬ ДЕЛОВОЕ ПИСЬМО?

Деловая переписка имеет свои штампы, но на практике многие используют совершенно нелепые конструкции. Например, «...2 октября состоялся телефонный разговор, в котором мы с





Вами...», не стоит так перегружать текст. Есть несколько клише: «в соответствии с достигнутыми договоренностями» или «согласно телефонному разговору».

Правда в этих фразах особенно часто делают грамматические ошибки, такие как «согласно Вашего письма».

Почти половина писем начинается с того, что автор выражает свою благодарность непонятно за что, а потом начинает излагать проблему. Адресат получил это письмо, прочел благодарность и его внимание притупилось, он хуже будет воспринимать то, что вы ему хотели сказать. Благодарить лучше в конце письма.

Начинают письмо с постановки проблемы, а потом оговаривают условия, варианты и т. д. То есть сначала **что**, а потом **как**. А после этого – **какие результаты** ожидаем получить «в продолжение достигнутых договоренностей»... Причина, по которой вы посылаете письмо, должна быть указана максимально конкретно и лаконично.

ОБ ИНФОРМАЦИОННОМ КАЧЕСТВЕ ДЕЛОВОГО ПИСЬМА

Информация, изложенная в документе, должна быть объективной, полной и достоверной. Если вы хотите, чтобы вас запомнили, чтобы составилось хорошее впечатление, письмо должно легко читаться и эстетично выглядеть.

Неровные строчки, вписывания от руки смотрятся неряшливо – в этом случае письмо надо перепечатать. Следите за интервалами, пробелами, сокращениями.

Обращайте внимание на то, чтобы терминология была понятна деловому партнеру. Кроме того, деловое письмо всегда нейтрально. Оно должно демонстрировать уважение к партнеру, даже если вы напоминаете ему о невыполненном обещании.

Максимальный объем (в зависимости от шапки бланка) – 2-2,5 листа. Причем письмо пишется строго по одному вопросу или группе родственных, связанных между собой. Нельзя объединять разнородные вопросы. В противном случае стоит отправить несколько писем либо несколько посланий на электронный адрес.

КАК ПРИНЯТО ЗАКАНЧИВАТЬ ПИСЬМО

Желательно, чтобы письмо заканчивалось в вежливой форме. У нас традиционно используют фразу «С уважением». Конечно, любой филолог скажет, что это тавтология: письмо начинается и заканчивается одинаково.

Но, к сожалению, пока нет другой формулы, которая была бы так же универсальна, лаконична и достаточно нейтральна. Перед уважением можно выражать благодарность, надежду на скорейший ответ, на продолжение взаимовыгодного сотрудничества и т. п.

В последнее время появилась странная практика, когда письмо на имя руководителя организации подписывает рядовой менеджер. Это недопустимо.

Письма на имя первых лиц подписывает только директор или один из его замов – это принцип субординации и уважение к деловому партнеру. Соответствие рангов должно соблюдаться. Есть еще одна характерная ошибка.

Допустим, на документе стоит фамилия директора Смирнова, а сам он уехал в отпуск. Тогда его заместитель Петров ставит косую черту и подписывается за шефа. Это неправильно. Подпись должна строго соответствовать ее расшифровке и реальной должности автора письма в данный момент.

Поэтому пишите как есть: «заместитель директора» или «и. о. директора Петров». Кстати между инициалами и фамилией пробел не делают (А.П.Смирнов).

Факсимиле используется только для приглашений, причем не всякого уровня, для поздравлений и для копий. Если факсом или с факсимильной подписью посылается, например, приглашение на конференцию, то адресат может по своему усмотрению не отвечать на такое письмо. В этом случае подпись отправителя особой юридической значимости не имеет – она не собственноручная.

В подписи должны прочитываться, как минимум, три буквы: либо первая буква от имени и две – от фамилии, либо три начальные буквы фамилии.



Постскриптум довольно редко используется в деловой переписке, хотя такие случаи есть. Здесь пишут не самое важное, а, наоборот, ту информацию, которая имеет косвенное отношение к тексту письма.

Например, мы посылаем своему деловому партнеру согласие на участие в выставке, а в постскрипте просим заказать гостиницу или выслать машину.

О ХРАНЕНИИ ДЕЛОВЫХ ПИСЕМ

Информационные письма хранят до тех пор, пока они нужны. Важные документы – три года – это срок исковой давности, предусмотренный Гражданским кодексом.

Есть особые виды писем, которые, например, служат основанием для оформления финансовых документов, у них другой срок хранения. Конверт лучше не уничтожать, а хранить вместе с письмом, так как в некоторых ситуациях по конверту устанавливается дата отправления.

Это важно в случае различных конкурсов или коммерческих предложений.

ЭЛЕКТРОННЫЙ ЭТИКЕТ

В последнее время электронная почта занимает все большее место в деловой переписке. Ее преимущества очевидны: оперативность, доступность и простота использования.

При этом следует помнить, что электронная переписка имеет свои нюансы. Правила составления электронных писем во многом повторяют «бумажные».

Например, самое распространенное вежливое обращение к адресату – «Уважаемый господин (госпожа) N». Посылать письма с приветствием типа «Добрый день» не имеет смысла, поскольку трудно рассчитывать на то, что адресат прочтет послание немедленно или именно днем. Некоторые используют формулу «Доброго времени суток», однако вряд ли ее можно применять в официальной переписке. По возможности электронные деловые письма надо отправлять на фирменных бланках-шаблонах, содержащих логотип организации, ее адрес и телефоны.

Иногда авторы не утруждают себя указанием темы письма и оставляют соответствующую графу пустой. Но тогда, как и в случае с бумажной почтой, адресату придется потрудиться, прежде чем он отыщет ваше письмо среди сотен других.

Есть определенные требования и к адресу отправителя. Так, для деловой переписки не стоит заводить почтовые ящики на бесплатных серверах, да еще с сомнительными названиями вроде kiska@mail.ru. Специалисты рекомендуют более осмысленно подходить к выбору своего «ника» и придерживаться некоторых правил.

В частности, адрес должен быть понятным, чтобы его при необходимости можно было легко записать. По поводу «смайлов» и прочих символов, часто используемых в электронном общении, выработалось единодушное мнение: в официальной переписке они недопустимы.

А вот однозначного ответа на вопрос, посылать сообщение в «теле» письма или во вложенном файле, не существует. Многие организации предупреждают: «Письма с вложенными файлами не принимаются». Это объясняется тем, что к таким файлам часто цепляются вирусы.

Обязанность по проверке письма на вирусы вполне обоснованно лежит на отправителе. Однако, когда партнер – солидная фирма – просит прислать сообщения в «теле» письма, могут возникнуть сомнения в ее финансовом благополучии и неспособности оплатить надежную защиту сервера.

Если пересылаемые документы достаточно объемны и без вложенных файлов не обойтись, не стоит оставлять пустое место в «теле» письма. Любые высылающиеся по электронной почте файлы необходимо сопровождать приветствием и комментарием.

Кроме того, электронная почта имеет очень важную функцию – автоматическую рассылку, что позволяет направлять нужное послание неограниченному числу людей. А чтобы вместе с письмом они не получали полный список адресов, по которым было разослано сообщение, следует внимательно ознакомиться с почтовой программой и настроить ее на «индивидуальный» режим отправки.

**По материалам журнала
«СЕКРЕТЫ ФИРМЫ»**



ТЕРМИНОЛОГИЯ, СВЯЗАННАЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СОБСТВЕННОСТИ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫМИ ФОРМАМИ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Развитие частного сектора здравоохранения вызвало необходимость более четкого определения терминологии, характеризующей различные формы собственности, организационно-правовой формы производителей медицинских услуг, а также самого частного (негосударственного) сектора здравоохранения. В связи с этим нередко возникают целые дискуссии по поводу правомерности применения тех или иных терминов. Учитывая это, отметим, что, во-первых, это проблема не только здравоохранения – она касается абсолютно всех отраслей. Поэтому не стоит пытаться решить ее в рамках самого здравоохранения.

Во-вторых, существует целый ряд нормативных документов, четко классифицирующих терминологию, связанную с многообразием форм собственности и организационно-правовых форм.

В частности, это Постановление Государственного Комитета Российской Федерации по стандартизации и метрологии от 30 марта 1999 г. № 97 «О принятии и введении в действие общероссийских классификаторов». Речь идет об «Общероссийском классификаторе форм собственности» и «Общероссийском классификаторе организационно-правовых форм». Эти классификаторы многое ставят на свои места, и с ними полезно ознакомиться. (см. рубрику «Для корпоративных БД»).

Ниже мы рассмотрим и другие нормативные документы.

Тем не менее вышеуказанный документ оставляет открытым целый ряд вопросов. Например, это касается соотношения терминов «частный» и «негосударственный». Неслучайно часто возникают

споры по поводу правомерности использования терминов «частный» и «негосударственный» применительно к медицинским учреждениям или сектору здравоохранения в целом.

Ряд авторов справедливо отмечает, что, кроме государственных (муниципальных) и частных, могут существовать и организации, в которых присутствует как государственная (муниципальная) собственность, так и частная. Это организации с так называемой смешанной собственностью, которая юридически определяется как общая (долевая или совместная) собственность. Поэтому предлагается использовать термин «негосударственный сектор» (медицинское учреждение и т.д.) как более корректный. С этими доводами можно было бы согласиться.

Однако формально к негосударственному сектору относятся и муниципальные медицинские учреждения. Так п. 2 статьи 8 Конституции РФ гласит: «В Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности». Разделение на государственную, муниципальную, частную и другие формы собственности мы находим и в упомянутом нами «Общероссийском классификаторе форм собственности». Неслучайно в некоторых нормативно-правовых актах этот момент специально оговаривается. К примеру, в ст. 6 закона РФ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» указано, что благотворительной организацией является негосударственная и немunicipальная организация. Как видим, и термин «негосударственный» с рассматриваемых по-

стр. 65 ←



зиций не является идеальным. Учитывая, что в настоящее время сложилось общепринятое употребление терминов «частный» и «негосударственный» как синонимов, нет необходимости их противопоставлять. Поэтому за исключением особых ситуаций, требующих специального уточнения содержания терминов, использование их в качестве синонимов вполне допустимо.

Вопрос правомерности использования касается и соотношения другой пары терминов: «бюджетные учреждения» и «государственные (муниципальные) учреждения». В соответствии со статьей 161 Бюджетного кодекса РФ бюджетное учреждение – это организация, созданная органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов. Поэтому «бюджетные учреждения» и «государственные (муниципальные) учреждения» также являются синонимами и равноправны в употреблении.

Следует обратить внимание на то, что деление медицинских учреждений на бюджетные (государственные и муниципальные) и частные (негосударственные) не совпадает с разделением их на коммерческие и некоммерческие организации. Как известно, в соответствии с действующим законодательством (Гражданский кодекс Российской Федерации, Федеральный закон «О некоммерческих организациях» и др.) коммерческие организации могут создаваться в следующих формах:

- ♦ хозяйственные товарищества;
- ♦ полное товарищество;
- ♦ товарищество на вере (коммандитное товарищество);
- ♦ хозяйственные общества;
- ♦ акционерное общество: открытое акционерное общество (ОАО), закрытое акционерное общество (ЗАО);
- ♦ общества с ограниченной ответственностью (ООО) или с дополнительной ответственностью;
- ♦ производственный кооператив;

- ♦ государственные и муниципальные унитарные предприятия.

Некоммерческие организации могут создаваться в форме:

- ♦ потребительских кооперативов;
- ♦ общественных организаций (объединений);
- ♦ религиозных организаций (объединений);
- ♦ учреждений;
- ♦ автономных некоммерческих организаций (АНО);
- ♦ социальных, благотворительных и иных фондов;
- ♦ ассоциаций и союзов;
- ♦ некоммерческих партнерств.

Мы указали лишь основные формы юридических лиц, являющихся коммерческими и некоммерческими организациями. Более полный перечень приведен в вышеуказанном «Общероссийском классификаторе организационно-правовых форм». Следует обратить внимание на то, что государственными (муниципальными) могут быть не только бюджетные медицинские учреждения, но и унитарные предприятия, занимающиеся оказанием медицинских услуг. В отличие от учреждений (относящихся к некоммерческим организациям), унитарные предприятия – это коммерческие организации.

Отсюда следует еще одно важное положение: в большинстве случаев так называемые частные медицинские учреждения не являются по своей организационно-правовой форме учреждениями, а относятся либо к коммерческим организациям (ООО и т.д.), либо к другим (в отличие от учреждения) формам некоммерческих организаций (АНО и т.д.). Поэтому термин «частное медицинское учреждение» чаще всего является юридически некорректным выражением (за исключением случаев, когда частная организация, оказывающая медицинские услуги, действительно создана в форме учреждения). Правильнее было бы называть их «медицинскими организациями» или «организациями, предоставляющими медицинскую помощь».

Тем не менее, вряд ли стоит воевать с устоявшимся общеупотребительным сочетанием «частное медицинское учреждение», если оно используется не для характеристики организационно-правовой формы, а является обобщающим выражением негосударственного (частного) производителя медицинских услуг.



ОТ РЕДАКЦИИ:

Кем сегодня ощущает себя руководитель медицинской организации: врачом, менеджером, хозяйственником?

Как оценивает свой личный потенциал?

Нехватку каких знаний ощущает?

Чему хочет научиться?

Необходимость в каких навыках персонала особенно остро чувствует?

Эта рубрика для тех, кто готов дать ответ на вопросы нашей анкеты.

Сегодня наш собеседник – Игорь Васильевич Ушаков, к.м.н., доцент, главный врач Иркутского областного диагностического центра.

1. Кто такой сегодня главный врач? (Директор больницы? Главный начмед? Главный хозяйственник? Что-то иное?).

Главный врач сегодня – это человек, способный консолидировать весь научно-практический потенциал медицинской организации, четко сформулировать свое видение стратегии и тактики развития организации, определить место организации в системе здравоохранения региона, быть открытым, понимать и контролировать все процессы организации (собственно медицинские, экономические, хозяйственные и пр.).

Эффективно распределять обязанности (в том числе делегировать полномочия) между сотрудниками аппарата управления с учетом анализа индивидуальных характеристик (в том числе психологического портрета) подчиненных, находить компромиссы и быть решительным и ответственным в решении сложных проблем.

2. Кто должен стоять во главе медицинского учреждения? (Врач? Профессиональный менеджер?).

Однозначно врач, но имеющий второе высшее образование, желательно по специальности «Менеджмент организации». Считаю, что врач должен иметь опыт практической работы не менее 5 лет, обладать организаторскими способностями, быть склонным к инновациям, имеющий свои принципы и умеющий их отстаивать.

3. Что из Вашего личного опыта больше всего помогло Вам как менеджеру, дало полезный опыт? (Общественная работа в ВУЗе? Служба в армии? Стройотряды? Зарубежная стажировка? Иное?).

1. Игра на фортепьяно. Люблю импровизировать, играть легкий джаз. Это помогает в общении с любыми людьми.
2. Опыт работы участковым врачом (4 года).
3. Опыт работы в коммерческой медицинской организации (организация выездных бригад, 4 года).
4. Стажировка по менеджменту здравоохранения в Японии.
5. Учеба в Байкальском институте бизнеса и международного ме-



неджмента Иркутского государственного университета (ИГУ) и работа над дипломным проектом «Создание системы всеобщего управления качеством (на примере Иркутского диагностического центра)».

6. Сотрудничество с Сибирско-Американским факультетом (САФ) ИГУ и Байкальским университетом экономики и права. 11 выпускников этих университетов защищали дипломные работы, написанные по данным и перспективам развития Диагностического Центра, 3 выпускника САФ работают в Центре, в отделе маркетинга, 1 выпускник Университета экономики и права – в экономическом отделе, продолжается сотрудничество и в настоящее время.

7. Работа в Центре с момента возникновения идеи создания Центра (1994 г.), открытия Центра (июль 1999 г.) и по настоящее время.

8. Великолепная творческая команда.

4. Каковы наиболее сложные управленческие проблемы, стоящие в настоящее время перед руководителем медицинского учреждения (возможно, неразрешимые на данном этапе)?

1. Организационно-правовые и разрешительные проблемы предоставления платных медицинских услуг.

2. Взаимодействие с некоторыми субъектами системы здравоохранения Иркутской области.

3. Создание и внедрение реальной объективизированной системы оплаты труда немедицинских работников Центра.

4. Адаптирование организационной (корпоративной) культуры Центра к постоянно изменяющейся внешней среде.

5. Что Вам удалось решить и чем Вы гордитесь именно как менеджер?

1. Самое главное – создан коллектив, который понимает цели и задачи Центра, постоянно генерирует новые идеи, улучшает имеющиеся и создает новые процессы.

2. Сформирована оригинальная структура Центра.

3. Создана уникальная информационная система, объединяющая медицинскую и немедицинскую компоненты деятельности Центра.

4. Сформирована система управления персоналом и ее ключевые элементы, организационная (корпоративная) культура, система компенсаций и социальный пакет.

5. Создана система мониторинга оценки качества предоставленных медицинских услуг.

6. Разработана система внутренних стандартов деятельности Центра.

7. Разработаны и внедрены методы максимальной легитимности платных медицинских услуг.

8. Создана комиссия по социальным вопросам.

9. Коллектив мне верит (может, нескромно).



6. Каким опытом Вы могли бы поделиться на страницах нашего журнала более подробно?

1. Организационно-методические подходы к вопросам регистрации пациентов не зависимо от типа оплаты (опыт применения принципов реинжиниринга бизнес-процессов в практической деятельности).

2. Современные подходы к созданию информационной системы медицинской организации.

3. Логистическая информационная автоматизированная система как элемент информационной системы Центра (внутренняя логистика расходных материалов).

4. Формирование и реализация политики в области качества с применением современных управляющих концепций и технологий.

5. Методика оценки и мониторинга качества предоставленных диагностических, консультативных и лечебно-диагностических медицинских услуг.

6. Управление персоналом (в том числе диагностика и изменение корпоративной-организационной культуры и рекрутинг).

7. Легитимность платных медицинских услуг.

8. Маркетинг медицинских услуг.

7. Освещение каких проблем Вы хотели бы увидеть в журнале «Менеджер здравоохранения»?

1. Всех, указанных в п. 6.

2. Роль ведущих медицинских организаций в региональной и федеральной экономике.

3. Участие ведущих медицинских организаций в законодательном творчестве («публичная трибуна» менеджера здравоохранения по вопросам законотворчества).

4. Управление конфликтами.

5. Возможность использования стандартов серии ИСО 9000:2000 (ГОСТ ИСО 9000:2001) в практическом здравоохранении.

6. Взаимодействие менеджера здравоохранения и органов законодательной и исполнительной власти.

7. Современные подходы к статистике.

8. Экономическое моделирование в здравоохранении.

8. Ваш девиз, Ваше кредо как руководителя?

1. 90% проблем в качестве медицинской помощи зависит от неэффективного менеджмента.

2. Не ошибается тот, кто ничего не делает.

3. Нет абсолютных истин, нет конечных знаний.

ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ МЕНЕДЖМЕНТА

МЕНЕДЖМЕНТ – управление ресурсами, производством (в том числе и производством медицинских услуг). Это совокупность принципов, методов, средств и форм управления производством с целью повышения его эффективности. В этом понимании термин «менеджмент» совпадает с понятием «управление производством». Но «менеджмент» более узкое понятие, чем «управление», поскольку термин «управление» используется и применительно к техническим, биологическим и другим системам, а «менеджмент» касается только управления в сфере человеческой деятельности. Под менеджментом часто понимается процесс руководства другими людьми (отдельными лицами, группами, организацией в целом). В этом смысле понятие «менеджмент» совпадает с понятием «руководство».

УПРАВЛЕНИЕ – функция организованных систем различной природы (биологических, социальных, экономических, технических, информационных и т.д.), обеспечивающая сохранение (поддержание) их определенной структуры, режима деятельности, реализацию определенных целей и программ.

СУБЪЕКТ УПРАВЛЕНИЯ – тот, кто осуществляет управление. Не следует путать понятие «субъект» в данном контексте с другими ситуациями употребления термина «субъект», когда это слово используется вне сочетания «субъект управления», например, «субъекты ОМС».

ОБЪЕКТ УПРАВЛЕНИЯ – то, на что (на кого) направлено управление.

ПРИНЦИПЫ УПРАВЛЕНИЯ – это руководящие правила, основные положения и нормы, заложенные в основу управления. Принципы управления определяют требования к системе, структуре, организации и процессу управления.

МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ – способы воздействия управляющего субъекта на управляемый объект (т.е. то, каким образом воздействовать на объект). Основные методы управления:

- ♦ правовые;
- ♦ административные;
- ♦ экономические;
- ♦ социально-психологические.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ УПРАВЛЕНИЯ – это способы воздействия на экономические отношения и интересы медицинских учреждений, их подразделений и отдельных работников, страховых организаций и т.д.

ФУНКЦИИ УПРАВЛЕНИЯ – особые виды деятельности, выражающие направления или стадии целенаправленного воздействия на объект управления.

Принято выделять следующие функции управления:

- ♦ координация;
- ♦ регулирование;
- ♦ учет и анализ;
- ♦ контроль;
- ♦ организация;
- ♦ планирование;
- ♦ прогнозирование;
- ♦ мотивация.

(Продолжение – в следующем номере)



В редакцию журнала пришло сразу несколько писем с просьбой дать объяснения по поводу разового полиса по добровольному медицинскому страхованию.

МОНОПОЛИС

При обращении пациентов в медицинские учреждения за платными услугами им нередко предлагают купить разовый полис по добровольному медицинскому страхованию или оформить у представителей страховой организации аналогичный документ. Подобные формы документов получили название «монопелис», поскольку подразумевают право на получение лишь разовой помощи.

При обращении пациентов в медицинские учреждения за платными услугами им нередко предлагают купить разовый полис по добровольному медицинскому страхованию или оформить у представителей страховой организации аналогичный документ.

Подобные формы документов получили название «монопелис», поскольку подразумевают право на получение лишь разовой помощи. По своей сути такого рода услуги не являются страховой деятельностью, поскольку не выполняется целый ряд условий, характерных для страхования (наличие риска и т.д.). Это так называемое «псевдострахование».

Имеются и другие разновидности псевдострахования, призванные завуалировать его суть. Например, это так называемое «депозитное страхование». Оно заключается в том, что оплата оказанной услуги осуществляется за счет предоплаты (депозита). Застрахованный имеет право получения медицинской помощи в объеме, не превышающем размер депозита. В отличие от монопелиса, застрахованный по депозитному страхованию может обращаться за помощью не один раз, а несколько (но опять-таки в пределах депозита). Однако и здесь отсутствуют многие фундаментальные принципы страхования: солидарная раскладка ущерба и т.д.

Юридически монопелисы незаконны (см. прилагаемое письмо Минфина РФ). Впрочем изображаются схемы, внешне отличные от прямой запрещенной формы. Фактически использование монопелисов является результатом сговора ЛПУ



и страховщика, направленным на неправомерное использование некоторых атрибутов страхового механизма для осуществления действий, реально не связанных со страхованием.

Экономическое обоснование применения монополисов (с точки зрения интересов медицинского учреждения и граждан) также весьма сомнительно.

Во-первых, они объективно невыгодны самим медицинским учреждениям, поскольку часть конечной цены будет представлять собой оплату услуг страховой организации (целесообразность которых в большинстве случаев сомнительна). По сути это означает надбавку к стоимости оказываемых услуг, негативно влияющую на спрос на услуги данного учреждения.

Во-вторых, монополисы, как правило, невыгодны пациентам, что может вынудить их вообще отказаться от услуг данного учреждения. Дело в том, что по сравнению с оплатой услуг за наличный расчет пациентам придется дополнительно оплачивать вышеуказанные (и, как правило, совершенно не нужные пациентам в данном случае) услуги страховых организаций. По сравнению же с классическим страхованием монополис невыгоден пациентам тем, что тут не действует принцип солидарной раскладки ущерба между субъектами, принимающими участие в страховании (перераспределение ущерба), когда кто-то из застрахованных, оплатив страхование, не будет лечиться или будет лечиться на меньшую сумму. Поэтому стоимость монополиса в среднем оказывается выше, чем размер страхового взноса при классическом страховании, в расчете на данный вид услуги.

Тем самым для пациента классическое страхование (в зависимости от условий страхования) либо оказывается дешевле оплаты за наличный расчет (и соответственно стоимости монополиса), либо он может претендовать на больший объем услуг, чем реально оплатил по монополису.

Почему же тогда монополисы все-таки получили достаточно широкое распространение? Это связано с тем, что, несмотря на вышесказанное, использование монополисов в ряде ситуаций может все же оказаться выгодным не только стра-

ховым организациям, но и медицинским учреждениям и даже пациентам. В целом же среди основных причин применения монополисов можно назвать следующие:

- ♦ из-за слабой осведомленности пациентов в вопросах формирования цены монополиса и самой медицинской услуги (так называемая «асимметричность информации») страховые организации часто имеют возможность реализовывать пациентам даже невыгодные для них схемы оплаты медицинской помощи;

- ♦ монополисы выгодны страховым организациям в первую очередь в силу отсутствия риска. К тому же это очень простой способ расширения своей деятельности. Поэтому они ищут (и находят) аргументы для того, чтобы убедить как медицинские учреждения, так и пациентов в целесообразности использования монополисов;

- ♦ страховые организации (особенно в лице агентов, работающих на территории данного медицинского учреждения) становятся заинтересованными в привлечении дополнительного потока пациентов и используют эффективные методы так называемых «агрессивных продаж». В конечном счете это может оказаться выгодным и для медицинского учреждения (если работа агентов позволит привлечь больше пациентов, чем их будет потеряно в результате повышения цены медицинской услуги, связанной с надбавкой страховой организации);

- ♦ монополисы позволяют перевести услугу, оплачиваемую за наличный расчет, в разряд безналичных. А это дает возможность снять целый ряд ограничений, касающихся оказания платных услуг за наличный расчет (с точки зрения самого права предоставления определенных услуг на платной основе; с точки зрения права медицинских учреждений на самостоятельное установление уровня цен и т.д.).

Необоснованные ограничения со стороны вышестоящих органов в вопросах предоставления платных услуг за наличный расчет являются одной из причин, провоцирующих использование различных форм псевдострахования;

- ♦ при покупке монополиса в цену услуги не включается налог с продаж (в отличие от оплаты за наличный расчет – ст. 350 Налогового ко-





декса РФ). Как правило, именно на этом построена вся маркетинговая стратегия агентов страховых организаций, пропагандирующих монополис. Естественно, что наличие надбавки к цене, получаемой страховой организацией, широко не рекламируется. Планируемая отмена налога с продаж ликвидирует это преимущество монополиса;

- ♦ корыстные интересы ряда руководителей медицинских учреждений, которые иногда неофициально получают определенную оплату от страховых организаций за право организации псевдострахования в данном учреждении;

- ♦ нередко пациентов прельщает возможность получить гарантии защиты со стороны экспертов страховой организации. Особенно это касается обращения за разовыми услугами лиц с высокими доходами, для которых оплата услуг страховых организаций, включаемая в состав цены монополиса, не является обременительной. Тем не менее отметим, что изначально применение монополиса не ориентировано на участие эксперта. Возможности привлечения экспертов – это либо атрибут рекламной кампании, либо необходимость, вызванная реально возникшей конфликтной ситуацией. По своей инициативе страховая организация экспертные проверки при использовании монополиса обычно не проводит;

- ♦ при продаже монополисов страховые организации часто предоставляют возможность получения медицинской помощи вне очереди (а очередь может формироваться не только из пациентов, претендующих на бесплатную помощь, но и из пациентов, оплативших свое лечение за наличный расчет). Обслуживание по монополисам вне очереди базируется на соответствующем соглашении страховой организации с медицинским учреждением либо на сопровождении пациентов к месту получения помощи (к кабинету и т.д.) сотрудниками страховых организаций.

Однако выгодность или невыгодность монополисов во многом определяется и особенностями организации самой классической системы добровольного медицинского страхования (ДМС). Например, в Санкт-Петербурге и ряде других регионов страны страховые организации

при оказании медицинской помощи в системе ДМС оплачивают не полную стоимость лечения, а только разницу между стоимостью оказанных услуг и той суммой, которая будет выставлена за лечение этого же пациента в страховую организацию по ОМС.

Соответственно в данном случае страховая премия (страховой взнос) при классическом страховании оказывается значительно ниже, чем при страховании с использованием монополиса, когда пациент оплачивает не только полную стоимость лечения, но и услуги страховой организации по осуществлению страхования (включая и прибыль страховщика). Поэтому в условиях Санкт-Петербурга монополисы оказались неэффективными и не прижились. В других регионах ситуация может быть несколько иной.

Однако выгодность или невыгодность монополисов во многом определяется и особенностями организации самой классической системы добровольного медицинского страхования (ДМС).

В заключение отметим, что во всех случаях псевдострахования страховая организация выступает не как классический страховщик, а как посредник. И хотя в ряде случаев при псевдостраховании страховая организация выполняет полезные функции (например, связанные с привлечением дополнительного числа коммерческих пациентов, с обеспечением контроля качества силами своих экспертов, внеочередного обслуживания и т.д.), они не могут служить аргументом в пользу правомерности псевдострахования. Эти услуги попадают под понятие возмездного оказания услуг, а не страхования. Поэтому должны заключаться соответствующие договора на оказание услуг, а не медицинского страхования.



МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПИСЬМО
от 15 сентября 1999 г. № 24-02/11

В связи с участвовавшими случаями взимания лечебными учреждениями платы при оказании услуг, в том числе непосредственно не связанных с оказанием медицинской помощи (например, посредством оформления различного рода справок), под предлогом оформления «разового страхового полиса по добровольному медицинскому страхованию» (так называемый «монополис») отмечаем. В соответствии с действующим законодательством цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Статья 3 Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.91 № 1499-1 (в редакции Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 02.04.93) устанавливает, что объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Требования, которым должно отвечать событие, рассматриваемое в качестве страхового, изложены в статье 9 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (в редакции Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О страховании» от 31.12.97 № 157-ФЗ):

- ♦ страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование;
- ♦ событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности.

На основании изложенного по добровольному медицинскому страхованию страховым случаем может быть обращение застрахованного в медицинское учреждение за получением медицинской помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного договором страхования, связанное с внезапным, случайным ухудшением состояния здоровья застрахованного лица в результате заболевания, травмы,

отравления или других несчастных случаев, произошедших в течение действия договора страхования. В случае же оказания услуг посредством использования «монополисов» допускаются следующие нарушения:

- ♦ событие, в силу наступления которого производится выплата страховщиком лечебному учреждению суммы денег, не является страховым, так как не обладает признаками вероятности и случайности: полис выписывается непосредственно при обращении лица в лечебное учреждение;
- ♦ сумма взноса, уплачиваемого лицом, обратившимся в лечебное учреждение, совпадает по времени и величине с суммой произведенной выплаты, в связи с чем страховщик не имеет возможности накопить необходимые средства для гарантирования гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи;
- ♦ выдаваемые гражданам полисы не соответствуют в части оформления требованиям действующего законодательства:
 - не содержат в большинстве случаев сведений о застрахованном лице,
 - не достигается соглашение о размере страховой суммы,
 - не содержат программу добровольного медицинского страхования,
 - не содержат перечень лечебных учреждений;
- ♦ нарушается порядок оформления квитанции о получении страхового взноса (форма А-7), являющейся бланком строгой отчетности, и отмечены случаи наличия на квитанции штампа лечебного учреждения, используемого для оформления больничного листа;
- ♦ отдельные медицинские услуги, оказываемые гражданам под предлогом оформления договора добровольного медицинского страхования, предусмотрены программой обязательного медицинского страхования, что дает основание предполагать двойную оплату одной и той же услуги.

На основании изложенного указанная деятельность не является страховой, а полученные по таким договорам денежные суммы соответственно не являются страховыми взносами и страховыми выплатами.

М.А.МОТОРИН

ОТ РЕДАКЦИИ:

К числу основных задач нашего журнала относится практическая помощь медицинским учреждениям в решении сложных вопросов, возникающих в процессе их повседневной деятельности. Мы надеемся, что данная рубрика станет одной из форм, способствующих решению этой задачи.

В этом номере мы публикуем наиболее часто встречающиеся вопросы и краткие ответы на них. Учитывая, что задаваемые вопросы затрагивают крайне важные проблемы, мы планируем по некоторым из них дать в ближайших номерах (в соответствующих рубриках) более развернутую информацию. В свою очередь ждем от вас, уважаемые читатели нашего журнала, новых вопросов.

Каковы права медицинских учреждений на доход, полученный от оказания платных медицинских услуг? Вышестоящие органы со ссылкой на статьи 41 и 42 Бюджетного кодекса заявляют, что эти средства должны поступить в бюджет и уже вышестоящий орган будет определять направление использования этих средств. Так ли это?

В соответствии со статьей 41 Бюджетного кодекса РФ (п.4) к числу неналоговых доходов бюджетов относятся: «доходы от платных услуг, оказываемых бюджетными учреждениями, находящимися в ведении соответственно федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, после уплаты налогов и сборов, предусмотренных законодательством о налогах и сборах».

Пункт 2 статьи 42 Бюджетного кодекса РФ гласит: «Доходы бюджетного учреждения, полученные от предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход, после уплаты налогов и сборов, предусмотренных законодательством о налогах и сборах, в полном объеме учитываются в смете доходов и расходов бюджетного учреждения и отражаются в доходах соответствующего бюджета как доходы от использования имущества, находящегося в государственной или муниципальной собственности, либо как доходы от оказания платных услуг».

Обращаем внимание читателей на то, что доходы от предпринимательской деятельности бюджетных учреждений только отражаются в соответствующем бюджете, а никак не изымаются из бюджета, не направляются в него и т.д.

Более четкое подтверждение этому мы находим в статье 161 Бюджетного кодекса РФ. Пункт 6 этой статьи содержит фразу: «Бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников».



Вышестоящий орган, ссылаясь на Гражданский кодекс РФ (статья 50), заявляет что, поскольку медицинские учреждения относятся к некоммерческим учреждениям, они вообще не вправе оставлять у себя прибыль или, по крайней мере, не вправе распределять ее (или ее часть) между медицинскими работниками в виде премий и т.д. Так ли это?

Могут ли вышестоящие органы своими решениями устанавливать порядок использования дохода или прибыли (например, определять процент отчислений от прибыли на формирование фонда материального поощрения и т.д.)?

Каковы права медицинских учреждений в использовании прибыли, полученной от предпринимательской деятельности?

Таким образом, доходы от платных услуг и других видов предпринимательской деятельности, полученные бюджетным медицинским учреждением, только учитываются (отражаются) в бюджете соответствующего уровня. А реально распоряжаться ими могут только сами медицинские учреждения. Свои права на самостоятельное распоряжение доходами от платных услуг медицинское учреждение может отстаивать в суде.

Ссылки вышестоящего органа на Гражданский кодекс РФ (ГК РФ) совершенно беспочвенны. Некоммерческие учреждения действительно не вправе распределять прибыль между участниками (статья 50 ГК РФ).

Вот только под участниками понимаются не работники учреждения, а учредители.

Поэтому именно ваши учредители (равно, как и их представители) не вправе распределять полученную медицинским учреждением прибыль.

Распределять прибыль может только само медицинское учреждение, причем самостоятельно.

Поскольку медицинское учреждение имеет полное право самостоятельно распоряжаться как доходом, полученным от предпринимательской деятельности, так и прибылью, то никто не вправе диктовать порядок распределения дохода и прибыли или накладывать какие-либо ограничения (максимальный процент отчислений в те или иные фонды, образуемые за счет дохода или прибыли, и т.д.).

Прибыль является частью дохода от предпринимательской деятельности. Поэтому все права медицинского учреждения на самостоятельное распоряжение доходом, полученным от оказания платных услуг или других видов предпринимательской деятельности, полностью относятся и к правам на распоряжение прибылью.



ОТ РЕДАКЦИИ:

В этой рубрике мы будем знакомить Вас с профессиональными медицинскими ассоциациями, их миссиями, программами и контактными данными.

В свою очередь мы просим коллег, создающих такие ассоциации, присылать нам материалы об их деятельности и успехах в решении профессиональных проблем.

АССОЦИАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «СИБИРСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»

МИССИЯ

Ассоциация «Сибирское здоровье» – это организационно-правовое объединение эффективно функционирующих и управляемых, поступательно развивающихся на основе новых экономических механизмов высокопрофессиональных медицинских учреждений, действующих в рамках общих программ, нацеленных на высокое качество медицинской помощи, оказываемой населению региона.

В своей работе Ассоциация ориентируется на потребности жителей региона Сибири и Дальнего Востока. Первостепенно важным в своей деятельности Ассоциация считает формирование согласованной стратегии, объединяющей ее участников.

ПРЕДМЕТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Предмет деятельности Ассоциации – организация экономически эффективной работы медицинских учреждений и создание стабильных условий для ее осуществления в рамках взаимных интересов и в целях удовлетворения потребностей населения региона Сибири и Дальнего Востока в квалифицированном медицинском обслуживании.

ЗАДАЧИ

Ассоциация ставит перед собой задачи по разработке и реализации ряда программ, направленных на:

- ♦ укрепление и развитие организаций здравоохранения и системы здравоохранения в целом;
- ♦ повышение уровня медицинской и научной деятельности;
- ♦ привлечение инвестиций в сферу здравоохранения;



- ♦ создание единой информационной системы здравоохранения в регионе;
- ♦ унификацию форм и решение на единой методологической основе принципиальных вопросов медицинской деятельности;
- ♦ улучшение качества жизни населения Сибири и Дальнего Востока;
- ♦ организацию производства в России высокоэффективных лекарственных средств.

Ассоциация оказывает содействие:

- ♦ укреплению совместных связей медицинских учреждений в решении общих задач;
- ♦ развитию медицинской науки и техники, внедрению в практику здравоохранения передовых методов лечения;
- ♦ научному обмену достижениями медицинской науки, современных знаний и навыков между российскими и зарубежными медицинскими учреждениями;
- ♦ интеграции медицинских учреждений, научно-исследовательских институтов в соответствующую международную сеть;
- ♦ совершенствованию профессиональной подготовки медицинских кадров.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Адрес: 630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, д. 15

Тел.: (383-2) 36-06-02,

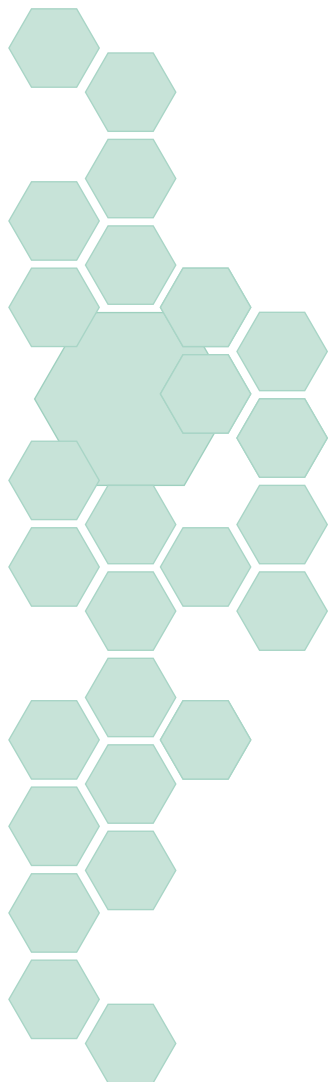
Факс: (383-2) 36-06-01

E-mail: federal@sibmed.ru

НП «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПАЛАТА»

- ♦ оказание на территории деятельности МП российским и иностранным производителям медицинских услуг, информационных и консультационных услуг по вопросам организации хозяйственной деятельности, маркетингу на российском рынке медицинских услуг;
- ♦ участие от имени членов МП в обсуждении и разработке проектов правовых и законодательных актов, независимый контроль за соблюдением действующего законодательства в области охраны здоровья граждан;
- ♦ участие в обсуждении и разработке перспективных направлений развития здравоохранения, реализации региональных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан;





- ♦ участие в обсуждении и разработке на территории деятельности МП системы независимой экспертизы качества оказания медицинских услуг;
- ♦ участие в лицензировании и сертификации медицинской деятельности на территории деятельности МП;
- ♦ участие в обсуждении и разработке федеральных и региональных программ, критериев подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников;
- ♦ содействие разработке и быстрейшему внедрению в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения заболеваний;
- ♦ помощь производителям медицинских услуг в улучшении материальной базы, содействие в обеспечении учреждений здравоохранения новейшей техникой, оборудованием, средствами ухода и лекарственными препаратами;
- ♦ содействие развитию новых форм здравоохранения в регионе деятельности МП;
- ♦ содействие развитию на территории деятельности МП межрегионального и международного медицинского туризма в интересах членов МП;
- ♦ формирование престижа профессии медицинского работника, обеспечение и защита его законных прав и интересов;
- ♦ оказание всесторонней юридической, социальной, профессиональной помощи членам МП на территории деятельности МП, РФ и за рубежом;
- ♦ оказание содействия членам МП в ведении бухгалтерского учета;
- ♦ оказание содействия в координации деятельности профессиональных медицинских объединений, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения в области охраны здоровья граждан;
- ♦ представление интересов производителей медицинских услуг – членов МП в обсуждении и разработке соглашений по тарифам на оказание медицинских услуг в системе обязательного и добровольного медицинского страхования в регионе деятельности МП;
- ♦ регулярное информирование населения, в том числе через средства массовой информации, о состоянии и перспективах развития здравоохранения, качестве и объеме оказываемых медицинских услуг в регионе деятельности МП, распространенности социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих;
- ♦ оказание членам МП рекламных и издательских услуг.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ИНН: 7825692411

Адрес: 191025, г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 82

Фактический адрес: 199178, г. Санкт-Петербург, В.О.,
11 линия, д. 42/10

Тел./факс: (812) 327-42-36

E-mail: medpalata@medpalata.spb.ru

Web-site: www.medpalata.spb.ru

Исполнительный директор МП: РОЖКОВ Евгений Николаевич
(rojkov@medpalata.spb.ru)



199034 Санкт-Петербург, В.О., Бугский пер., 3

тел./факс: 328 0810, 324 5459, 324 7955

e-mail: center@progress1.sp.ru

Центр научно-технической информации «Прогресс» имеет семилетний опыт работы в области дополнительного медицинского образования. Основное направление деятельности Центра – семинары и краткосрочные курсы повышения квалификации, которые проходят при поддержке и участии ведущих медицинских учреждений и специалистов-практиков.

Участники семинаров получают уникальную возможность обмениваться опытом с коллегами из разных регионов страны, установить новые деловые контакты. Для знакомства с последними мировыми достижениями в сфере практического здравоохранения ЦНТИ «Прогресс» предлагает семинары с выездом за границу.

По-новому взглянуть на деятельность учреждения, осознать сильные и слабые стороны в своей работе, повысить ее эффективность помогут курсы повышения квалификации Центра.

Помимо информации, получаемой в рамках семинарских занятий, задумано расширение информационного обмена при поддержке журнала «Менеджер здравоохранения». Ориентация на практическое здравоохранение объединяет ЦНТИ «Прогресс» и журнал «Менеджер здравоохранения».

В первом полугодии 2004 года ЦНТИ «Прогресс» проводит следующие семинары:

1. «Современные экономические технологии развития медицинского учреждения (1-5 марта 2004 года, 1-5 июня 2004 года);
2. «Роль начмеда в работе ЛПУ и выработка политики медицинского учреждения» (2-6 февраля 2004 года, 5-9 апреля 2004 года, 14-18 июня 2004 года);
3. «Главная медицинская сестра – менеджер медицинского учреждения» (26-30 января 2004 года, 15-19 марта 2004 года, 24-28 мая 2004 года);
4. «Главный бухгалтер медицинского учреждения» (12-16 апреля 2004 года);
5. «Организационно-методическая работа в ЛПУ» (9-13 февраля 2004 года).



БЫТЬ НА ШАГ ВПЕРЕДИ!?

Как этого достичь? Как выбрать из множества решений то, которое приведет к успеху? Этими вопросами задаются многие руководители, задумывающиеся о перспективах дальнейшего развития компании, эти вопросы задают себе успешные и целеустремленные менеджеры, планирующие развитие своей карьеры, создание своего бизнеса.

Динамично развивающаяся бизнес-среда диктует новые правила и условия работы, примером тому является развитие отрасли **здравоохранения**. Секрет успеха в медицинской отрасли теперь определяется не только совершенным знанием специфики своего дела, но и владением современными методами управления, способностью комплексно решать бизнес-задачи, разрабатывать стратегию развития фирмы, точно позиционировать

свой бизнес, формировать команду профессионалов и эффективно использовать новейшие бизнес-технологии. Выход западных крупнейших медицинских сетей на российский рынок поставил дополнительные условия: необходимо знать международные законы, по которым живет отрасль во всем мире, чтобы работать на международном уровне, владеть прочной базой знаний для генерирования нестандартных, эффективных решений.



ИНСТИТУТ МИРБИС 15 ЛЕТ В БИЗНЕС-ОБРАЗОВАНИИ

ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ ВЫСШЕГО УПРАВЛЕНЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА

МВА СО СПЕЦИАЛИЗАЦИЕЙ «УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИМ БИЗНЕСОМ»

Особенности обучения:

- ♦ Ориентированность программы МВА «МИРБИС» на реальный медицинский бизнес.
- ♦ Сочетание теоретической подготовки и развитие практических навыков с более углубленным изучением специфики управления в медицинском бизнесе.
- ♦ Проведение практических занятий в форме тренингов, деловых и ролевых игр, анализа кейсов и ситуаций из практики слушателей, комбинирование индивидуальной и командной работы.
- ♦ Участие ведущих руководителей-практиков из наиболее успешных медицинских российских и зарубежных компаний – обмен опытом и формирование индивидуального подхода к реализации бизнес-идей.
- ♦ Программа аккредитована London Metropolitan University, U.K.

Продолжительность обучения: 2 года.

По окончании: Государственный диплом MBA, Diploma of MBA of LMU

Телефон: (095) 101-41-88

E-mail: info@mirbis.ru www.mirbis.ru





Получить необходимые практические навыки управления, развить лидерские качества, систематизировать имеющиеся знания и выработать **новый, гораздо более широкий взгляд на бизнес в сочетании с системным подходом** поможет программа «Мастер делового администрирования, MBA» – программа подготовки квалифицированных профессиональных менеджеров – руководителей нового поколения.

Институт МИРБИС – одна из лидирующих бизнес-школ, предлагающих обучение по программе MBA. В настоящее время «МИРБИС» предлагает в рамках программы MBA углубленное изучение функциональной и отраслевой специфики в 13 различных областях деятельности. Одним из самых востребованных направлений является специализация **MBA – Управление медицинским бизнесом**.

Программа MBA со специализацией «Управление медицинским бизнесом» ориентирована на подготовку руководителей среднего и высшего уровня медицинских учреждений, многие из которых не являются экономистами по образованию. Инициатором и куратором данной программы является **Акчури Ренат Сулейманович**, академик Российской академии медицинских наук, знаменитый хирург. Ее актуальность была подтверждена результатами исследования целого ряда компаний и широкого опроса специалистов, работающих в различных направлениях медицинского бизнеса.

Уникальность программы MBA «МИРБИС» в том, что она ориентирована на реальный медицинский бизнес. Курсы программы разработаны практиками крупнейших российских и зарубежных медицинских компаний. Сочетание теоретической подготовки и развития практических навыков с более углубленным изучением специфики управления в медицинском бизнесе дает возможность слушателям получить полезные практические рекомендации и пути решения проблем, с которыми они сталкиваются в своей практике. Программа построена на сравнительном анализе российского и международного бизнеса и постоянно обновляется. Программа ориентирована на российский и британский стандарт программы MBA, поскольку она аккредитована Лондонским университетом Метрополитен. Ее студентам присуждается степень MBA London Metropolitan University. Качество образования на международном уровне подтверждено успешным результатом международного аудита Европейской ассоциации развития менеджмента efmd в 1998 году.

Обучение осуществляют высококвалифицированные преподаватели Института МИРБИС и крупнейших российских

вузов, эксперты-практики из ведущих российских и иностранных компаний, среди которых Boston Consulting Group, Nestle, Microsoft, IKEA, Вимм-Билль-Данн, Neidermans, Johnson & Johnson, а также преподаватели из London Metropolitan (Guildhall) University, ряда зарубежных университетов. Имеется возможность учиться в одном из университетов-партнеров в Великобритании, Германии, Франции, Голландии и Австрии по системе обмена студентами. Для руководителей коммерческих медицинских учреждений актуальны общие вопросы управления без исключения. Поэтому первая часть программы представлена блоками, содержащими оптимальный набор классических дисциплин менеджмента.

В специфику медицинского бизнеса слушатели будут погружаться на втором году обучения, который состоит из специализированных дисциплин и курсов по выбору:

- ♦ Система здравоохранения (курс посвящен теме непростых взаимоотношений государственных органов здравоохранения с участниками рынка медицинского бизнеса, нормативно-правовым вопросам, касающимся рынка лекарственных препаратов, страхования, лицензированной медицинской деятельности).
- ♦ Правовые вопросы в области здравоохранения.
- ♦ Управление здравоохранением.
- ♦ Формирование и развитие бренда медицинского учреждения.
- ♦ Маркетинг-менеджмент медицинского учреждения и прочие.

Программы сочетают фундаментальную подготовку: изучение экономической теории, количественных методов в экономике, высших финансовых вычислений, широкого спектра дисциплин управления всеми аспектами компаний и развитие практических навыков (проводятся тренинги, «мозговые штурмы», деловые игры, консультации, анализ конкретных ситуаций из практики российских и зарубежных компаний (кейс-метод), решаются актуальные задачи из реальной практики слушателей). Для проведения занятий бизнес-школа приглашает руководителей-практиков из наиболее успешных медицинских коммерческих предприятий, преподавателей Медицинской Академии им. И.М. Сеченова, специалистов из Московского НИИ стоматологии, Информационно-аналитического центра академии наук.

Профессиональные и дружеские связи и контакты, складывающиеся в процессе обучения, являются тем социальным капиталом, который удваивают эффективность приобретенных знаний при решении профессиональных задач и целей.

ПЛАН МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВЫСТАВОК И РОССИЙСКИХ НАУЧНЫХ ФОРУМОВ НА 2004 ГОД

Место проведения:

г. Москва, Центр международной торговли, Краснопресненская наб., 12
и Экспоцентр, Краснопресненская наб., 14

КАРДИОЛОГИЯ – 2004

20 – 23 января, ЦМТ

6-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинского оборудования и лекарственных препаратов для профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний

МедКомТех – 2004

24 – 27 февраля, ЦМТ

2-й Всероссийский научный форум и специализированная выставка информационных и компьютерных технологий в медицине

РеоСпоМед – 2004

30 марта – 2 апреля, ЦМТ

4-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинского оборудования и лекарственных препаратов, применяемых для реабилитации и спортивной медицины

МЕДТЕХНИКА – 2004

19 – 23 апреля, Экспоцентр

15-я международная выставка медицинской техники.
"МЕДИ Экспо" – коллективный организатор

РАДИОЛОГИЯ – 2004

18 – 21 мая, ЦМТ

5-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинской техники, оборудования, средств, применяемых в лучевой диагностике и лучевой терапии

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ

МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2004

15 – 18 июня, ЦМТ

6-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинской техники, оборудования, лекарственных средств, применяемых в акушерстве, гинекологии и перинатологии

СКОРАЯ ПОМОЩЬ – 2004

21 – 24 сентября, ЦМТ

5-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинского оборудования, лекарственных препаратов, применяемых для лечения неотложных состояний на догоспитальном этапе

ХИРУРГИЯ – 2004

1 – 4 ноября, ЦМТ

5-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинского оборудования, лекарственных препаратов, инструментов, техники, применяемых в хирургии

СТОМАТОЛОГИЯ – 2004

29 ноября – 2 декабря, ЦМТ

6-й ежегодный Всероссийский научный форум и специализированная выставка медицинского оборудования, техники и лекарственных препаратов, применяемых в стоматологии

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ – 2004

30 ноября – 4 декабря, Экспоцентр

14-я ежегодная международная выставка медицинского оборудования, техники и лекарственных препаратов.
"МЕДИ Экспо" – коллективный организатор

МЕДИ Экспо

совместно с
**Российской академией
медицинских наук**

Организация научно-выставочных мероприятий по различным медицинским тематикам, способствующих развитию и совершенствованию практического здравоохранения России

500-1000 делегатов на каждый форум, из 250 городов России, СНГ и Балтии

5.000-15.000 посетителей-специалистов на каждую выставку

Скидки отечественным производителям



Кардиология

2004



Стоматология

2004



РеоСпоМед

2004



Радиология

2004



Охрана здоровья
матери и ребенка

2004



МедКомТех

2004



Хирургия

2004



Скорая помощь

2004

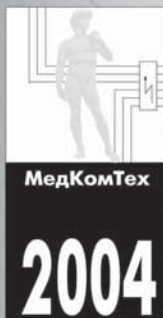
Наш адрес:

119415, Россия, г. Москва, пр. Вернадского 37, корп. 2, офис 206

Тел.: (095) 938 9211 (многоканальный)

E-mail: expo@medexpo.ru <http://www.medexpo.ru>





24-27
февраля
МОСКВА

Центр Международной Торговли



Российский научный форум

МедКомТех 2004

**2-я Международная медицинская
специализированная выставка**

Организатор: "МЕДИ Экспо" ("МОРАГ Экспо")

Совместно с Российской академией медицинских наук, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ, Ассоциацией Развития Медицинских Информационных Технологий (АРМИТ), ММА им И.М. Сеченова МЗ РФ.

При содействии Центра международной торговли

При поддержке Министерства промышленности, науки и технологии РФ, Московской торгово-промышленной палаты, Департамента Здравоохранения Правительства г.Москвы, Министерства Здравоохранения Московской области.



☎: (095) 938 9211

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



СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ ДОСТУПА В ПОМЕЩЕНИИ

Современные системы контроля доступа (СКД) позволяют не только обеспечить доступ в определенные помещения лиц, имеющих на то полномочия, а также ограничить его для лиц, у которых таких прав нет, но и значительно снизить бесконтрольное перемещение сотрудников по различным помещениям организации.

ТИПЫ СКД

Автономные системы доступа представляют собой приборы, состоящие из контроллера, помнящего легальные карты (коды) доступа и управляющего замком или другим исполнительным механизмом, а также считывателя – устройства, дающего команду контроллеру на открывание (или неоткрывание) замка, или клавиатуры для набора кода.

Простейшей СКД является замок на двери, причем замок «интеллектуальный». Под понятием «интеллектуальный» может «скрываться» масса устройств: собственно замок (электромеханический или электромагнитный, электромеханическая защелка), контроллер, считыватель. Если добавить к этому идентификатор (это может быть магнитная, проксимити-карточка, электронный ключ, брелок и т.д.) и кнопку «Выход», устанавливаемую около двери с внутренней стороны, то получится простейшая автономная система ограничения доступа.

Небольшие СКД (до 8 дверей) позволяют пре-



дотвратить доступ в учреждение нежелательных лиц и точно указать сотрудникам те помещения, в которые они имеют право входить.

Более сложные СКД называют сетевыми системами контроля и ограничения доступа. Такие системы способны работать как в автономном режиме, так и под управлением компьютера. Они включают в себя несколько контроллеров, обслуживающих один или несколько считывателей.

Сигнал от контроллеров по линии поступает в компьютер (в схеме может быть задействовано несколько компьютеров), управляющий системой. Еще более сложные системы имеют разветвленную структуру, охватывающую удаленные помещения, могут подключаться к модемам для передачи информации между удаленными объектами.



Нередко подобные сетевые СКД интегрируются с системами охранно-пожарной сигнализации и охранного видеонаблюдения.

Комплексные СКД, помимо выполнения функции ограничения доступа, позволяют решить вопросы безопасности и дисциплины, назначить каждому сотруднику индивидуальный временной график работы, сохранить и затем просмотреть информацию о событиях за день, автоматизировать кадровый и бухгалтерский учет, создать автоматизированное рабочее место охранника и т.д.

Отличия более сложных систем и, в частности, сетевых систем контроля прежде всего в том, что в них функции системы контроля доступа осуществляются в более удобной для пользователя форме. Имеется в виду не только пользователь, проходящий через СКД, но и, например, начальник охраны (дежурный оператор), мгновенно получающий от системы информацию «сотрудник пришел/ушел». Система также полезна для руководства предприятия, табельной или бухгалтерии, которые регулярно в конце месяца получают от СКД информационную сводку по каждому сотруднику.

В этом случае под СКД будет подразумеваться совокупность программно-технических средств и организационно-методических мероприятий, с помощью которых решается задача контроля и управления входом в отдельные помещения, а также перемещением персонала и временем его нахождения на территории объекта. Таким образом, сетевая СКД – это и аппаратура, и программное обеспечение, и система управления движением персонала.

Именно комплексные системы оптимальны для выполнения конкретных задач, свойственных данному предприятию или объекту.

ПРИНЦИП ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СЕТЕВОЙ СКД

Условно он заключается в следующем. Каждый сотрудник (или посетитель) предприятия получает идентификатор («электронный ключ») – пластиковую карточку или брелок с содержащимся в них индивидуальным кодом. Для выдачи идентификатора перечисленные лица должны зарегист-

рироваться в базе данных системы. Паспортные данные, фотография и присвоенный сотруднику (посетителю) код заносятся в персональную электронную карточку базы данных. Далее присвоенный код с помощью программного обеспечения «прописывается» в «базах» соответствующих контроллеров, установленных в системе (например, на входе в здание или в подлежащее контролю помещение). И все.

Можно проходить на территорию. Считыватели, установленные в определенных местах, называемых «точками прохода» (на любом предприятии таких точек, как минимум, четыре: проходные, офисные помещения, помещения особой важности и въезды/выезды автотранспорта), передают полученную от «электронного ключа» информацию (код) контроллерам.

Оттуда сведения поступают в компьютер, который сверяет полученную информацию с «базой» прав доступа владельца «ключа» и передает результаты сверки обратно в контроллер. Компьютер фактически принимает решение – открывать владельцу «ключа» замок данной двери или нет. В зависимости от ситуации, при которой была предъявлена карточка, система может принимать и такие решения: блокировать двери (или другие исполнительные механизмы), перевести помещение в режим охраны, включить сигнал тревоги и т.д.

Все факты предъявления карточек и связанные с ними действия (разрешение или запрещение прохода, «тревога» и т.д.) фиксируются в контроллере и сохраняются в памяти компьютера. Информация о событиях может быть выведена в виде отчета о нарушении административной или трудовой дисциплины, табеля рабочего времени и т.д.

«Сердцем» любой системы СКД является контроллер – устройство, предназначенное для обработки информации от считывателей идентификаторов, принятия решения и управления исполнительными устройствами. Контроллеры СКД можно разделить на три класса: автономные, сетевые и комбинированные.

Автономный контроллер – полностью независимое устройство, предназначенное для обслуживания одной, максимум двух точек прохода. Рассчитан на применение с самыми разными ти-





пами считывателей. Встречаются контроллеры, совмещенные со считывателем, встроенные в замок и т.д. Автономный контроллер, как правило, обслуживает небольшое количество пользователей.

Сетевой контроллер – устройство, способное работать в сети и даже под общим управлением компьютера. В этом случае функции принятия решения ложатся уже не на сам контроллер, а на управляющий компьютер. Естественно, компьютер управляет цепью контроллеров с помощью специализированного программного обеспечения. Сетевые контроллеры применяются для создания СКД любой степени сложности. Именно такие системы дают администрации предприятия (учреждения) огромное количество дополнительных возможностей:

- ♦ создать электронную картотеку данных о сотрудниках, содержащую не только текстовые данные, но и фотографии работников;
- ♦ сформировать временной график: кто, куда и в какое время имеет право ходить;
- ♦ получить отчет о присутствии или отсутствии сотрудников на рабочем месте;
- ♦ практически мгновенно узнать, в каком месте находится сотрудник в данный момент;
- ♦ автоматически составить табель учета рабочего времени.

Комбинированные контроллеры совмещают в себе функции сетевых и автономных контроллеров. Если есть связь с управляющим компьютером (on-line), контроллеры работают как сетевое устройство, если ее нет – как автономные.

ОБОРУДОВАНИЕ

В настоящее время для создания сетевых систем применяется как импортное, так и отечественное оборудование. Последнее используется наиболее широко. Связано это прежде всего с ценами на оборудование. Кроме того, отечественное оборудование не уступает по качеству импортному.

Оборудование серии SS фирмы IEI (США):

- ♦ **контроллер SS-HC-500** представляет собой отдельный блок с электроникой в пластиковом корпусе врезной конструкции с клавиатурой для программирования контроллера. Последний содержит

четыре реле: управления электрозамком, взлома двери, незакрытой двери и шунтирования охранной зоны. Специальный порт (RS-232) позволяет подключить контроллер к другому контроллеру, принтеру или компьютеру. Таким образом может быть создана сеть, объединяющая до восьми контроллеров. Это позволяет пересылать данные между контроллерами, т.е. системные данные, и пользователи могут быть установлены на одном контроллере, а затем эта информация может быть передана на другие контроллеры сети. Точно так же может быть удален любой из пользователей. С помощью компьютера на контроллеры могут быть переданы временные интервалы, в течение которых определенному пользователю разрешен доступ в помещение.

В контроллере может быть запрограммировано до 500 пользователей (индивидуальные коды длиной до 6 знаков, магнитные или Proximity-карты, электронные ключи Touch Memory). Коды программируются с клавиатуры контроллера, а карты или электронные ключи вводятся в память контроллера с соответствующего считывателя.

Контроллер способен хранить протокол на 500 событий (вход, выход конкретных пользователей, попытка несанкционированного доступа, вход в режим программирования и т.д.) с датой и временем для каждого события. Инфракрасный выход позволяет распечатать список событий с контроллера на специальный беспроводный принтер с ИК-каналом (например, Hewlett Packard HP82240B). Информация выводится, начиная с последнего события. При переполнении буфера запись о самом раннем событии стирается. Энергонезависимая память обеспечивает сохранность всех данных программирования, протокола событий и легальных кодов (карт) в отсутствие электропитания.

К контроллеру можно подключить датчик состояния двери (анализирует состояние двери, управляет реле взлома и реле незакрытой двери для подачи соответствующих сигналов тревоги), реле открывания замка (срабатывает при предъявлении карты/кода или замыкании кнопки «Выход»). При программировании задается время срабатывания реле (от 1 до 90 секунд) или триггерный режим – «открыть-закрыть». Нажатие клавиш сопровождается звуковым сигналом и вспышкой светодиода.



Система ограничения доступа, собранная на базе оборудования серии SS, оптимальна для небольших офисов и предприятий с числом сотрудников до 500 человек, где необходимо обеспечить «средний» уровень ограничения доступа.

Более сложные СКД фирма «KANTECH» (Канада) предлагает строить на базе контроллеров KT-200 и различных версий программного обеспечения;

♦ **контроллер KT-200**, безусловно, более сложен технически, но зато он предоставляет более широкие возможности. Начать хотя бы с того, что один контроллер может обслуживать до двух считывателей и двух клавиатур и, следовательно, может управлять двумя дверьми (по одному считывателю/клавиатуре на дверь) или одной дверью со считывателем/клавиатурой на обеих сторонах. При монтаже системы каждый KT-200 подключается к другому KT-200 через специальный интерфейс (RS-485). При этом суммарная длина линии связи может превышать 1 км. Всего в линии может быть установлено 32 контроллера. Она подключается к компьютеру, оснащенный соответствующим программным обеспечением.

Поскольку каждый сотрудник имеет уникальную идентификационную карту или код, можно программно запретить или разрешить проход данного сотрудника через любую из дверей, описывая параметры для любого дня недели или периода суток.

Каждый контроллер может опрашивать до 16 датчиков. Это могут быть не только контакты, проверяющие состояние двери, но и магнитные контакты, детекторы движения, температурные датчики, датчики освещенности и т.п.

Управляющие реле контроллера KT-200 можно использовать для активизации сирены (срабатывающей при попытке взлома или в случае, если дверь останется открытой после прохода сотрудника) или других устройств (освещения, вентиляции, кондиционера, систем видеонаблюдения и т.д.). Эти реле можно включать по расписанию, по событиям в системе или по сочетанию различных логических условий. Количество реле можно увеличить, используя плату с 8 дополнительными реле REB8. К одному KT-200 можно подключить две такие платы.

Но и это еще не все. Изначально небольшую систему можно наращивать, подключая новые контроллеры и создавая новые ветви. Если со временем потребности в организации контроля доступа превысят возможности ранее установленной системы и программного обеспечения, то для перехода на новый уровень достаточно сменить ПЗУ в контроллере и программное обеспечение.

После этого в систему устанавливаются разветвители и к ним подсоединяются дополнительные устройства. Таким образом можно «построить» систему практически любой сложности.

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Entrapass LS — программное обеспечение, позволяющее оборудовать системой контроля доступа предприятия с числом сотрудников до 3000 человек и количеством помещений, подлежащих защите, до 64. Данное «ПО» получило наибольшее распространение, т.к. этим параметрам соответствует большинство предприятий и учреждений, заинтересованных в использовании систем контроля доступа.

Версия **EntrapassMS** предоставляет возможность управления до 256 ветвей контроллеров в единой системе. Каждая ветвь может содержать до 32 контроллеров.

Система контроля доступа **Kantech KL-8000** — мощная многопользовательская программная система безопасности, разработанная для наиболее сложных объектов.

До восьми операторов одновременно работают с данными, находящимися на сервере. Любая из рабочих станций способна получать данные для хранения и последующей обработки. Пользователи, обращающиеся к серверу, могут менять параметры системы (расписание, уровни доступа и др.), генерировать отчеты или активизировать управляемые устройства (блокировка и открытие дверей, активизация реле).

Такая система может автоматически встать на охрану во время, определенное соответствующим расписанием. Даже если какой-либо из входов нарушен во время постановки на охрану (например, задержался на работе один из сотрудников), он будет игнорироваться до тех пор, пока не при-



дет в нормальное состояние. После возвращения входа в нормальное состояние система сможет подать тревогу при его нарушении.

Система также обеспечивает полный автоматический контроль маршрута охраны. В качестве контрольных точек могут использоваться считыватели карточек, магнитные контакты, датчики запора на выход, движения и т.д.

Такие сложные системы могут контролировать доступ в зависимости от текущего времени, дня недели и праздничных дней, вести протокол всех событий (проходов конкретного пользователя через определенную дверь, попыток несанкционированного доступа и т.д.), а также обеспечивают получение различных видов отчетов о событиях, происшедших в системе за определенный отрезок времени. Систему можно использовать для автоматического учета рабочего времени, контроля прохождения заданного маршрута охранником, управления различными устройствами (сиренами, освещением, системой видеонаблюдения и т.п.), подключения к ней датчиков охранной и пожарной сигнализации.

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ

Санкт-Петербургская электротехническая компания «PERCo» предлагает различные решения в области оснащения здания системами контроля доступа. Помещения разделяются на офисные (не требующие особых мер безопасности) и помещения особой важности (места хранения материальных ценностей, интеллектуальной собственности и конфиденциальной информации).

Системы серии **PERCo-MS-400** предназначены для организации контроля доступа при небольшом числе пользователей (максимальное число пользователей – 500 человек). Основа системы – автономные моноблочные считыватели (совмещены с контроллером), открывающие замок по предъявлению бесконтактных карт доступа. Они особенно эффективны при установке на входные двери, на двери кабинетов и служебных (подсобных) помещений офисов, складов и магазинов.

При оборудовании такими системами нескольких помещений одна и та же карточка может открывать несколько дверей, заменяя связку ключей.

Системы данной серии не требуют подключения к компьютеру, т.к. список разрешенных карточек заносится непосредственно в моноблок с помощью мастер-карты. Компактность конструкции и минимум проводов наглядно демонстрируют преимущества автономных систем.

В настоящее время серия **PERCo-MS-400** состоит из трех моделей:

- ♦ СКД **PERCo-MS-401** – предназначена для работы с бесконтактными карточками фирмы Motorola;
- ♦ СКД **PERCo-MS-402** – для работы с бесконтактными карточками фирмы HID;
- ♦ СКД **PERCo-MS-403** – для работы с бесконтактными карточками HID. Она отличается от других систем серии повышенной защищенностью от повреждений и устойчивостью к неблагоприятным климатическим условиям.

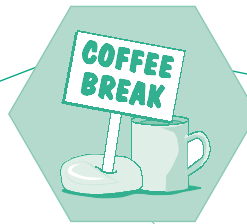
Для промышленных предприятий с числом работающих до 2-3 тыс. человек, а также для большинства офисных помещений оптимальное решение – система **PERCo-S-600** с бесконтактными картами доступа.

Комплексная система **PERCo-SYSTEM-12000** просто незаменима в тех случаях, когда:

- ♦ системой ограничения доступа оснащается объект с большим числом работающих;
- ♦ на объекте имеются различные по уровню необходимого контроля участки: от обычных помещений, в которые допуск осуществляется просто по предъявлению карты, до особо важных, для которых требуется усиленный режим контроля;
- ♦ необходимо централизованно контролировать доступ на объекты, территориально удаленные друг от друга, например, находящиеся в разных зданиях и районах города;
- ♦ необходим автоматизированный табельный и кадровый учет.

Широкие возможности данной системы позволяют успешно использовать ее в банках, административных учреждениях, офисах, на таможнях, в бизнес-центрах, на промышленных предприятиях, вокзалах и аэропортах, на объектах специального назначения и др.

*По материалам журнала
«СТРАХОВОЕ ДЕЛО»*



БРИТАНЦЫ ХОТЯТ ПОБЕДИТЬ ВСЕ ВИРУСЫ ОДНИМ ЛЕКАРСТВОМ

Британские ученые приступили к экспериментам по испытанию препарата, который может стать универсальным средством от тяжелых осложнений острых респираторных вирусных инфекций, возможно, даже от «атипичной пневмонии». Его действие предупреждает чрезмерный иммунный ответ, который может принести больший вред, чем сам вирус.

Эффективность экспериментального препарата пока оценивается только на лабораторных мышах. В экспериментах их заражали вирусом гриппа А, одна из разновидностей которого погубила в пандемии 1918 года около 20 миллионов человек. Часть грызунов получала плацебо – «пустышку», а другая – новый препарат, который упоминается под названием ОХ40:lg. В первой группе у мышей наблюдалось истощение, они выглядели больными, надолго потеряли аппетит, чего не произошло во второй группе. Как было установлено, препарат не только позволяет сохранить нормальный вес, но и объективно снижает интенсивность воспаления. «Мы можем уменьшить его на две трети, но иммунитет все равно справится с вирусом, так что симптомов не будет», – отмечает один из авторов работы.

Как объяснил Трейси Хасселл (Tracy Hussell) из Имперского колледжа Лондона, который вместе со своими коллегами проводил испытания препарата, проблема при многих острых респираторных вирусных инфекциях заключается в молекуле ОХ40, которая участвует в воспалительном ответе. Ее присутствие удерживает в очаге Т-лимфоциты, что приводит к чрезмерному воспалению и тяжелым последствиям. Таким образом, устранив действие молекулы, можно без тяжелых последствий для организма уменьшить воспаление в легких. Именно это и делает поставляемый компанией Xenova Research препарат ОХ40:lg. Он связывает рецептор с молекулой и предотвращает опасные для жизни состояния. Как объяснили ученые, такие вирусы могут убить и являются третьей основной причиной смерти маленьких детей.

Как надеются авторы опубликованного в журнале Journal of Experimental Medicine исследования, в 2004 году удастся приступить к первой фазе клинических испытаний препарата на добровольцах.

New Scientist

ФАНАТОВ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НЕЛЬЗЯ СРАВНИВАТЬ С НАРКОМАНАМИ

На научной конференции в Голландии, посвященной компьютерным играм, ученые отметили, что у геймеров наблюдается повышенная активность в тех же зонах мозга, что у наркоманов и алкоголиков, однако за такое возбуждение не отвечает какое-либо вещество.

Научные исследования привязанности к компьютерным играм интересуют в первую очередь многомиллиардную игровую индустрию. После того, как вдохновленные компьютерными играми подростки совершили серию убийств и самоубийств, правительства многих стран потребовали от производителей печатать на упаковках компьютерных игр предупреждения об опасности.

Но привязанность людей к компьютерным играм лучше всего сравнивать с привязанностью к работе или учебе, а не с наркоманией. Что касается геймеров, то чаще всего это психически нормальные люди, а их странное поведение обуславливается проблемами в семье или неудачной влюбленностью. По этим причинам они зачастую и увлекаются компьютерными играми.

Reuters





ЛЕЧИТЬ SARS БУДУТ СРЕДСТВАМИ ОТ ПСИХОЗОВ

Тайваньские медики заявили, что ими найдены лекарства, эффективные против вируса «тяжелого острого респираторного синдрома», или «атипичной пневмонии» (Severe Acute Respiratory Syndrome – SARS).

Это препарат промазин, используемый для лечения психозов, и противогельминтное средство никлозамид.

«После разнообразных экспериментов мы установили, что эти два препарата значительно замедляют размножение коронавируса SARS», – сообщается в докладе ученых.

При этом наибольший эффект от применения таких лекарств достигается на начальных этапах заболевания.

Национальный институт медицинских исследований Тайваня (National Health Research Institutes – NHRI), кроме исследования вышеуказанных препаратов, занимался созданием новых противовирусных лекарств на их основе.

Сейчас разработано более 10 таких медикаментов, однако для внедрения в медицинскую практику необходимо доказать их безопасность.

AFP

НА РЫНОК США ПОСТУПАЕТ СРЕДСТВО ОТ ЗАПУЩЕННОГО СТАРЧЕСКОГО СЛАБОУМИЯ

Новое лекарство против старческого слабоумия, единственное, которое предназначено для лечения болезни на поздних стадиях, вскоре появится на американском рынке. Мемантин давно используется в Германии, в прошлом году получил одобрение во всей Европе, но в США оставался недоступен. Уже сейчас лицензирующие органы осаждают родственники пациентов, требующие скорей его разрешить.

Хотя комиссия экспертов Управления по пищевым продуктам и лекарствам (FDA) рекомендовала разрешить препарат к применению, многие ее члены остались очень невысокого мнения о его эффективности. «Мне кажется, эффект очень незначителен, – предупреждает председатель доктор Клаудия Кэйвас (Claudia Kawas) из Университета Калифорнии в Ирвайне. – У каждого в комиссии есть сомнения». Тем не менее анонимное голосование позволяет говорить о поддержке мемантина. Мнение комиссии не является для FDA обязательным для исполнения, однако, обычно официальная позиция с ним не расходится.

Ожидается, что препарат может появиться на рынке уже осенью. Впрочем некоторые родственники больных не готовы ждать даже столько, чтобы применить лекарство. Сейчас многие на свой страх и риск заказывают препарат через Интернет в Европе, где он применяется уже достаточно длительное время.

«Это обретение драгоценных моментов», – говорит Барри Купер (Barry Cooper) из Виргинии, имея в виду те улучшения, которые произошли в состоянии его жены с тех пор, как она стала принимать лекарство, купленное за границей. В то же время исследования показывают, что в большинстве случаев препарат позволяет лишь немного замедлить симптомы, например, на полгода продлить самостоятельный уход за собой.

Associated Press



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СТАНДАРТИЗАЦИИ И МЕТРОЛОГИИ
ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 30 марта 1999 г. № 97**

**О ПРИНЯТИИ И ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОБЩЕРОССИЙСКИХ КЛАССИФИКАТОРОВ
(в ред. Изменений № 1/99 (в ОКФС), № 1/99 (в ОКОПФ),
№ 2/2001 (в ОКОПФ), утв. Госстандартом РФ)**

Государственный комитет Российской Федерации по стандартизации и метрологии постановляет:

1. Принять Общероссийский классификатор форм собственности ОК 027-99 с датой введения в действие с 1 января 2000 года.
2. Принять Общероссийский классификатор организационно-правовых форм ОК 028-99 с датой введения в действие с 1 января 2000 года.

*Председатель Госстандарта России
Г.П.ВОРОНИН*

**ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КЛАССИФИКАТОР ФОРМ СОБСТВЕННОСТИ
ОК 027-99**

**Дата введения – 1 января 2000 г.
(в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ)**

Разработан Управлением статистического планирования Госкомстата России, Главным межрегиональным центром обработки и распространения статистической информации Госкомстата России. Представлен Государственным комитетом Российской Федерации по статистике. Внесен научно-техническим управлением Госстандарта России.

Принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 30 марта 1999 г. № 97.

ВВЕДЕНИЕ

Общероссийский классификатор форм собственности (далее – ОКФС) входит в состав Единой системы классификации и кодирования технико-экономической и социальной информации (далее – ЕСКК) Российской Федерации. ОКФС разработан в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и федеральными законами, с учетом практического использования Классификатора форм собственности (КФС), утвержденного Постановлением Госкомстата России от 20 апреля 1993 г. № 47. ОКФС предназначен для:

- ♦ формирования информационных ресурсов регистров, реестров и кадастров, содержащих сведения о субъектах гражданского права;

- ♦ решения аналитических задач в области статистики, в системе налогообложения и других сферах экономики, связанных с управлением и распоряжением имуществом;

- ♦ обеспечения совместимости информационных систем, проведения автоматизированной обработки технико-экономической и социальной информации;

- ♦ анализа и прогнозирования социально-экономических процессов, разработки рекомендаций по регулированию экономики.

Объектами классификации ОКФС являются формы собственности, установленные Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, а также следующими Федеральными законами:





♦ «Об иностранных инвестициях в РСФСР» от 4 июля 1991 г. (Закон РСФСР от 04.07.1991 № 1545-1 утратил силу в связи с изданием Федерального закона от 09.07.1999 № 160-ФЗ);

♦ «О потребительской кооперации в Российской Федерации» от 19 июня 1992 г.;

♦ «Об общественных объединениях» от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ;

♦ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях» от 11 августа 1995 г. № 135-ФЗ;

♦ «О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности» от 12 января 1996 г. № 10-ФЗ;

♦ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О потребительской кооперации в Российской Федерации» от 11 июля 1997 г. № 97-ФЗ;

♦ «О свободе совести и о религиозных объединениях» от 26 сентября 1997 г. № 125-ФЗ;

♦ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19 июля 1998 г. № 112-ФЗ.

Под формой собственности понимаются законодательно урегулированные имущественные отношения, характеризующие закрепление имущества за определенным собственником на праве собственности.

Собственниками имущества могут быть граждане и юридические лица, а также Российская Федерация, субъекты Российской Федерации:

- ♦ республики;
- ♦ края;
- ♦ области;
- ♦ города федерального значения;
- ♦ автономная область;
- ♦ автономные округа;
- ♦ городские и сельские поселения;
- ♦ другие муниципальные образования.

В Российской Федерации признаются частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности. С учетом изложенного в ОКФС формы собственности классифицируются в зависимости от типа собственника.

Например, имущество, принадлежащее на праве собственности Российской Федерации, является федеральной собственностью; имущество, принадлежащее на праве собственности муниципальному образованию, является муниципальной собственностью и т.п.

В классификаторе принята следующая форма записи позиций:

Код	Наименование	Алгоритм сбора

Каждая позиция в классификаторе содержит:

- ♦ двухразрядный цифровой код;
- ♦ наименование формы собственности;
- ♦ алгоритм сбора.

В целях сохранения преемственности с кодами широко внедренного в сфере экономики КФС, отменяемого с введением в действие настоящего классификатора, в ОКФС сохранены кодовые обозначения форм собственности, ранее использованные в КФС.

Для раскрытия содержания понятий некоторых форм собственности (группировочных позиций) в классификаторе приведены алгоритмы сбора, каждый из которых представляет собой сумму кодов позиций, входящих в данную форму собственности (см. табл. 1).

Таблица 1

Пример построения позиции ОКФС

Код	Наименование	Алгоритм сбора
11	Государственная собственность	12+13

11 – код государственной собственности;

Государственная собственность – наименование классификационной группировки;

12 + 13 – алгоритм сбора государственной собственности, состоящей из федеральной собственности (код 12) и собственности субъектов Российской Федерации (код 13).

В ОКФС введены позиции форм собственности: «Смешанная российская собственность», «Смешанная иностранная собственность», «Собственность с совместным российским и иностранным участием», не установленные законодательством, но необходимые для обработки статистической информации.

К позициям ОКФС в приложении «А» даны соответствующие пояснения. Для удобства использования данного классификатора в практических целях позиции ОКФС приведены в алфавитном порядке в приложении «Б» и в порядке возрастания кодов – в приложении «В».

Ведение ОКФС осуществляет ГМЦ Госкомстата России во взаимодействии с ВНИИКИ Госстандарта России (см. табл. 2).



Таблица 2

Формы собственности

Код	Наименование	Алгоритм сбора
10	РОССИЙСКАЯ СОБСТВЕННОСТЬ	11 + 14 + 15+ 16 + 17 +18 + 19
11	Государственная собственность	12 + 13
12	Федеральная собственность	
13	Собственность субъектов Российской Федерации	
14	Муниципальная собственность	
16	Частная собственность	
18	Собственность российских граждан, постоянно проживающих за границей	
19	Собственность потребительской кооперации	
15	Собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	50 + 51 + 52+ 53 + 54
50	Собственность благотворительных организаций	
51	Собственность политических общественных объединений	
52	Собственность профессиональных союзов	
53	Собственность общественных объединений	
54	Собственность религиозных объединений	
17	Смешанная российская собственность (в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	40 + 49
20	ИНОСТРАННАЯ СОБСТВЕННОСТЬ	21 + 22 + 23+ 24 + 27
21	Собственность международных организаций	
22	Собственность иностранных государств	
23	Собственность иностранных юридических лиц	
24	Собственность иностранных граждан и лиц без гражданства	
27	Смешанная иностранная собственность	
30	СОВМЕСТНАЯ РОССИЙСКАЯ И ИНОСТРАННАЯ СОБСТВЕННОСТЬ	31 + 32 + 33+ 34 + 35
31	Совместная федеральная и иностранная собственность	
32	Совместная собственность субъектов Российской Федерации и иностранная собственность	
33	Совместная муниципальная и иностранная собственность	
34	Совместная частная и иностранная собственность	
35	Совместная собственность общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранная собственность	
40	СМЕШАННАЯ РОССИЙСКАЯ СОБСТВЕННОСТЬ С ДОЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОБСТВЕННОСТИ (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	41 + 42 + 43
41	Смешанная российская собственность с долей федеральной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	
42	Смешанная российская собственность с долей собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	
43	Смешанная российская собственность с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	
49	Иная смешанная российская собственность (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	

Приложение А
(справочное)

**ПОЯСНЕНИЯ К ПОЗИЦИЯМ КЛАССИФИКАТОРА
(в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ)**

Российской собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности гражданам и юридическим лицам России, Российской Федерации, субъектам Российской Федерации (республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области, автономным округам), городским и сельским поселениям, другим муниципальным образованиям и находящееся на территории Российской Федерации и за ее пределами.

Государственной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности Российской Федерации, и имущество, принадлежащее на праве собственности

тем субъектам Российской Федерации: республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области, автономным округам (ГК РФ, ст. 214).

Федеральной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности Российской Федерации (ГК РФ, ст. 214).

Собственностью субъектов Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности субъектам Российской Федерации: республикам, краям, областям, городам федерального значения, автономной области, автономным округам (ГК РФ, ст. 214).





Муниципальной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности городским и сельским поселениям, а также другим муниципальным образованиям (ГК РФ, ст. 215).

Частной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности гражданам или юридическим лицам, за исключением отдельных видов имущества, которое в соответствии с законом не может принадлежать гражданам или юридическим лицам.

Собственностью российских граждан, имеющих постоянное местожительство за границей, является имущество, принадлежащее на праве собственности гражданам Российской Федерации, имеющим постоянное местожительство за границей, за исключением отдельных видов имущества, которое в соответствии с законом не может принадлежать гражданам.

Собственностью потребительской кооперации, представляющей собой систему потребительских обществ и их союзов, является имущество, принадлежащее на праве собственности потребительским обществам, их союзам и образуемое за счет взносов пайщиков, дохода, получаемого в результате хозяйственной деятельности, и иных источников, не запрещенных законодательством РФ и республик в составе Российской Федерации (ФЗ «О потребительской кооперации в Российской Федерации», ст. 5; ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О потребительской кооперации в Российской Федерации», ст. 1).

Собственностью общественных и религиозных организаций (объединений) является имущество, принадлежащее на праве собственности общественным и религиозным организациям (объединениям).

Собственностью благотворительных организаций является имущество, принадлежащее на праве собственности благотворительным организациям (ФЗ «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях», ст. 16).

Собственностью политических общественных объединений является имущество, принадлежащее на праве собственности политическим общественным объединениям (политическим организациям, в том числе политическим партиям, а также политическим движениям) (ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общественных объединениях», ст. 1).

Собственностью профессиональных союзов является имущество, в том числе денежные средства, принадлежащие на праве собственности союзам, их объединениям (ассоциациям), первичным профсоюзным организациям и необходимые для выполнения своих уставных целей и задач (ФЗ «О про-

фессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности», ст. 24).

Собственностью общественных объединений является имущество, принадлежащее на праве собственности общественным объединениям и необходимое для материального обеспечения их деятельности (ФЗ «Об общественных объединениях», ст. 30).

Собственностью религиозных объединений является имущество, принадлежащее религиозным организациям на праве собственности и необходимое для обеспечения их деятельности (ФЗ «О свободе совести и о религиозных объединениях», ст. 21).

Смешанной российской собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности.

Смешанной российской собственностью с долей государственной собственности является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием доли государственной собственности (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Смешанной российской собственностью с долей федеральной собственности является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием доли федеральной собственности и отсутствием доли собственности субъектов Российской Федерации (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Смешанной российской собственностью с долей собственности субъектов Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием доли собственности субъектов Российской Федерации и отсутствием доли федеральной собственности (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Смешанной российской собственностью с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности с наличием долей федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).



Иной смешанной российской собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества различных форм российской собственности и отсутствии доли государственной собственности (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Иностранной собственностью на территории Российской Федерации является имущество, принадлежащее на праве собственности международным организациям, иностранным государствам, иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам, а также российским гражданам, имеющим постоянное местожительство за границей.

Собственностью международных организаций является имущество, принадлежащее на праве собственности международным организациям.

Собственностью иностранных государств является имущество, принадлежащее на праве собственности иностранным государствам.

Собственностью иностранных юридических лиц является имущество, принадлежащее на праве собственности иностранным юридическим лицам.

Собственностью иностранных граждан, лиц без гражданства является имущество, принадлежащее на праве собственности иностранным гражданам, лицам без гражданства.

Смешанной иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества иностранных собственников различных форм собственности.

Совместной российской и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве собственности российскому юридическому лицу и основанное на объединении имущества российских и иностранных собственников.

Совместной федеральной и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности Российской Федерации и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной собственностью субъектов Российской Федерации и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности субъектам Российской Федерации и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной муниципальной и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности муниципальным образованиям и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной частной и иностранной собственностью является имущество частной формы собственности, принадлежащее на праве общей собственности российским гражданам, российским юридическим лицам и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Совместной собственностью общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранной собственностью является имущество, принадлежащее на праве общей собственности российским общественным или религиозным организациям (объединениям) и иностранным юридическим лицам, иностранным гражданам.

Приложение Б
(справочное)

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ (в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ)

Наименование	Код
Государственная собственность	11
Иная смешанная российская собственность (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	49
Иностранная собственность	20
Муниципальная собственность	14
Российская собственность	10
Смешанная иностранная собственность	27
Смешанная российская собственность	17
Смешанная российская собственность с долей государственной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	40
Смешанная российская собственность с долей федеральной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	41
Смешанная российская собственность с долей собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	42
Смешанная российская собственность с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	43
Собственность благотворительных организаций	50
Собственность международных организаций	21
Собственность иностранных государств	22
Собственность иностранных юридических лиц	23





Наименование	Код
Собственность иностранных граждан и лиц без гражданства	24
Собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	15
Собственность общественных объединений	53
Собственность политических общественных объединений	51
Собственность потребительской кооперации	19
Собственность профессиональных союзов	52
Собственность религиозных объединений	54
Собственность российских граждан, постоянно проживающих за границей	18
Собственность субъектов Российской Федерации	13
Совместная муниципальная и иностранная собственность	33
Совместная российская и иностранная собственность	30
Совместная собственность общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранная собственность	35
Совместная собственность субъектов Российской Федерации и иностранная собственность	32
Совместная федеральная и иностранная собственность	31
Совместная частная и иностранная собственность	34
Федеральная собственность	12

Приложение В
(справочное)

ПЕРЕЧЕНЬ ПОЗИЦИЙ КЛАССИФИКАТОРА ПО ВОЗРАСТАНИЮ КОДОВ (в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ)

Код	Наименование
10	Российская собственность
11	Государственная собственность
12	Федеральная собственность
13	Собственность субъектов Российской Федерации
14	Муниципальная собственность
15	Собственность общественных и религиозных организаций (объединений)
16	Частная собственность
17	Смешанная российская собственность
18	Собственность российских граждан, постоянно проживающих за границей
19	Собственность потребительской кооперации
20	Иностранная собственность
21	Собственность международных организаций
22	Собственность иностранных государств
23	Собственность иностранных юридических лиц
24	Собственность иностранных граждан и лиц без гражданства
27	Смешанная иностранная собственность
30	Совместная российская и иностранная собственность
31	Совместная федеральная и иностранная собственность
32	Совместная собственность субъектов Российской Федерации и иностранная собственность
33	Совместная муниципальная и иностранная собственность
34	Совместная частная и иностранная собственность
35	Совместная собственность общественных и религиозных организаций (объединений) и иностранная собственность
40	Смешанная российская собственность с долей государственной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
41	Смешанная российская собственность с долей федеральной собственности (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
42	Смешанная российская собственность с долей собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
43	Смешанная российская собственность с долями федеральной собственности и собственности субъектов Российской Федерации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
49	Иная смешанная российская собственность (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
50	Собственность благотворительных организаций
51	Собственность политических общественных объединений
52	Собственность профессиональных союзов
53	Собственность общественных объединений
54	Собственность религиозных объединений



ОБЩЕРОССИЙСКИЙ КЛАССИФИКАТОР ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫХ ФОРМ ОК 028-99

Дата введения – 1 января 2000 г.
(в ред. Изменений № 1/99, № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)

Разработан Управлением статистического планирования Госкомстата России, Главным межрегиональным центром обработки и распространения статистической информации Госкомстата России.

Представлен Государственным комитетом Российской Федерации по статистике.

Внесен Научно-техническим управлением Госстандарта России.

Принят и введен в действие Постановлением Госстандарта России от 30 марта 1999 г. № 97.

ВВЕДЕНИЕ

Общероссийский классификатор организационно-правовых форм (далее – ОКОПФ) входит в состав Единой системы классификации и кодирования технико-экономической и социальной информации (ЕСКК) Российской Федерации. ОКОПФ разработан в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и федеральными законами с учетом практического использования Классификатора организационно-правовых форм (далее – КОПФ), утвержденного Постановлением Госкомстата России от 20 апреля 1993 г. № 47.

ОКОПФ предназначен для:

- ♦ формирования информационных ресурсов регистров, реестров и кадастров, содержащих сведения о хозяйствующих субъектах;
- ♦ решения аналитических задач в области статистики, в системе налогообложения и других сферах экономики, связанных с управлением и распоряжением имуществом;
- ♦ обеспечения совместимости информационных систем, проведения автоматизированной обработки технико-экономической и социальной информации;
- ♦ анализа и прогнозирования социально-экономических процессов, разработки рекомендаций по регулированию экономики.

Объектами классификации ОКОПФ являются организационно-правовые формы хозяйствующих субъектов, установленные Гражданским кодексом Российской Федерации, а также следующими Федеральными законами и нормативными актами:

«О крестьянском (фермерском) хозяйстве» от 22 ноября 1990 г. (Закон РСФСР от 22.11.1990 № 348-1 утра-

тил силу в связи с принятием Федерального закона от 11.06.2003 № 74-ФЗ);

«Об изменениях в Законе РСФСР «О крестьянском (фермерском) хозяйстве» в связи с принятием Постановления Съезда народных депутатов РСФСР «О программе возрождения российской деревни и развития агропромышленного комплекса» и Закона РСФСР «Об изменениях и дополнениях Конституции (Основного Закона) РСФСР» от 27 декабря 1990 г. (Закон РСФСР от 27.12.1990 № 461-1 утратил силу в связи с принятием Федерального закона от 11.06.2003 № 74-ФЗ);

«Об общественных объединениях» от 19 мая 1995 г. № 82-ФЗ;

Указ Президента Российской Федерации «О дополнительных мерах по повышению эффективности инвестиционной политики Российской Федерации» от 26 июля 1995 г. № 765 (Указ от 26.07.1995 № 765 утратил силу в связи с изданием Указа от 06.06.2002 № 562);

«Об общих принципах организации местного самоуправления» от 28 августа 1995 г. № 154-ФЗ;

«О финансово-промышленных группах» от 30 ноября 1995 г. № 190-ФЗ;

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

«О товариществах собственников жилья» от 15 июня 1996 г. № 72-ФЗ;

«О садоводческих, огороднических и дачных некоммерческих объединениях граждан» от 15 апреля 1998 г. № 66-ФЗ.

К хозяйствующим субъектам в ОКОПФ относятся любые юридические лица, а также организации, осуществ-





ляющие свою деятельность без образования юридического лица, и индивидуальные предприниматели.

Под организационно-правовой формой понимается способ закрепления и использования имущества хозяйствующим субъектом и вытекающие из этого его правовое положение и цели предпринимательской деятельности. Исходя из целей предпринимательской деятельности, хозяйствующие субъекты, являющиеся юридическими лицами, разделяются на организации, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (коммерческие организации) либо не имеющие извлечение прибыли в качестве такой цели и не распределяющие полученную прибыль между участниками (некоммерческие организации).

Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями, могут создаваться в форме хозяйственных товариществ и обществ, производственных кооперативов, государственных и муниципальных унитарных предприятий.

Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, могут создаваться в форме потребительских кооперативов, общественных или религиозных организаций (объединений), финансируемых собственником учреждений, благотворительных и иных фондов, а также в других формах, предусмотренных законом (некоммерческих партнерств, автономных некоммерческих организаций и т.д.).

К хозяйствующим субъектам, не являющимся юридическими лицами, но имеющими право осуществлять свою деятельность без образования юридического лица, относятся финансово-промышленные группы Российской Федерации, паевые инвестиционные фонды, представительства, филиалы и другие обособленные подразделения юридических лиц, а также простые товарищества (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции).

К индивидуальным предпринимателям относятся граждане, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции).

С учетом изложенного в ОКОПФ выделены следующие основные классификационные группировки: юридические лица, являющиеся коммерческими организациями; юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями; организации без прав юридического лица; индивидуальные предприниматели, и определен состав относящихся к ним позиций (в ред. Изменения № 2/2001,

утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции).

В классификаторе принята следующая форма записи позиций:

Код	Наименование	Алгоритм сбора

Каждая позиция в классификаторе содержит:

- ♦ двухразрядный цифровой код;
- ♦ наименование организационно-правовой формы;
- ♦ алгоритм сбора.

В целях сохранения преемственности с кодами широко внедренного в сфере экономики КОПФ, отменяемого после введения в действие настоящего классификатора, в ОКОПФ сохранены кодовые обозначения организационно-правовых форм, ранее использованные в КОПФ.

Для раскрытия содержания понятий отдельных организационно-правовых форм (группировочных позиций) в классификаторе приведены алгоритмы сбора, каждый из которых представляет собой сумму кодов позиций, входящих в данную организационно-правовую форму (см. табл. 1).

Таблица 1

Пример построения позиции ОКОПФ

Код	Наименование	Алгоритм сбора
60	Акционерные общества	47+67

60 – код акционерных обществ (акционерные общества – наименование организационно-правовой формы);

47 + 67 – алгоритм сбора акционерных обществ, состоящих из открытых акционерных обществ (код 47) и закрытых акционерных обществ (код 67).

В ОКОПФ введена позиция «иные неюридические лица», не установленная законодательством, но необходимая для обработки статистической информации. К позициям ОКОПФ в приложении А даны соответствующие пояснения. Для удобства использования данного классификатора в практических целях позиции ОКОПФ приведены в алфавитном порядке в приложении Б и в порядке возрастания кодов в приложении В. Ведение ОКОПФ осуществляет ГМЦ Госкомстата России во взаимодействии с ВНИИКИ Госстандарта России (см. табл. 2).



Таблица 2

Организационно-правовые формы

Код	Наименование	Алгоритм сбора
39	ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ КОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ	40+48+52+53
48	Хозяйственные товарищества и общества	51+60+64+65+66
51	Полные товарищества	
64	Товарищества на вере	
65	Общества с ограниченной ответственностью	
66	Общества с дополнительной ответственностью	
60	Акционерные общества	47+67
47	Открытые акционерные общества	
67	Закрытые акционерные общества	
52	Производственные кооперативы	
53	Крестьянские (фермерские) хозяйства	
40	Унитарные предприятия	41+42+68
42	Унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения	
41	Унитарные предприятия, основанные на праве оперативного управления	
68	Дочерние унитарные предприятия	
70	ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА, ЯВЛЯЮЩИЕСЯ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (в ред. Изменения № 1/99, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции)	76+77+78+80+8+82+83+84+85+88+89+93+94+96+97
85	Потребительские кооперативы	
83	Общественные и религиозные организации (объединения)	
84	Общественные движения	
88	Фонды	
81	Учреждения	
82	Государственные корпорации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	
78	Органы общественной самостоятельности	
96	Некоммерческие партнерства	
97	Автономные некоммерческие организации	
93	Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы)	
77	Ассоциации крестьянских (фермерских) хозяйств	
80	Территориальные общественные самоуправления	
94	Товарищества собственников жилья	
76	Садоводческие, огороднические или дачные некоммерческие товарищества	
89	Прочие некоммерческие организации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	
99	ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗ ПРАВ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции)	79+87+90+92+98
79	Финансово-промышленные группы	
92	Паевые инвестиционные фонды	
87	Простые товарищества	
90	Представительства и филиалы	
91	Индивидуальные предприниматели (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции)	91
98	Иные неюридические лица	

Приложение А
(справочное)

**ПОЯСНЕНИЯ К ПОЗИЦИЯМ КЛАССИФИКАТОРА
(в ред. Изменений № 1/99, № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)**

Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями, – это юридические лица, преследующие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности (ГК РФ, ст. 50).

Хозяйственными товариществами и обществами признаются коммерческие организации с разделенным

на доли (вклады) учредителей (участников) уставным (складочным) капиталом. Хозяйственные товарищества могут создаваться в форме полного товарищества и товарищества на вере (командитного товарищества). Хозяйственные общества могут создаваться в форме акционерного общества, общества с ограниченной или





дополнительной ответственностью (ГК РФ, ст. 66). Полными признаются товарищества, участники которых (полные товарищи) в соответствии с заключенным между ними договором занимаются предпринимательской деятельностью от имени товарищества и несут ответственность по его обязательствам принадлежащим им имуществом (ГК РФ, ст. 69).

Товариществами на вере (командитными товариществами) признаются товарищества, в которых, наряду с участниками, осуществляющими от имени товарищества предпринимательскую деятельность и отвечающими по обязательствам товарищества своим имуществом (полными товарищами), имеется один или несколько участников – вкладчиков (командитистов), которые несут риск убытков, связанных с деятельностью товарищества, в пределах сумм внесенных ими вкладов и не принимают участия в осуществлении товариществом предпринимательской деятельности (ГК РФ, ст. 82).

Обществами с ограниченной ответственностью признаются учрежденные одним или несколькими лицами общества, уставный капитал которых разделен на доли определенных учредительными документами размеров; участники общества с ограниченной ответственностью не отвечают за его обязательства и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости внесенных ими вкладов (ГК РФ, ст. 87).

Обществами с дополнительной ответственностью признаются учрежденные одним или несколькими лицами общества, уставный капитал которых разделен на доли определенных учредительными документами размеров; участники такого общества солидарно несут субсидиарную ответственность за его обязательства своим имуществом в одинаковом для всех кратном размере к стоимости их вкладов, определяемом учредительными документами общества (ГК РФ, ст. 95).

Акционерными обществами признаются общества, уставный капитал которых разделен на определенное число акций; участники акционерного общества (акционеры) не отвечают за его обязательства и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости принадлежащих им акций (ГК РФ, ст. 96).

Открытыми акционерными обществами признаются акционерные общества, участники которых могут от-

чуждать принадлежащие им акции без согласия других акционеров (ГК РФ, ст. 97).

Закрытыми акционерными обществами признаются акционерные общества, акции которых распределяются только среди учредителей или иного заранее определенного круга лиц (ГК РФ, ст. 97).

Производственными кооперативами (артелями) признаются добровольные объединения граждан на основе членства для совместной производственной или иной хозяйственной деятельности (производство, переработка, сбыт промышленной, сельскохозяйственной и иной продукции, выполнение работ, торговля, бытовое обслуживание, оказание других услуг), основанной на их личном трудовом и ином участии и объединении их членами (участниками) имущественных паевых взносов (ГК РФ, ст. 107).

Крестьянскими (фермерскими) хозяйствами являются самостоятельные хозяйствующие субъекты с правами юридического лица, представленные отдельными гражданами, семьями или группой лиц, осуществляющих производство, переработку и реализацию сельскохозяйственной продукции на основе использования имущества и находящихся в их пользовании, в том числе в аренде, в пожизненном наследуемом владении или в собственности земельных участков (Закон РСФСР «Об изменениях в Законе РСФСР «О крестьянском (фермерском) хозяйстве» в связи с принятием Постановления Съезда народных депутатов РСФСР «О программе возрождения российской деревни и развития агропромышленного комплекса» и Закона РСФСР «Об изменениях и дополнениях Конституции (Основного Закона) РСФСР», ст. 1) (Закон РСФСР от 27.12.1990 № 461-1 утратил силу в связи с принятием Федерального закона от 11.06.2003 № 74-ФЗ.)

Унитарными предприятиями признаются коммерческие организации, не наделенные правом собственности на закрепленное за ними собственником имущество. Имущество унитарного предприятия является неделимым и не может быть распределено по вкладам (долям, паям), в том числе между работниками предприятия.

В форме унитарных предприятий могут быть созданы только государственные и муниципальные предприятия.

Имущество государственных, или муниципальных унитарных предприятий находится соответственно в государственной, или муниципальной собственности и



принадлежит таким предприятиям на праве хозяйственного ведения или оперативного управления (ГК РФ, ст. 113).

Унитарными предприятиями, основанными на праве хозяйственного ведения, признаются созданные по решению уполномоченного на то государственного органа унитарные предприятия, имущество которых находится в государственной собственности и принадлежит им на праве хозяйственного ведения.

Унитарными предприятиями, основанными на праве оперативного управления (федеральными казенными предприятиями), признаются унитарные предприятия, образованные по решению Правительства Российской Федерации на базе имущества, находящегося в федеральной собственности, и основанные на праве оперативного управления.

Дочерними унитарными предприятиями признаются унитарные предприятия, созданные в качестве юридических лиц другими основанными на праве хозяйственного ведения унитарными предприятиями путем передачи им в установленном порядке части своего имущества в хозяйственное ведение.

Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями, – это юридические лица, не имеющие извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и не распределяющие полученную прибыль между участниками (ГК РФ, ст. 50).

Потребительскими кооперативами признаются добровольные объединения граждан и юридических лиц на основе членства с целью удовлетворения материальных и иных потребностей участников, осуществляемые путем объединения его членами имущественных паевых взносов (ГК РФ, ст. 116).

К данной позиции ОКОПФ относятся также потребительские общества.

Общественными и религиозными организациями (объединениями) признаются добровольные объединения граждан, в установленном законом порядке объединившихся на основе общности их интересов для удовлетворения духовных или иных нематериальных потребностей (ГК РФ, ст. 117).

Общественными движениями являются состоящие из участников и не имеющие членства массовые общественные объединения, преследующие социальные, политические и иные общественно полезные цели, поддерживаемые участниками общественного движения (ФЗ «Об общественных объединениях», ст. 9).

Фондами признаются не имеющие членства некоммерческие организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов, преследующие социальные, благотворительные, культурные, образовательные или иные общественно полезные цели (ГК РФ, ст. 118).

Учреждениями признаются организации, созданные собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемые им полностью или частично (ГК РФ, ст. 120).

Государственными корпорациями признаются не имеющие членства некоммерческие организации, учрежденные Российской Федерацией на основе имущественного взноса и созданные для осуществления социальных, управленческих или иных общественно полезных функций (ФЗ «О внесении дополнения в Федеральный закон «О некоммерческих организациях» от 8 июля 1999 г. № 140-ФЗ, ст. 1) (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Органами общественной самодеятельности являются не имеющие членства общественные объединения, цель которых – совместное решение различных социальных проблем, возникающих у граждан по месту жительства, работы или учебы, направленное на удовлетворение потребностей неограниченного круга лиц, чьи интересы связаны с достижением уставных целей и реализацией программ органа общественной самодеятельности по месту его создания (ФЗ «Об общественных объединениях», ст. 12).

Некоммерческими партнерствами признаются основанные на членстве некоммерческие организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами для содействия их членам в осуществлении деятельности, направленной на достижение социальных, благотворительных, культурных, образовательных, научных и управленческих целей, для охраны здоровья граждан, развития физической культуры и спорта, удовлетворения духовных и иных нематериальных потребностей граждан, защиты прав, законных интересов граждан и организаций, разрешения споров и конфликтов, оказания юридической помощи, а также в иных целях, направленных на достижение общественных благ (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 2, ст. 8).

Автономными некоммерческими организациями признаются не имеющие членства некоммерческие





организации, учрежденные гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг (ФЗ «О некоммерческих организациях», ст. 10).

Объединениями юридических лиц (ассоциациями и союзами) являются некоммерческие организации, создаваемые путем объединения по договору между собой коммерческих организаций в целях координации их предпринимательской деятельности, а также предоставления и защиты общих имущественных интересов.

К объединениям юридических лиц (ассоциациям и союзам) относятся также добровольные объединения общественных и иных некоммерческих организаций, в том числе учреждений.

Ассоциациями крестьянских (фермерских) хозяйств являются ассоциации, созданные путем объединения самостоятельных крестьянских хозяйств либо в случаях преобразования колхозов и совхозов по решению их коллективов (Закон РСФСР «О крестьянском (фермерском) хозяйстве», ст. 28) (Закон РСФСР от 22.11.1990 № 348-1 утратил силу в связи с принятием Федерального закона от 11.06.2003 № 74-ФЗ.)

Под территориальными общественными самоуправлениями понимаются самоорганизации граждан по месту их жительства на части территории муниципального образования (территориях поселений, не являющихся муниципальными образованиями, микрорайонов, кварталов, улиц, дворов и других территориях) для самостоятельного и под свою ответственность осуществления собственных инициатив в вопросах местного значения непосредственно населением (ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», ст. 27).

Товариществами собственников жилья являются некоммерческие организации в форме объединения домовладельцев для совместного управления и обеспечения эксплуатации комплекса недвижимого имущества в кондоминиуме, владения, пользования и в установленных законодательством пределах распоряжения общим имуществом (ФЗ «О товариществах собственников жилья», ст. 1).

Садоводческими, огородническими или дачными некоммерческими товариществами являются некоммерческие организации, учрежденные гражданами на добровольных началах для содействия ее членам в реше-

нии общих социально-хозяйственных задач ведения садоводства, огородничества и дачного хозяйства (ФЗ «О садоводческих, огороднических и дачных некоммерческих объединениях граждан», ст. 1). Прочими некоммерческими организациями признаются юридические лица, созданные в других формах, предусмотренных законом (абзац введен Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ).

Организациями без прав юридического лица являются хозяйствующие субъекты, осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции).

Финансово-промышленными группами признаются совокупности юридических лиц, действующих как основные и дочерние общества либо полностью или частично объединивших свои материальные и нематериальные активы (система участия) на основе договоров о создании финансово-промышленных групп в целях технологической или экономической интеграции для реализации инвестиционных и иных проектов и программ, направленных на повышение конкурентоспособности и расширение рынков сбыта товаров и услуг, повышение эффективности производства, создание новых рабочих мест (ФЗ «О финансово-промышленных группах», ст. 2).

Паевыми инвестиционными фондами признаются имущественные комплексы без создания юридического лица, доверительное управление имуществом которых осуществляют управляющие компании паевых инвестиционных фондов в целях прироста имущества соответствующих паевых инвестиционных фондов (Указ Президента РФ «О дополнительных мерах по повышению эффективности инвестиционной политики Российской Федерации», п. 1) (Указ Президента РФ от 26.07.1995 № 765 «О дополнительных мерах по повышению эффективности инвестиционной политики Российской Федерации» утратил силу в связи с изданием Указа Президента РФ от 06.06.2002 № 562).

Под простыми товариществами понимаются хозяйствующие субъекты без образования юридического лица, созданные на основе заключаемых по договору о совместной деятельности соглашений двух или нескольких лиц (товарищей), обязующихся соединить свои вклады и совместно действовать без образования юридического лица для извлечения прибыли или достижения иной не противоречащей закону цели.



Сторонами договора простого товарищества, заключаемого для осуществления предпринимательской деятельности, могут быть только индивидуальные предприниматели и (или) коммерческие организации (ГК РФ, ст. 1041).

Представительства и филиалы не являются юридическими лицами. Они наделяются имуществом создавшим их юридическим лицом и действуют на основании утвержденных им положений.

Представительством является обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения, которое представляет интересы юридического лица и осуществляет их защиту. Филиалом является обособленное подразделение юридического лица, расположенное вне места его нахождения и осуществляющее все его функции или их часть, в том числе функции представительства (ГК РФ, ст. 55).

К данной позиции ОКОПФ относятся также иные обособленные подразделения юридических лиц (абзац

исключен Изменением № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции).

Иными неюридическими лицами признаются прочие хозяйствующие субъекты, созданные в соответствии с действующим законодательством и осуществляющие свою деятельность без образования юридического лица.

Индивидуальными предпринимателями являются граждане, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица и прошедшие государственную регистрацию в этом качестве (ГК РФ, ст. 23), а также частные нотариусы, частные охранники, частные детективы (ГК РФ, ст. 11, п. 2) (абзац введен Изменением № 2/2001, утв. Госстандартом РФ). К данной позиции ОКОПФ относятся также доверенные лица иностранных юридических лиц, представляющие их интересы на территории Российской Федерации и не занимающиеся предпринимательской деятельностью (абзац введен Изменением № 2/2001, утв. Госстандартом РФ).

Приложение Б
(справочное)

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ (в ред. Изменений № 1/99, № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)

Наименование	Код
Автономные некоммерческие организации	97
Акционерные общества	60
Ассоциации крестьянских (фермерских) хозяйств	77
Государственные корпорации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	82
Дочерние унитарные предприятия	68
Закрывают акционерные общества	67
Индивидуальные предприниматели	91
Иные неюридические лица	98
Крестьянские (фермерские) хозяйства	53
Некоммерческие партнерства	96
Общества с дополнительной ответственностью	66
Общества с ограниченной ответственностью	65
Общественные движения	84
Общественные и религиозные организации (объединения)	83
Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы)	93
Организации без прав юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции)	99
Органы общественной самодеятельности	78
Открытые акционерные общества	47
Паевые инвестиционные фонды	92
Полные товарищества	51
Потребительские кооперативы	85
Представительства и филиалы	90
Производственные кооперативы	52
Простые товарищества	87
Прочие некоммерческие организации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)	89
Садоводческие, огороднические или дачные некоммерческие товарищества	76
Территориальные общественные самоуправления	80



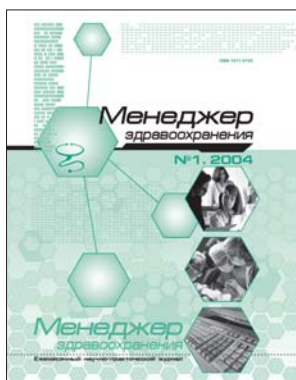


Наименование	Код
Товарищества на вере	64
Товарищества собственников жилья	94
Унитарные предприятия	40
Унитарные предприятия, основанные на праве оперативного управления	41
Унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения	42
Учреждения	81
Финансово-промышленные группы	79
Фонды	88
Хозяйственные товарищества и общества	48
Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями	39
Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями	70

Приложение В
(справочное)

ПЕРЕЧЕНЬ ПОЗИЦИЙ КЛАССИФИКАТОРА ПО ВОЗРАСТАНИЮ КОДОВ (в ред. Изменений № 1/99, № 2/2001, утв. Госстандартом РФ)

Код	Наименование
39	Юридические лица, являющиеся коммерческими организациями
40	Унитарные предприятия
41	Унитарные предприятия, основанные на праве оперативного управления
42	Унитарные предприятия, основанные на праве хозяйственного ведения
47	Открытые акционерные общества
48	Хозяйственные товарищества и общества
50	Полные товарищества
52	Производственные кооперативы
53	Крестьянские (фермерские) хозяйства
60	Акционерные общества
64	Товарищества на вере
65	Общества с ограниченной ответственностью
66	Общества с дополнительной ответственностью
67	Закрытые акционерные общества
68	Дочерние унитарные предприятия
70	Юридические лица, являющиеся некоммерческими организациями
76	Садоводческие, огороднические или дачные некоммерческие товарищества
77	Ассоциации крестьянских (фермерских) хозяйств
78	Органы общественной самодеятельности
79	Финансово-промышленные группы
80	Территориальные общественные самоуправления
81	Учреждения
82	Государственные корпорации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
83	Общественные и религиозные организации (объединения)
84	Общественные движения
85	Потребительские кооперативы
87	Простые товарищества
88	Фонды
89	Прочие некоммерческие организации (введено Изменением № 1/99, утв. Госстандартом РФ)
90	Представительства и филиалы
91	Индивидуальные предприниматели
92	Паевые инвестиционные фонды
93	Объединения юридических лиц (ассоциации и союзы)
94	Товарищества собственников жилья
96	Некоммерческие партнерства
97	Автономные некоммерческие организации
98	Иные неюридические лица
99	Организации без прав юридического лица (в ред. Изменения № 2/2001, утв. Госстандартом РФ) (см. текст в предыдущей редакции)



Продолжается подписка на первое полугодие 2004 года

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

• Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»
Подписной индекс: 82615

• Объединенный каталог «Пресса России»
(Подписка-2004)
Подписной индекс: 15154

• Российский Медицинский Каталог
Подписной индекс: KM 3477

Подписка через редакцию (с любого номера):

**Стоимость подписки на полугодие через редакцию для любого
региона РФ платежным поручением – 1350 руб.**

(НДС не облагается)

Доставка включена в стоимость подписки.

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

**Р/с 40702810638050105256 в Марьино-рощинском ОСБ
7981/998 Сбербанк России, г. Москва,
К/с 30101810400000000225,
БИК 044525225
ИНН 7715376090,
КПП 771501001**

**Получатель (издатель) ООО Издательский Дом
«Менеджер здравоохранения».**

В платежном поручении обязательно укажите:

**«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения»,
на первое полугодие 2004 г.» и Ваш полный почтовый адрес с
индексом.**

Мы высылаем свежий номер ценной бандеролью.

Адрес редакции:

**127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11
Тел./факс: (095) 979-92-45**



ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ

1. Статья должна быть набрана в WinWord 7 и выше и представлена в редакцию на дискете или отправлена по электронной почте по адресу: dmz@cniiorgzdrav.mednet.ru
2. На 1-й странице указываются:
 - ♦ название статьи;
 - ♦ инициалы и фамилии всех авторов, их должности и научные звания;
 - ♦ полное название учреждения, в котором работает каждый автор, город;
 - ♦ дата представления статьи.
3. На последней странице указываются:
 - ♦ фамилия, имя, отчество автора, курирующего работу с редакцией;
 - ♦ телефон, адрес электронной почты для связи.
4. Желательно, чтобы объем статьи не превышал 15 страниц текста через 1,5 интервала (до 18 000 знаков с пробелами). Если статья больше указанного объема, то можно разместить материал в двух номерах. В этом случае автор сам осуществляет разбивку статьи.
5. Таблицы должны быть выполнены в текстовом редакторе WinWord 7 и выше. Они должны быть пронумерованы, иметь название, текст статьи должен содержать ссылку на таблицу.
6. Рисунки желательно представлять в текстовом редакторе WinWord 7 и выше. Они должны быть пронумерованы и иметь пояснительную подпись. В тексте должна быть ссылка на каждый рисунок.
7. Библиографические ссылки в статье даются цифрами в порядке цитирования.
8. В списке литературы указываются:
 - ♦ для книг: фамилия и инициалы автора, полное название, место и год издания, общее количество страниц;
 - ♦ для журнальных статей: фамилия и инициалы автора, название журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;
 - ♦ для диссертаций: фамилия и инициалы автора, докторская или кандидатская, полное название работы, место издания, год, общее количество страниц.
9. Желательно представление фотографии в электронном виде или на бумаге.



Менеджер
здравоохранения

