

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№2. 2004



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал



Как стать автором статьи в журнале «Менеджер здравоохранения»

Уважаемые читатели!

Мы приглашаем вас к более активному сотрудничеству с журналом. Практика показывает, что в каждом медицинском учреждении имеется свой интересный опыт, свои наработки, свои подходы к решению возникающих проблем. Это очень ценная информация. Мы предлагаем поделиться ею с другими.

Безусловно, обратиться со своими идеями к многотысячной аудитории профессионалов – шаг достаточно ответственный. Многих останавливают сомнения в правомерности используемых подходов, в их правовой и экономической корректности...

Кто-то испытывает сложности со стилем и оформлением материалов, кто-то готов обо всем рассказать, но не имеет времени положить свои мысли на бумагу...

Уважаемые коллеги! В любом случае ситуация не безнадежная. Ниже мы предлагаем вам различные формы, в которых вы можете изложить свои материалы:

1. Вопросы к редакции журнала. Вы можете обращаться к нам с волнующими вас вопросами или с предложениями возможных путей решения проблем, правомерность которых требует комментариев специалистов. Мы постараемся отвечать на ваши вопросы с привлечением сотрудников Минздрава РФ, Федерального фонда ОМС, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения, ведущих специалистов в соответствующих сферах.

2. Постановка проблемы. Это может быть как серьезное научное исследование, так и маленькая заметка, посвященная проблеме, с которой пришлось столкнуться медицинскому учреждению. Противоречивость законодательства, отсутствие регулирования какой-то сферы деятельности, нарушение прав медицинских учреждений, новые организационные формы деятельности и многое другое, – может стать объектом данной рубрики. Чем раньше будет вскрыта проблема, чем более четко сформулирована – тем больше шансов на ее успешное решение. В этом и заключается основная ценность подобного материала.

3. Обмен опытом. Из материала, присланного в данную рубрику, хотелось бы узнать не просто о том, например, какое количество пациентов с применением каких технологий пролечило данное медицинское учреждение. Гораздо более высокую ценность представляют материалы, о том, благодаря чему удалось улучшить те или иные показатели. И, безусловно, мы приветствуем материалы, посвященные новаторским подходам к решению пусть небольшой, но конкретной задачи.

4. «Ликбез» – статьи, лекции, раскрывающие базовые понятия по маркетингу, менеджменту, экономике, но, во-первых, переработанные применительно к здравоохранению, во-вторых, учитывающие практические аспекты деятельности медицинских учреждений, в-третьих, рассматривающие углубленно отдельные аспекты (например, маркетинг в системе добровольного медицинского страхования в условиях крупного города и т.п.).

5. Научно-исследовательская статья. К данной рубрике относятся материалы исследований, организованных в соответствии со строгими научными требованиями. За основу лучше всего взять требования, предъявляемые к научным исследованиям со стороны ВАК. К их числу относятся: актуальность, четкая постановка целей и задач, строгая методологическая основа, достоверность и обоснованность полученных результатов и т.д. Конечно, вовсе не обязательно в каждой конкретной статье давать объемное описание актуальности, методологии и т.д. Зачастую о соответствии указанным критериям можно судить по самому содержанию статьи. Однако там, где это необходимо, данные положения следует отразить (методология социологического исследования, статистической обработки материалов и т.д.).

К общим пожеланиям, касающимся содержания материала (независимо от того, какую форму подачи статьи вы выберете), можно отнести следующие:

- вовсе не обязательно стараться набрать «солидный» объем статьи;
- не стоит без необходимости перегружать статью специальными терминами – помните, что не все читатели вашего материала являются специалистами в той же сфере, которую вы представляете (юриспруденция, психология, компьютерные технологии и т.д.);
- учитывайте специфику деятельности вашего региона, учреждения, подразделения и т.д. Если предлагаемые вами меры, полученные результаты и т.д. обусловлены этими особенностями – будьте сдержаны в использовании широких обобщений;
- постарайтесь дать интерпретацию полученных вами результатов, а не просто изложить их;
- соблюдайте по возможности правила оформления материала, направляемого в редакцию;
- не обижайтесь, если редакция попросит вас немного скорректировать статью – это верный признак того, что материал признан важным и интересным. Постарайтесь по возможности быстрее внести поправки и вновь отправить материал в редакцию.

Мы отдаем себе отчет в том, что приведенная выше классификация различных форм подачи материалов достаточно условна. Тем не менее, надеемся, то она поможет выбрать наиболее приемлемую для вас форму изложения. С нетерпением ждем ваших материалов.

Редакция журнала «МЗ»

Менеджер здравоохранения

№ 2
2004

Главный редактор:

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

Зам.главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель председателя Комитета
по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

Редакционная коллегия:

КИРИЛЛОВ Александр Викторович,
к.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохране-
ния СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, заместитель генерального
директора ОАО «ГСКМ»

В номере:

Прогноз развития систем здравоохранения Российской Федерации

В.И.Стародубов

4-10

Проблемы рационального выбора приоритетных
направлений деятельности медицинских учреждений

Я.А.Накатис, Ф.Н.Кадыров

11-17

Правовые основы участия медицинской общественности
в управлении здравоохранением

С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, В.А.Федотов, А.В.Кириллов

18-21

Об опыте работы крупного специализированного бюджетного учреждения
здравоохранения федерального подчинения по планированию
и выполнению объемов помощи в рамках государственного задания

Н.П.Кирбасова

22-31

Права пациента: мифы и реальность

О.Н.Булавин

32-34

Низкая квалификация врачей и необходимость оплачивать услуги
вызывают недовольство лишь у незначительной части пациентов. Почему?

И.Н.Баранов, Т.М.Скляр

35-37

Динамическая модель взаимодействия субъектов единого
информационного пространства систем здравоохранения и ОМС

А.В.Егоров, Е.А.Савостина, Б.А.Юдин

38-41

Международные нормы ISO 9001:2000.

Управление качеством в здравоохранении

Г.Ковальский, И.Клейман

42-44

Методологический подход к экспертному анализу заболевания
и качества медицинской помощи

*Е.И.Нестеренко, Н.В.Полунина,
С.О.Захаров, В.В.Сергеев, Д.А.Тваладзе*

46-53

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)

РУТКОВСКИЙ 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

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,

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

ТРОПНИКОВА Валентина Андреевна,

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

Нормирование труда

Глоссарий «МЗ»

54-55

Вопросы

и ответы

56-57

Консультирует «МЗ»

**Порядок установления цен (тарифов)
на платные медицинские услуги
учреждений здравоохранения**

58-62

Психологический практикум «МЗ»

63

Целевая группа «МЗ»

Кем сегодня ощущает себя главврач?

64-65

Организер

66-67

Кофе-брейк

Медицинские новости

68-70

Для корпоративных

баз данных

71-78

Требования к оформлению статей

79

О подписке

80

«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

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@cniorgzdrav.mednet.ru
(095) 979-92-45

Главный редактор:

член-корр. РАМН, профессор
В.И. Стародубов
secretary@cniorgzdrav.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@cniorgzdrav.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

ООО «ЛОГО-принт»
Заказ № 33

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»



В.И. СТАРОДУБОВ,

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

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

При подготовке данного материала мы были далеки от мысли предоставить или предугадать ход развития нашего здравоохранения на какую-то отдаленную перспективу. Исходя из имеющихся данных нашего института, данных других специалистов и официальной статистики, в работе рассматриваются изменения, происходящие в российском здравоохранении, и оценивается направление их развития.

Одно из важных обстоятельств связано с численностью и возрастным составом населения, что определяет пути развития различных служб здравоохранения страны. Современная система здравоохранения создана практически за последние полстолетия. Ее развитие планировалось исходя из роста численности населения и перераспределения по территории страны (рис. 1). В целом население

выросло с 1950 по 1992 г. (последний год роста населения) почти в 1,5 раза, при этом расселение становилось более равномерным за счет миграции жителей европейской части в Сибирь и на Дальний Восток.

Помимо этого, служба адаптировалась к изменениям возрастного состава населения, главным проявлением которых было демографическое старение (рис. 2). С начала 50-х годов к концу столетия доля детей, включая подростков, в российском населении сократилась с 38,6 до 28,4%. Вместе с тем доля пожилого населения за это же время практически удвоилась. Если в 1950 г. лица старше 60 лет составляли чуть больше 9% населения, то к 1992 г. их процент увеличился до 16,7. Пожилые люди - самая быстро растущая группа в населении России. За вторую половину 20 века их численность выросла в 3 раза. Что касается долгосрочных перспектив развития службы, то они непосредственно зависят от демографического будущего страны. Наиболее широкий спектр вариантов предусматривает официальный прогноз Отдела населения Департамента экономики и социального развития ООН, опубликованный в 1999 г. Рассмотрим этот прогноз более подробно, поскольку он один из немногих показывает как вероятный сценарий роста численности российского населения.

В соответствии со средним вариантом численность населения России к 2050 г. сократится до 121,3 млн. человек. В наихудшем для России минимальном варианте ее численность сократится до 102,5 млн. человек. Вместе с тем прогноз предусматривает и оптимистичный вариант, в соответствии

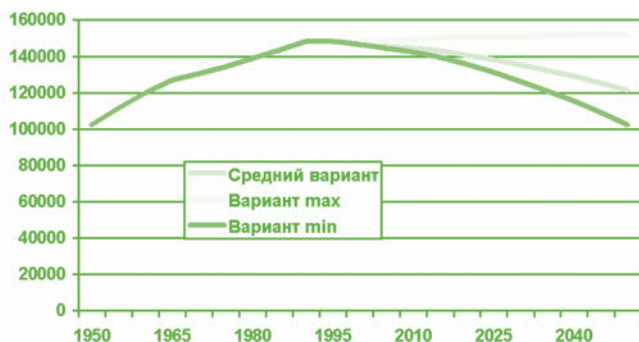


Рис. 1. Численность населения России на протяжении 100 лет: динамика и прогноз (тыс. человек)

© В.И. Стародубов, 2004 г.



с которым, Россию ожидает некоторый рост населения до 151,8 млн. человек к 2050 г.

Очевидно, что рост населения может быть достигнуто лишь в случае заметного увеличения рождаемости, снижения смертности и существенного миграционного прироста. И, напротив, сокращение населения в его пессимистическом варианте означало бы, что тенденции снижения рождаемости и роста смертности не удалось преодолеть, в лучшем случае эти параметры были стабилизированы.

Иными словами, если население России будет меняться в соответствии с оптимистическим сценарием, то через 50 лет это будет достаточно сбалансированное население с примерно равной долей детей и пожилых и численностью трудоспособного населения, составляющей половину будущих жителей. В пессимистическом прогнозе численность пожилых людей втрое превысит детское население и практически сравняется с трудоспособным населением. В соответствии со средним вариантом (рис. 3), который наиболее близок к данным долгосрочных прогнозов большинства исследователей, возрастная структура российского населения претерпит существенные изменения. Так, доля детей сократится с 26,3 до 19,6%, доля трудоспособного населения также уменьшится: с 55,2 до 47%. И практически вдвое вырастет доля пожилого населения: с 18,5 до 33,4%.

Важнейший вывод для перспектив развития здравоохранения заключается в том, что численность населения сократится, скорее всего, более чем на 20 млн. человек, в результате треть будущих жителей будут составлять пожилые люди и пятую часть - дети и подростки. Что касается перераспределения населения по территории страны, то оно во многом будет определяться социально-экономической политикой.

Если судить по тенденциям последних 10 лет, то население вновь стало концентрироваться на европейской части страны, усиливая нагрузку на службы здравоохранения преимущественно Центрального, Приволжского и Южного регионов России. Другое важное обстоятельство с точки зрения перспектив службы здравоохранения связано с характером основных проблем в состоянии здоровья населения.

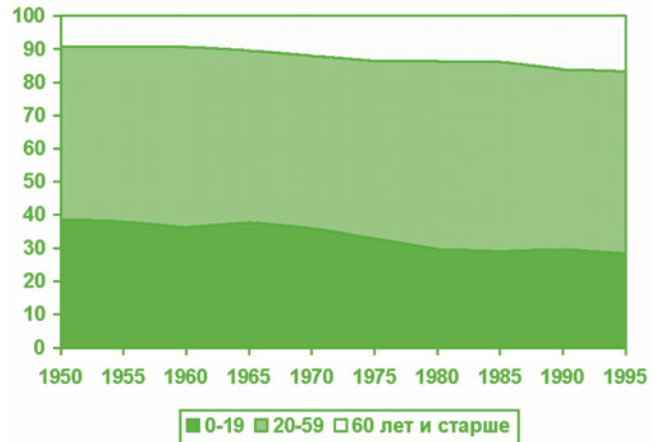


Рис. 2. Динамика возрастной структуры российского населения во второй половине XX века, (%)

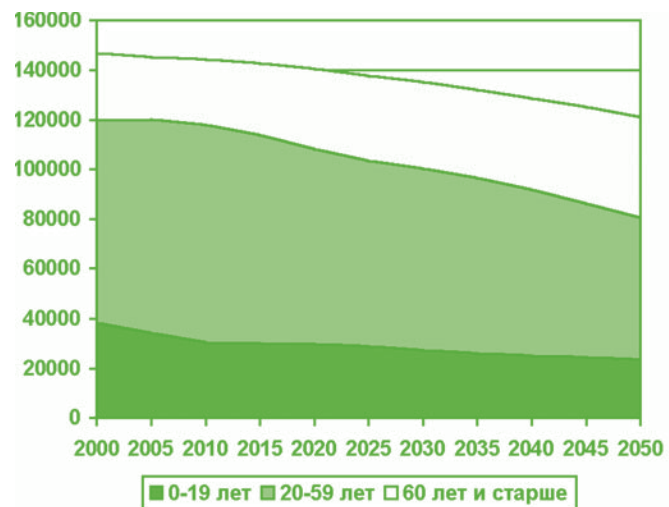


Рис. 3. Средний сценарий демографического развития страны в первой половине XXI в. (тыс.чел.)

Современная система здравоохранения сформировалась в конце первого этапа эпидемиологического перехода в России, в результате успешного осуществления которого кардинально из-





менились возрастная структура заболеваемости и смертности, и их причины.

По сравнению с концом 30-х годов XX в. более чем вчетверо сократилась вероятность умереть от инфекционных болезней и болезней органов пищеварения, примерно вдвое - от болезней органов дыхания.

Болезни системы кровообращения и новообразования вышли в лидеры среди причин смерти. Основной эффект снижения смертности был достигнут за счет детских и молодых возрастов, в которых отмечался наибольшее увеличение продолжительности жизни.

Следующие два десятилетия (с середины 60-х до середины 80-х годов) были периодом стагнации с точки зрения здоровья населения. Приостановилось дальнейшее снижение младенческой и детской смертности. В возрастах до года показатели стабилизировались на уровне 22–26%. В молодых трудоспособных возрастах, прежде всего у мужчин, начался рост смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, в более старших – от болезней системы кровообращения. Таким образом, на нерешенные задачи первого этапа эпидемиологического перехода (борьба с преимущественно экзогенными и внешними причинами смерти в детских и молодых возрастах) наслоились задачи второго этапа – сокращение преждевременной смертности от хронических дегенеративных заболеваний в средних возрастах.

С середины 80-х годов начался новый период - период резких сдвигов в здоровье и смертности населения, который в целом характеризуется обратным развитием эпидемиологического перехода, то есть ростом смертности от предотвратимых при современном уровне здравоохранения причин, преимущественно в молодых возрастах. Это вполне закономерное явление связано с постепенно нарастающим ухудшением в этот период всех факторов здоровья и смертности, как на индивидуальном, так и на общественном уровне.

Наиболее отчетливыми маркерами этих сдвигов являются подростки (15–19 лет), преимущественно девушки, молодое трудоспособное население (20–39 лет) и население старших трудоспособных возрастов (40–59 лет), преимущественно мужчины.

Фактический уровень смертности для населения этих возрастных групп на исходе 90-х годов существенно превышает оценочный уровень, который мог бы быть, если бы ситуация развивалась в соответствии с эволюционным трендом смертности в дореформенный период 1971–1984 гг. Для подростков превышение составляет 26,3–42,5% (соответственно, для мужчин и женщин), для населения молодых трудоспособных возрастов 30,8–28,3%, для старших трудоспособных возрастов 22,6–9,3%.

Что касается причин смертности, то четким маркером социального неблагополучия может служить смертность от инфекций (превышение фактической смертности над ее прогнозной оценкой в 2000 г. на 58–31% соответственно, для мужчин и женщин); болезней органов пищеварения (превышение 18–27%); болезней органов дыхания для женщин (превышение на 58%); и, конечно же, травм и отравлений (превышение на 25–18%).

Таким образом, к началу нового века перед здравоохранением стоят две в одинаковой степени острые проблемы: это, с одной стороны, структура патологии раннего индустриального общества, поражающая преимущественно молодое трудоспособное население; с другой, это проблемы, связанные с демографически старой возрастной структурой населения, то есть проблемы, характерные для зрелого индустриального и постиндустриального общества. Степень остроты и долгосрочность первого круга проблем в значительной мере зависят от социальных последствий экономической политики, таких как уровень бедности, степень поляризации уровня жизни, доступность образования, здравоохранения и других услуг социальной сферы. Степень остроты второго круга проблем в значительной мере предопределена долгосрочными демографическими трендами, однако скорость нарастания этих проблем может быть скорректирована направленными мерами демографической политики.

Говоря об уровне затрат на здравоохранение и уровне экономического развития страны, необходимо отметить, что по паритету покупательной способности Россия находится на одном из последних мест в Европе. Цифры, приводимые в стране по доле расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте, в последние годы составляют 3–3,5%,



Рис. 4. Предпосылки реформы здравоохранения

но эти расчеты по российской методике, идущей с советских времен. Если будем брать расчеты по западным ориентирам (национальные счета здравоохранения), то цифры возрастают до 5–5,5%. Конечно, этих средств недостаточно, и увеличение расходов на здравоохранение является для России ключевой задачей.

На рис. 4 представлены предпосылки реформирования системы здравоохранения страны. Они относятся к началу 90-х годов.

Тогда мы рассуждали о необходимости реформирования здравоохранения и находили предпосылки, которые обуславливали эту необходимость; это были экономические предпосылки и внутримедицинские, влияющие на качество оказания медицинской помощи.

К сожалению, приходится констатировать, что за прошедшее десятилетие мало что изменилось: остались сокращение государственных расходов на здравоохранение, низкая эффективность использования ресурсов здравоохранения страны, несовершенство системы управления. Что касается экстенсивного развития отрасли, то, несмотря на сокраще-

ние числа и мощности лечебно-профилактических учреждений, эти структурные изменения происходят за счет небольших муниципальных образований. Вопросы по обеспечению качества медицинской помощи, как и в 90-е годы XX века, сохранились.

Одна из главных проблем, без решения которой трудно рассчитывать на позитивные преобразования в здравоохранении, это отсутствие мотивации у медицинских работников за объемы и качество оказываемых ими услуг, и мы не продвигаемся в этом направлении. Большое значение в предстоящие годы придется уделять развитию материально-технической базы здравоохранения. По данным нашего института (исследование проводилось в 41 субъекте РФ), износ основных фондов значительно превышает разумные пределы (табл. 1). Даже в лучших регионах цифры неутешительны. В среднем по России износ зданий и сооружений составляет 25–30%, аппаратуры – 50–60%, а транспортных средств – 60–65%.

Для полной амортизации основных фондов существуют определенные сроки: для зданий и сооружений в среднем 33 года, для медицинской аппаратуры – 8 лет, для автотранспорта – 5 лет.





Износ основных фондов

Таблица 1

ТЕРРИТОРИЯ	ИЗНОС ОСНОВНЫХ ФОНДОВ %			
	ВСЕГО	Зданий и сооружений	Аппаратуры	Транспорта
Российская Федерация в среднем	35–45	25–30	50–60	60–65
Ивановская область	46,0	40,8	63,7	62,6
Орловская область	38,8	31,1	48,8	68,4
Мурманская область	41,3	27,8	72,0	72,0
Астраханская область	32,9	28,1	60,9	62,6
Республика Татарстан	30,0	24,2	43,7	51,9

Обновление основных фондов

Таблица 2

Территория	Зданий и сооружений	Аппаратуры	Транспорта
Норматив	3	12,5	20
Брянская область	1,45	3,07	2,70
Республика КОМИ	0,17	6,89	2,56
Ленинградская область	1,05	4,32	5,10
Волгоградская область	2,35	6,20	5,37
Ульяновская область	0,49	3,95	4,10
Новосибирская область	1,14	3,10	4,76
Амурская область	0,62	3,58	0,76

Негосударственные медицинские организации

Таблица 3

№ п/п	Учреждения, персонал	Всего медицинских организаций и персонала	Из них: негосударственных	Процент от общего числа
1	Больничные учреждения	9869	87	0,88
2	В них коек	1564797	7706	0,50
3	Амбулаторно-поликлинические учреждения	19835	2210	11,1
4	Численность врачей	619329	14964	2,4
5	Численность среднего медицинского персонала	1400301	23527	1,7

Исходя из этих сроков, существуют процентные нормативы для обновления этих фондов (табл. 2). Как видно из представленных данных, даже в передовых территориях, уделяющих большое внимание инвестированию средств в здравоохранение, процесс обновления основных фондов отстает от нормативов. Поэтому мы «проедаем» накопленное нашими предшественниками. Ясно, что без благоприятного инвестиционного климата в здравоохранении такие процессы приведут его в тупик.

Возвращаясь к структурной перестройке в здравоохранении, считаем возможным остановиться на следующих индикаторах, характеризующих происходящие в нем изменения.

Первый – количество сокращенных коек. По данным нашего института (41 территория), практически во всех субъектах РФ за период с 1990 по 2000 гг. коечный фонд уменьшался. Эти данные подтверждаются исследованиями В.О.Щепина. Но если посмотреть на внутреннюю структуру сокращения коечного фонда, то оказалось, что 13% его приходится на административные центры субъектов РФ, а 87% – на другие муниципальные образования.

Даже в передовой по этому показателю Самарской области из 11226 сокращенных коек только 30% приходится на областной центр. Такие преобразования скорее всего сводятся к закрытию коек, обеспечивающих медицинскую помощь сельскому населению и жителям небольших городов и поселков.

Второй важный индикатор происходящих преобразований в здравоохранении – это доля затрат, идущих на стационарный и амбулаторный сектора. В начале 90-х годов на стационарную помощь затрачивалось 64,7%, а на амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь – 35,3% (все затраты 100%).

За прошедшее десятилетие доля затрат на стационарную медицинскую помощь сократилась только на 2% за счет снижения расходов на скорую медицинскую помощь.

При таких темпах преобразований достичь запланированных ориентиров (соотношения между вышеуказанными видами медицинской помощи 50% на 50%) в ближайшее время будет весьма затруднительно. Касаясь расходов региональных бюджетов, по данным Федерального фонда обязатель-



ного медицинского страхования, на фоне роста объема финансовых средств, идущих на здравоохранение, их доля в структуре региональных бюджетов сократилась с 18,1% в 1998 г. до 12,7% в 2001 г.

По данным различных экспертов, до 20% в структуре расходов муниципальных образований должно тратиться на здравоохранение. Официально зарегистрированные частные расходы на здравоохранение выросли с 160 млн. руб. (деноминированных) в 1993 г. до 40,3 млрд. руб. в 2000 г. В структуре расходов на здравоохранение платные медицинские услуги составляют уже порядка 20%. К этому необходимо приплюсовать нелегитимные платежи в здравоохранении, которые трудно поддаются учету и анализу. Все это свидетельствует о стремительном нарастании оплаты медицинских услуг за счет населения.

В соответствии с Законодательством Российской Федерации в стране определены три системы здравоохранения: государственная, муниципальная и частная. За последние годы соотношение между государственными и муниципальными медицинскими учреждениями практически не меняется. Только несколько сократилось количество федеральных учреждений.

Рассматривая роль частной медицины в здравоохранении страны (табл. 3), необходимо отметить: она не очень значительна (около 2%). При этом рост за пять лет составил: врачей – с 8 до 15 тыс., а среднего медицинского персонала – с 16 до 23,5 тыс. Даже если такие темпы роста персонала и объемов медицинской помощи в частных клиниках сохранятся, они долго не будут сравнимыми с этими показателями в системе государственных и муниципальных учреждений. Сопоставляя эти данные с объемом платных медицинских услуг, приходится констатировать, что они в подавляющем большинстве случаев оказываются в лечебно-профилактических учреждениях, принадлежащих государству.

В настоящее время существуют как бы два вектора воздействия на развитие здравоохранения, причем они действуют в разных направлениях. Первый вектор действий направлен на жесткое финансовое администрирование в системе здравоохранения и перевод его в бюджетную схему – это единый социальный налог (ЕСН) вместо страхового

взноса, финансирование учреждений по смете, казначейское исполнение бюджетов и как итог – снижение ЕСН, где доля средств, идущих на медицинское страхование, снижается или совсем исчезает, причем все действия в этом направлении государством уже совершены (за исключением снижения ЕСН, которое намечено на 2004 г.).

Второй вектор «либеральный» направлен на рыночные ценности в здравоохранении и включает в себя новую редакцию закона о медицинском страховании, расширение организационно-правовых форм медицинских организаций, принятие программы госгарантий медицинской помощи с подушевым нормативом финансирования и т.д., и эти действия находятся в стадии разработок и не реализованы в виде нормативных актов (в отличие от первого вектора).

Поэтому, прогнозируя ситуацию, которая может сложиться в ближайшей перспективе, мы полагаем, что вероятность продолжения развития ситуации в здравоохранении по первому варианту (административному) наиболее велика.

На отдаленную перспективу необходимо определиться с вариантами развития здравоохранения в государстве (рис. 5).

Можно идти по одному из четырех представленных вариантов развития здравоохранения:

- ♦ государственная (бюджетная) модель централизованная;
- ♦ государственная (бюджетная) модель децентрализованная;
- ♦ страховая модель централизованная;
- ♦ страховая модель децентрализованная;
- ♦ плюс ДМС (добровольное медицинское страхование) и платные медицинские услуги как дополнение к любой модели.

Из этих четырех вариантов надо выбрать:

1. Какую модель мы будем выбирать – государственную или соцстраховскую.
2. На централизованном или децентрализованном варианте указанных моделей мы останавливаемся.

В отношении схемы централизация-децентрализация в государственной модели, централизованная модель маловероятна.

В Конституции России сфера здравоохранения отнесена к совместному ведению Российской Фе-





Рис. 5. Варианты развития системы здравоохранения страны

дерации и субъектов Российской Федерации, поэтому в этом случае остается вариант государственной (бюджетной) децентрализованной модели.

Что касается соцстраховских моделей, то мы все-таки должны стремиться к соцстраховской централизованной модели. В этом варианте можно экономическими методами реализовать принцип федерализма в здравоохранении, то есть обеспечить равные возможности гражданам, проживающим в различных субъектах РФ, в получении медицинской помощи.

Также в перспективе появится возможность объединить систему социального страхования в единое целое (пенсионное, медицинское и другие виды обязательного страхования) и осуществить перераспределение средств внутри этой системы.

При выборе государственного децентрализованного варианта развития здравоохранения предполагается осуществление следующих действий:

- ♦ превращение части ЕСН в целевой налог на здравоохранение;
- ♦ сохранение статуса медицинских учреждений;
- ♦ осуществление сметного финансирования (содержания) ЛПУ;

- ♦ разработка нормативов (стандартов) обеспечения материальными, кадровыми, финансовыми ресурсами;

- ♦ проведение четкого ограничения бесплатных видов медицинской помощи (заболеваний);

- ♦ возврат к внедрению нового хозяйственного механизма.

При развитии соцстраховской модели необходима модернизация обязательного медицинского страхования, заключающаяся в следующих мерах:

- ♦ балансе доходов и расходов системы;
- ♦ повышении эффективности расходования средств;

- ♦ закреплении за группами населения страхователей;

- ♦ переходе на подушевое финансирование;

- ♦ унификации способов оплаты медицинских услуг;

- ♦ расширении организационно-правовых форм медицинских организаций.

В заключение мы все-таки выражаем надежду, что за основу развития здравоохранения страны будет выбрана система социального страхования, но тем не менее организаторы здравоохранения должны быть готовы к любым вариантам.



Я.А.НАКАТИС,

д.м.н., профессор, начальник ЦМСЧ-122 и главный врач клинической больницы им. Л.Г.Соколова, заслуженный врач РФ, г. Санкт-Петербург

Ф.Н.КАДЫРОВ,

д.э.н., заместитель председателя Комитета по здравоохранению г.Санкт-Петербурга

ПРОБЛЕМЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ВЫБОРА ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

В настоящее время государственные (муниципальные) медицинские учреждения находятся в достаточно противоречивых социально-экономических условиях. Сложная система взаимоотношений с органами управления, финансирующими и налоговыми органами, потребителями услуг и т.д. ведет к тому, что не все направления лечебной и хозяйственной деятельности медицинских учреждений являются для них равно выгодными.

Относительная экономическая свобода медицинских учреждений способствует тому, что они все чаще демонстрируют свои истинные экономические интересы, отдавая предпочтение тем или иным направлениям деятельности в силу их наибольшей выгоды. Это касается структуры учреждения, видов и объемов оказываемых медицинских услуг, выбора источника финансирования и т.д.

Рассмотрим некоторые аспекты этой проблемы более подробно. Многоканальность финансирования здравоохранения ставит медицинские учреждения перед выбором: какой источник финансирования предпочтительнее? Ответ на этот вопрос во многом определяет приоритеты деятельности медицинского учреждения. И этот факт необходимо учитывать не только при управлении ЛПУ со стороны вышестоящих органов, но и при разработке стратегии развития здравоохранения в целом.

И хотя возможности смены источника финансирования у государственных и муниципальных учреждений здравоохранения ограничены, они все же имеют достаточно большую свободу маневрирования.



© Я.А.Накатис, Ф.Н.Кадыров, 2004 г.



Это связано со следующими обстоятельствами:

- ♦ большинство учреждений получают финансирование из нескольких источников: бюджет, средства обязательного медицинского страхования (ОМС), предпринимательская деятельность в форме оказания платных услуг населению, предоставления медицинской помощи по договорам с предприятиями, работа в системе добровольного медицинского страхования (ДМС) и т.д.;

- ♦ многие учреждения имеют свободные (поступающие по различным причинам) мощности: помещения, койки и т.д., которые могут использоваться ими по своему усмотрению;

- ♦ для целого ряда медицинских учреждений работа в системе обязательного медицинского страхования является добровольным делом, и они при желании могут отказаться от работы в системе ОМС (федеральные и ведомственные медицинские учреждения).

Следует отметить, что не всегда равно выгодными для медицинских учреждений являются и различные направления деятельности в рамках одного и того же источника финансирования. Например, в системе ОМС, как и в рамках предпринимательской деятельности, лечение больных по различным профилям, специальностям может иметь различную экономическую эффективность. Поэтому по целому ряду платных медицинских услуг наблюдается дефицит. Это касается, в частности, оказания медицинской помощи детям, ряда диагностических услуг и т.д.

Кроме того, оказание платных услуг за наличный и безналичный расчеты имеет существенные различия, с точки зрения установления цен, правомерности оказания услуг на платной основе и т.д. Поэтому в условиях все большего ужесточения контроля за оказанием платных услуг населению (с оплатой за наличный расчет) закономерна все большая ориентация медицинских учреждений на работу с предприятиями и организациями (с оплатой по безналичному расчету).

Это неслучайно: у многих вышестоящих органов предвзятое отношение к продаже услуг за наличный расчет. К оказанию же услуг по безналичному расчету они относятся более спокойно.

Медицинские учреждения большие надежды возлагают на развитие добровольного медицинского

страхования (ДМС). Действительно ДМС во многих отношениях является более рациональной и перспективной формой финансирования здравоохранения. Тем не менее, как оказание платных услуг за наличный расчет, так и работа в системе ДМС имеют свои достоинства и недостатки. Рассмотрим этот вопрос более детально.

Достоинства ДМС:

- ♦ учитывая высокую платежеспособность многих предприятий, страхующих своих работников (по сравнению с платежеспособностью населения), а также высокую рентабельность добровольного медицинского страхования, в настоящее время в ряде случаев удается устанавливать для страховых организаций, работающих по системе ДМС, более высокие цены, чем по услугам за наличный расчет (если нет препятствий со стороны вышестоящих органов). Так, по сложившейся практике многие учреждения устанавливают эти цены выше на 10–20%;

- ♦ достаточно стабильный контингент, что облегчает задачи планирования деятельности учреждения, ритмичности работы и т.д.;

- ♦ есть возможность влиять на потоки пациентов за счет предоставления страховым организациям скидок, лучших условий обслуживания и т.д.;

- ♦ с пациентов, застрахованных по программе ДМС, практически никогда не берут «денег в карман» врачи и другой медицинский персонал, а при попытках вымогательства застрахованные сразу же сообщают об этом в свою страховую организацию.

Поскольку пациентов, которым оказываются услуги по системе ДМС, невозможно вынудить платить в карман персоналу, то появляется возможность свести к минимуму теневую оплату медицинских услуг. Поэтому работа в ДМС в значительной степени снимает остроту проблемы теневой оплаты и способствует цивилизованным финансовым и межличностным отношениям в здравоохранении;

- ♦ при ДМС практически не возникает проблем обоснованности оказания на возмездной основе тех или иных видов услуг;

- ♦ рынок ДМС оказывается более перспективным по сравнению с рынком услуг за наличный расчет в том случае, если страховые организации оплачивают только разницу между полной стоимос-



тью лечения и тарифами по ОМС (а это сложившаяся практика во многих регионах России). А поскольку для страховой организации оплата лечения обходится дешевле, чем при оплате самими пациентами за наличный расчет, то в конечном счете это обходится дешевле и страхователям (предприятиям или лицам, страхующим себя и свои семьи). Это является базой динамичного развития ДМС в последние годы;

- ♦ пациенты, получающие помощь по программам ДМС, оказываются более защищенными (по сравнению с пациентами, самостоятельно оплачивающими свое лечение) благодаря деятельности экспертов страховых организаций;

- ♦ если застрахованные прикреплены к данному учреждению (то есть если в полисе данное учреждение указано как базовое), то они и так обратятся в это учреждение, интенсивная дорогостоящая реклама не нужна. Но необходима эффективная работа со страховыми организациями для того, чтобы получить право стать базовым учреждением;

- ♦ у медиков уходит морально-этическая проблема, связанная с необходимостью брать наличными деньги с пациентов, устраняется внутреннее противоречие у врачей, являющихся одновременно и носителями гуманной профессии, и предпринимателями. Свой гонорар они официально получают через кассу учреждения;

- ♦ при возникновении спорных моментов со страховой организацией зачастую можно довольно эффективно использовать финансовую зависимость страховых организаций от страхователя (предприятия или гражданина - в зависимости от того, корпоративное это или индивидуальное страхование).

Достоинства платных услуг за наличный расчет:

- ♦ в отличие от ДМС, средства от оказанных платных услуг за наличный расчет поступают сразу (обычно имеет место предоплата);

- ♦ у медицинского учреждения больше возможностей для маневра с ценами. Например, учреждение может повышать цены для населения с любой даты на любую величину (если, конечно, нет ограничений со стороны вышестоящей организации). В то время как при работе со страховыми организациями в системе ДМС в договорах часто предусматри-

ваются различные ограничения по порядку и срокам изменения цен;

- ♦ можно развивать услуги, которыми страховые организации, работающие в системе ДМС, практически не пользуются (различные виды физиотерапии или традиционной медицины: иглорефлексотерапия и т.д.);

- ♦ в платных услугах за наличный расчет хорошо и довольно интенсивно может «эксплуатироваться» имя высококлассного или просто популярного специалиста или какой-то услуги, которая хоть и является медицинской, но не входит в программу страхования ДМС или не признается страховым случаем (например, профилактика).

Недостатки ДМС:

- ♦ в случае, если страховые организации оплачивают только разницу между полной стоимостью лечения и тарифами по ОМС, в менее выгодном положении оказываются учреждения, имеющие низкие тарифы по ОМС. Есть и обратная сторона этой проблемы. В случае высоких тарифов по ОМС (когда в тариф вошло большое количество статей), оплата, которую получают медицинские учреждения через систему ДМС (разница, доплата), оказывается незначительной. Увеличить же цену услуги не всегда возможно из-за рыночной конкуренции и реального профессионального уровня оказываемой услуги. Ведь в случае, когда счета по данным видам услуг в ОМС по тем или иным причинам не выставляются, цена услуги окажется завышенной.

Поэтому учреждения не проявляют особой заинтересованности к привлечению пациентов, застрахованных по ДМС, так как хлопот с ними гораздо больше, чем с пациентами, проходящими лечение по ОМС. Соответственно низкой оказывается и доплата работникам за работу в системе ДМС (если она вообще существует). Из-за этого у них тоже нет стимула в хорошем обслуживании данной категории коммерческих пациентов;

- ♦ оплата за оказанные услуги поступает не сразу, поэтому неизбежны потери из-за инфляции;

- ♦ существует риск банкротства страховой компании - тогда оплаты за оказанные услуги можно вообще не дожидаться;

- ♦ договора медицинских учреждений со страховыми организациями по ДМС (по инициативе





последних) нередко предусматривают ограничения на повышение цен и ряд других невыгодных для учреждения условий. Например, учреждение, как правило, вынуждено заранее (за месяц) предупредить о повышении цен или в соответствии с договором не имеет права повышать цены в течение какого-то периода;

- ♦ большие организационные сложности для медицинского учреждения, связанные с согласованием видов и объемов оказываемых услуг по различным программам по каждой страховой организации (а их в крупных городах могут быть десятки), с отслеживанием оказанных услуг, с тем, будет ли страховая организация оплачивать услуги (часто требуется согласование), с выставлением счетов, отслеживанием оплаты, работой экспертов и т.д.;

- ♦ большие финансовые затраты на вышеуказанные организационные моменты. Это касается не только дополнительного штата учреждения (включая внутренних экспертов, аудиторов и т.д., выполняющих зачастую неблагодарную работу), но и дорогостоящей информационной системы, призванной как детально отслеживать объем оказанных услуг, так и финансово его оценивать (страховые организации обычно требуют детальной расшифровки счетов);

- ♦ довольно большие суммарные потери учреждения из-за отказов от оплаты счетов по тем или иным (иногда чисто формальным) причинам, штрафов со стороны страховой организации и т.д.;

- ♦ традиционные методы маркетинга (например, реклама) при работе со страховыми учреждениями не действуют: страховые организации прекрасно знают, что на самом деле представляют собой те или иные медицинские учреждения и их услуги;

- ♦ учреждение теряет свое традиционное преимущество во взаимоотношениях с покупателем медицинских услуг, основанное на обладании более полной информацией по поводу свойств услуги, ее качества, стоимости и т.д. (и соответственно связанные с этим выгоды: возможность диктовать цены, навязывать услуги и т.д.). При взаимоотношениях со страховой организацией ситуация практически полностью меняется на противоположную: страховая организация оказывается осведомлена не только об условиях оказания медицинских услуг в этом учреждении, но и в других (конкурирующих). Учреж-

дение же обычно крайне скудно информировано о финансовых возможностях страховой организации, о суммах, потраченных страхователями на страхование, об условиях страхования конкретного предприятия или гражданина и т.д. Теперь уже медицинское учреждение оказывается в ситуации дефицита информации и нередко вынуждено идти на поводу у страховой организации.

Недостатки платных услуг за наличный расчет:

- ♦ цены на платные услуги, оказываемые населению, вышестоящие организации обычно контролируют более строго, чем цены с юридическими лицами (в том числе и со страховыми организациями, работающими в системе ДМС);

- ♦ всегда существует опасение, что медицинский персонал и пациент договорятся о прямой оплате услуг «в карман», минуя кассу, что означает потери доходов медицинского учреждения;

- ♦ в случае, если какие-либо услуги пациент должен оплачивать по факту оказания услуг (например, за количество фактически проведенных койко-дней), может сложиться ситуация, когда пациент не оплатит услуги. Заставить его оплатить сложно, судиться - долго и дорого. При смерти пациента (даже в ситуации, когда учреждение оказывало ему помощь надлежащего качества) получить оплату от родственников малореально. Учреждение и само редко пытается получить в подобных случаях оплату по моральным соображениям;

- ♦ возникают серьезные сложности в оплате со стороны лиц, не имеющих право на бесплатную медицинскую помощь в данном учреждении (например, ведомственным, не работающим в системе ОМС) за оказанную им экстренную помощь. При добровольном страховании таких проблем обычно не возникает;

- ♦ возможны ситуации, когда пациент потребует от учреждения вернуть деньги, сославшись на то, что услуга входит в ОМС, или он был недостаточно информирован и т.д. Со страховыми организациями, работающими по системе ДМС, таких ситуаций, как правило, не возникает. Это требует от медицинских учреждений большой осторожности при работе с пациентами, оплачивающими услуги за наличный расчет, вплоть до составления индивидуальных



(не шаблонных) договоров с каждым пациентом, что достаточно дорого;

- ♦ пациент может судиться из-за качества услуг, требуя возмещения не только причиненного физического ущерба, но и морального вреда. Уже появляется категория профессиональных пациентов-вымогателей, которые пытаются поймать учреждение на малейших ошибках и неточностях, формальных нарушениях (что при противоречивости отечественного законодательства не так уж сложно) и требовать через суд возмещения надуманного ущерба.

Со страховыми организациями, работающими по системе ДМС, обычно удается договориться с меньшими издержками, не привлекая пациента.

Какое направление деятельности более выгодно для конкретного учреждения (оказание услуг населению за наличный расчет или добровольное медицинское страхование), решается с учетом всех этих факторов. Заметим, что в данной статье мы не ставим своей целью рассмотреть все возможные направления финансовой деятельности. Тем не менее, в статье приведена сравнительная характеристика различных направлений предпринимательской деятельности медицинских учреждений, включая работу с предприятиями по прямым договорам (табл. 1).

Необходимо отметить, что финансовые приоритеты касаются не только ориентации медицинских учреждений на определенный источник финансирования (бюджет, ОМС, предпринимательская деятельность), но и выбора наиболее выгодного сочетания этих источников. Так, несмотря на невыгодность обязательного медицинского страхования для многих федеральных и ведомственных учреждений из-за дискриминационно низких тарифов, они, как правило, не только не пытаются отказаться от оказания услуг в системе ОМС, но и не сворачивают объемы помощи по этому источнику финансирования.

Причин этому несколько:

- ♦ нередко работа в системе ОМС позволяет федеральным и ведомственным учреждениям получать «двойное финансирование». Термин «двойное финансирование» мы берем в кавычки, поскольку ни бюджетное финансирование, ни оплата услуг в системе ОМС по отдельности не покрывают всех затрат и на самом деле речь идет не о двойном, а лишь о дополнительном финансировании за одну и ту же

выполняемую работу, которое по сути дела восполняет недостаток средств для оказания качественной медицинской помощи. «Двойное финансирование» имеет место в том случае, если бюджетное финансирование формально полностью покрывает работу всего коечного фонда (но только по тарифным ставкам, нормам и нормативам, которые не выдерживают критики), а средства ОМС служат лишь дополнительным источником. В такой ситуации работа в ОМС выгодна при любом уровне тарифов в системе ОМС;

- ♦ «двойное финансирование» теоретически возможно и в ситуации, когда медицинские учреждения лишь частично финансируются из бюджета. Например, в том случае, если ведомственными учреждениями счета в оплату страховым организациям выставляются не только на пациентов, госпитализированных по системе ОМС, но и на бюджетных пациентов;

- ♦ «двойное финансирование» возможно и при осуществлении медицинскими учреждениями предпринимательской деятельности. Здесь возможны два основных варианта:

- при выставлении страховым организациям, работающим по ОМС счетов за пациентов, которым оказаны платные услуги за наличный расчет (без вычета суммы этой оплаты из счета);

- при одновременном выставлении счетов в полном объеме за пациентов, которым оказаны услуги в системе добровольного медицинского страхования (ДМС), как страховым организациям, работающим по добровольному страхованию, так и по системе ОМС.

- ♦ во многих случаях медицинские учреждения имеют возможность предлагать пациентам, госпитализируемым по ОМС, дополнительные услуги на платной основе, что позволяет говорить не о прямой, а косвенной окупаемости участия в территориальной программе ОМС;

- ♦ выгодным для медицинского учреждения может стать не только «двойное финансирование», но и экономия ресурсов на оказание бесплатной медицинской помощи (за счет бюджета или средств ОМС). Речь идет об экономии, которая получена за счет того, что реальные объемы «бесплатной помощи» (по ОМС или «бюджетным» пациентам) оказываются значительно меньше предусмотренных.





Таблица 1

Сравнительная характеристика различных направлений предпринимательской деятельности медицинских учреждений

Сравниваемые характеристики	Оказание услуг за наличный расчет	Работа в системе ДМС	Оказание услуг по прямым договорам с предприятиями
Стабильность контингента	Не слишком стабильный	Достаточно стабильный	Наиболее стабильный контингент
Факторы стабильности	Можно рассчитывать только на относительную стабильность наиболее близко проживающих или при оказании услуг, в отношении которых ЛПУ является монополистом	Если застрахованные прикреплены к данному учреждению (т.е. если в полисе данное учреждение указано как базовое), то они и так придут в него	Работники и так придут в это учреждение, так как обычно нет выбора
Специфические способы влияния на потоки пациентов	Реклама	За счет предоставления страховым организациям скидок, лучших условий и т.д. Обеспечение рекламы в значительной степени перекладывается на страховые организации	Личные контакты с руководством предприятий, помогающие заключать договоры медицинского обслуживания работников этих предприятий
Ситуация стеновой оплатой	Медперсонал часто берет «деньги в карман»	С пациентов, застрахованных по программе ДМС, практически никогда не берут «денег в карман» врачи и другой медицинский персонал	Чаще, чем при ДМС, но реже, чем при наличной оплате
Проблема обоснованности оказания услуг на платной основе	Возникает часто, особенно, если услуга входит в программу ОМС	Теоретически может возникнуть при оказании услуг, входящих в систему ОМС, но на практике возникает редко	Практически не возникает проблем обоснованности оказания на возмездной основе тех или иных видов услуг
Наличие морально-этической проблемы, связанной с необходимостью брать наличные деньги с пациентов	Присутствует	Отсутствует	Отсутствует
Ценовая стратегия	Политика сдерживания цен в отношении распространенных услуг из-за низкой платежеспособности населения и наличия конкуренции. В отношении эксклюзивных услуг – политика взвинчивания цен	Взвешенная политика, сочетающая как установление для страховых организаций, работающих по системе ДМС, более высоких цен, чем за наличный расчет, так и предоставление скидок	Политика взвинчивания цен
Степень защищенности пациентов	Низкая. Теоретически могут защищать общества защиты прав потребителей и т.д., но на практике это происходит редко	Пациенты оказываются наиболее защищенными благодаря деятельности экспертов страховых организаций	Защиту осуществляют администрации общественных организаций, но в силу незнания профессиональных особенностей – не очень эффективно
Характер оплаты	Предоплата	Оплата после оказания услуг (ретроспективная), но часто практикуются авансовые платежи	При плановой помощи по договорам – предоплата. При экстренной и по гарантийным письмам – оплата после оказания услуг (ретроспективная)
Виды оказываемых услуг	Любые	За исключением не входящих в понятие страхового случая (профилактика, реабилитация и т.д.), а также обычно относящихся к традиционной медицине	Как правило, за исключением видов помощи, относящихся к традиционной медицине
Согласование видов и объемов оплачиваемых услуг	С пациентом	Со страховой организацией	Зачастую определяется лишь лечащим врачом
Риск неоплаты оказанных услуг	В связи с предоплатой риск касается лишь ситуаций, когда заранее объем услуг определить невозможно (длительность пребывания в стационаре)	Риск банкротства страховой организации; риск отказа от оплаты тех или иных услуг на основании экспертных оценок качества	Риск банкротства предприятия или неоплаты по другим причинам (обычно касается оплаты по гарантийным письмам)
Дополнительное финансовое и организационное бремя	Связано в основном с оформлением индивидуальных договоров	Связано с работой с экспертами страховых организаций	Незначительно
Выигрыш при работе ЛПУ в системе ОМС	Отсутствует	В ряде случаев общую стоимость лечения по ДМС удается уменьшить за счет отдельного выставления счетов по ОМС	Отсутствует
Налоговые вычеты	Уменьшается размер налоговой базы подоходного налога	3% от фонда оплаты труда организаций включаются в себестоимость продукции	Отсутствуют
Перспективы рынка	Зависит в основном от доступности общественного здравоохранения и благосостояния населения	Рынок ДМС оказывается более перспективным в том случае, если страховые организации оплачивают только разницу между полной стоимостью лечения и тарифами по ОМС	На перспективность рынка, кроме экономического положения предприятий, сильное влияние оказывает налоговая политика государства



Это достигается различными путями:

- ♦ простым сокращением объемов оказываемой помощи (посещений, госпитализаций);
- ♦ сокращением объема выполняемых лечебно-диагностических исследований и процедур при оказании медицинской помощи (количество посещений или госпитализаций при этом может остаться прежним);
- ♦ переводом ряда услуг на платную основу (фактическая замена бесплатной медицинской помощи платной и т.д.).

Как видим, имеется множество факторов, влияющих на экономические приоритеты медицинских учреждений. Но они не должны приводить ни к финансовым нарушениям, ни к уменьшению необходимой медицинской помощи. К сожалению, совмещение в медицинских учреждениях «бесплатной» и «платной» медицины в условиях несовершенного законодательства создает ситуацию, когда любого главного врача, даже искренне стремящегося к корректному оказанию платных услуг, можно наказать за якобы имеющие место финансовые нарушения, за то, что с пациентов якобы незаконно берутся деньги.

В целом же на основе анализа здравоохранения стран с высоко развитым общественным сектором (Финляндия, Великобритания и др.) необходимо сделать вывод о том, что без четкой правовой основы оказания платных медицинских услуг государственными (муниципальными) медицинскими учреждениями их финансовые приоритеты неизбежно будут направлены в сторону коммерческой деятельности. А это очень редко удается сделать без ущемления права населения на получение бесплатной медицинской помощи.

Поэтому в перспективе, возможно, будет оправданным ограничить оказание бюджетными медицинскими учреждениями платных услуг (по крайней мере, за наличный расчет). То есть платные услуги в перспективе должны быть вынесены за рамки бюджетных учреждений и сосредоточены в частном секторе.

Но, к сожалению, у нас пока нет полноценной параллельной сети частных медицинских учреждений (которая нужна и пациентам, и врачам, как возможность дополнительного заработка за счет совместительства и т.д.). И не скоро она будет, так как ее

основой является достаточно высокая платежеспособность населения. Поэтому сейчас основной упор должен быть сделан на корректное (как правовое, так и экономическое) оказание платных медицинских услуг.

Учитывая это, наше медицинское учреждение (Центральная медсанчасть № 122 в Санкт-Петербурге) придерживается следующей стратегии:

- ♦ права пациентов в выборе врача или медицинского учреждения не должны ущемляться (чего, несмотря на декларируемость, наше законодательство реально не гарантирует, и ограничение возможностей участия федеральных и ведомственных учреждений в реализации территориальных программ ОМС – тому пример);
- ♦ проводить экономическую и учетную политику, не допускающую двойного финансирования в оказании медицинских услуг;
- ♦ максимально использовать возможности развития платных услуг;
- ♦ завоевывать лидерские позиции на рынке добровольного медицинского страхования за счет качества медицинских и сервисных услуг;
- ♦ дополнительные доходы, полученные от предпринимательской деятельности, обязательно направлять как на улучшение медицинских технологий, так и на увеличение возможностей оказания услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Как видим, проблема поиска приоритетных направлений в деятельности медицинских учреждений далеко не однозначна. Выбор наиболее эффективных и рентабельных направлений предпринимательской деятельности медицинских учреждений (если они не ущемляют интересов государства и населения) нужно только приветствовать.

Однако в современных условиях учреждения здравоохранения неизбежно начинают проявлять заинтересованность в замещении бюджетной деятельности или оказания услуг в системе ОМС на оказание услуг на платной основе. Для противодействия этим тенденциям необходимо учитывать экономические и иные интересы медицинских учреждений и уметь на них воздействовать экономическими же и другими методами. Чисто административные меры не позволяют достичь поставленных целей.



**С.Ф.БАГНЕНКО, В.В.СТОЖАРОВ,
В.А.ФЕДОТОВ, А.В.КИРИЛЛОВ**

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе,
Санкт-Петербургская Ассоциация медицинских организаций

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ УЧАСТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОСТИ В УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

В последние три года был принят целый пакет законодательных актов, направленных на снижение роли органов исполнительной власти в регулировании деятельности хозяйствующих субъектов. Среди указанных законов сферы здравоохранения касаются:

- ♦ Федеральный закон от 08.08.01 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»;
- ♦ Федеральный закон от 08.08.01 № 134-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)»;
- ♦ Федеральный закон от 27.12.02 № 184-ФЗ «О техническом регулировании»;
- ♦ Федеральный закон от 10.01.03 № 15-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности».

В этом ряду законодательных актов особое место, без сомнения, занимает Федеральный закон «О техническом регулировании». Указанный закон вступил в силу 1 июля 2003 года, и журналисты успели окрестить его «стандартной революцией», но не все работники системы здравоохранения знакомы с нормами данного закона.

В законе предусматривается, что:

- ♦ применение и исполнение стандартов осуществляются на добровольной основе;
- ♦ разработка, принятие, применение и исполнение требований к выполнению работ или оказанию услуг также осуществляются на добровольной основе.

Первый из перечисленных пунктов заставляет серьезно переосмыслить форму и содержание той большой работы, которую осуществлял Минздрав РФ по стандартизации в здравоохранении. Еще большие проблемы возникают при реализации второго пункта. Как известно, медицинская деятельность – ничто иное, как выполнение работ и оказание услуг. Правовым доказательством может служить хотя бы Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» (п.2 ст.17). Таким образом, с 1 июля 2003 года требования к осуществлению медицинской деятельности, согласно Федеральному закону «О техническом регулировании», должны исполняться только на добровольной основе. Это относится и к требованиям, устанавливаемым правовыми актами органов управления здравоохранением, как федерального, так и субъектов Российской Федерации. В этих условиях даже при выявлении коллизий права следует руководствоваться вышеуказанным законом, поскольку он является законом прямого действия.

В обоснование этого утверждения можно привести следующее доказательство. В сферу применения Федерального закона «О техническом регулировании» входит, «оценка соответствия». Согласно статье 2 анализируемого закона, оценка соответствия – это прямое или косвенное определение соблюдения требований, предъявляемых к объекту. Очевидно, что органы и организации, контролирующие объем и качество медицинской помощи (СМО, ЦГСЭН, органы управления здравоохранением и т.д.), в своей деятельности осуществляют оценку соответствия объекта неким требованиям.

© С.Ф.Багненко, В.В.Стожаров, 2004 г.

© В.А.Федотов, А.В.Кириллов, 2004 г.



Поскольку Федеральный закон «О техническом регулировании» является законом прямого действия, все правовые акты, в том числе законодательные, касающиеся сферы применения данного закона, действуют лишь в части, ему не противоречащей. Следовательно, даже при наличии коллизии права требования к выполнению медицинских работ и оказанию медицинских услуг должны применяться и исполняться на добровольной основе.

Устраивает ли всех нас сложившаяся правовая ситуация? Органы управления здравоохранением, как известно, ответственны за реализацию политики в области охраны здоровья населения страны в целом и на территориях. В целях обеспечения гарантий безопасности медицинской помощи они заинтересованы в возможности устанавливать требования и в последующем контролировать их соблюдение. Полагаем, что добросовестные медицинские учреждения и предприятия также заинтересованы в наличии пусть небольшого числа четких требований к осуществлению медицинской деятельности. Иными словами, большинство из нас не устраивает отсутствие обязательных требований к выполнению медицинских работ или оказанию медицинских услуг. В этой связи каков должен быть алгоритм наших действий в новых правовых условиях?

Одним из вариантов решения проблемы является попытка рассмотреть указанные требования в договорах на оказание медицинской помощи в системе ОМС (Положение о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС и т.п.). Данное решение при всей простоте содержит серьезные недостатки.

Во-первых, не ясна правовая защищенность такой позиции. Но главное - далеко не все медицинские организации осуществляют деятельность в системе ОМС, соответственно значительная часть из них не будет охвачена необходимыми требованиями.

Кроме договоров, требования могут устанавливать ся техническими регламентами. Однако законодательство не предусматривает возможности формирования технических регламентов по выполнению работ и оказанию услуг.

Требования также могут быть установлены стандартами. Однако Федеральный закон «О техническом регулировании» предусматривает, что формирование и исполнение стандартов осуществляются на добровольной основе. При этом понятие «отраслевой

стандарт» в этом законе уже не содержится, но сохранились понятия «национальный стандарт» и «стандарт организации». Национальных стандартов пока нет, их утверждение – довольно длительный процесс, поэтому органам управления здравоохранением субъектов РФ следует способствовать активному внедрению стандартов организации.

Может прозвучать совершенно справедливое утверждение, что формирование механизмов, способствующих добровольному формированию и использованию стандартов организации медицинскими учреждениями и предприятиями, – еще более трудоемкий процесс, чем внедрение национальных стандартов. Кроме того, высока вероятность, что стандарты организаций будут несопоставимы в различных медицинских учреждениях. Следует полностью согласиться с этим утверждением. Однако «организацией», чьи стандарты будут использоваться, может быть не только медицинское учреждение или предприятие, но объединение юридических лиц (учреждений, предприятий, общественных организаций и т.д.) – ассоциация.

В этом аспекте следует опять обратиться к законодательству. За последние десять лет мы привыкли к словосочетанию «медицинская ассоциация». Участие медицинских ассоциаций в тех или иных процессах и процедурах было рассмотрено и в законе РФ «О медицинском страховании граждан...», и в Основных законах РФ об охране здоровья граждан, и в других законодательных и подзаконных актах. Более того во многих субъектах Российской Федерации с той или иной степенью активности действует множество «медицинских ассоциаций». В Санкт-Петербурге зарегистрировано около 60 организаций (примерно 20 осуществляют свою деятельность), имеющих в своем названии указанное словосочетание.

Но ни одна из них не является ассоциацией по своей организационно-правовой форме. Федеральный закон «О некоммерческих организациях» (п.3 ст.2) и Гражданский Кодекс определяют общественные объединения и ассоциации как принципиально различные организационно-правовые формы. Общественное объединение – это добровольное объединение граждан (ст. 6 закона «О некоммерческих организациях»). В свою очередь, ассоциация – это объединение юридических лиц (ст. 11 Закона и ст. 121 Гражданского Кодекса). Если медицинские учрежде-





ния вступают в медицинскую ассоциацию - объединение юридических лиц, то стандарты Ассоциации (стандарты организации) становятся обязательными для этих медицинских учреждений.

Что будет являться побудительным мотивом для медицинских учреждений по вступлению в Ассоциацию? Что дает медицинским организациям членство в Ассоциации?

Ниже представлен правовой анализ законодательных актов, регулирующих деятельность профессиональных медицинских ассоциаций.

В соответствии с:

- ♦ Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст. 62);
- ♦ Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (ст. 24);
- ♦ Федеральным законом «О лекарственных средствах» (ст. 42).

Профессиональные медицинские ассоциации являются обязательным субъектом формирования и подписания соглашения о **тарифах на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании**.

Нормы статей:

- ♦ 62 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- ♦ 9, 14 и 17 Федерального закона «О техническом регулировании» (вступил в силу 1 июля 2003 года), предусматривают участие саморегулируемых организаций (в здравоохранении – медицинских ассоциаций) в Экспертных комиссиях по техническому регулированию при разработке и утверждении **технических регламентов**, Технических комитетах по стандартизации при разработке и утверждении **стандартов**, непосредственно в формировании **стандартов качества медицинской помощи**.

В соответствии со ст. 54, 62 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», профессиональные медицинские ассоциации вправе осуществлять проверочные испытания и выдачу **сертификатов специалистов**, являющихся документом допуска врача, среднего медицинского работника к осуществлению медицинской деятельности.

Законодательство предусматривает участие медицинских ассоциаций в определении порядка **переподготовки медицинских работников** (ст. 62, 63 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

Одной из проблем здравоохранения является наличие значительного (больше 16) количества контролирующих органов и организаций. В этом проявляется общность проблем с малым и средним бизнесом. В целях защиты интересов юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля был принят специальный закон. Статьи 7, 16 Федерального закона «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственного контроля (надзора)» регламентируют **значительное сокращение числа плановых проверок** деятельности членов саморегулируемых организаций (в нашем случае - медицинской ассоциации). При этом члены саморегулируемой организации солидарно несут субсидиарную ответственность за ущерб, причиненный членами указанной организации вследствие несоблюдения обязательных требований, предъявляемых к профессиональной деятельности, являющейся предметом саморегулирования.

В соответствии со ст. 16, 62 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», при органах государственной власти и управления могут создаваться **комитеты (комиссии) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан**. Данные комитеты формируются в целях защиты прав человека и отдельных групп населения, подготовки рекомендаций по приоритетным направлениям практической и научно-исследовательской деятельности, для решения иных вопросов в области охраны здоровья граждан. В состав комитетов (комиссий) по вопросам этики в области охраны здоровья граждан входят представители профессиональных медицинских ассоциаций.

Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (ст. 21) регламентировано участие профессиональных медицинских ассоциаций в Комиссиях по **аккредитации медицинских учреждений**. Принимая во внимание нормы данного закона, а также Федерального закона «О техническом регулировании» и Гражданского Кодекса, можно сделать вывод, что **после 1 июля 2003 года аккредитацию медицинских учреждений могут осуществлять только медицинские ассоциации**.

Необходимо подробнее остановиться на последнем аспекте. Обобщение опыта территорий убеждает, что значение аккредитации медицинских учреж-



дений заключается прежде всего в определении перечня разрешенных услуг и манипуляций в рамках лицензируемого вида медицинской деятельности. Стационару лицензирующий орган разрешил осуществление вида медицинской деятельности – «хирургии». Но может ли данное учреждение в рамках указанного вида деятельности, к примеру, выполнять панкреатодуоденальные резекции, или следует его ограничить выполнением простейших операций? Все эти вопросы до последнего времени решались в процессе аккредитации ЛПУ.

Следует напомнить, что до 15 января 2003 года правовой основой аккредитации медицинских учреждений являлись Закон Российской Федерации от 28.06.91 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» и Закон Российской Федерации от 22.07.93 № 5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

В Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан указывалось, что лицензия учреждениям и предприятиям различных систем здравоохранения выдается на основании сертификата соответствия условий их деятельности установленным стандартам (ст.15). Ст.21 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» гласит, что аккредитация медицинских учреждений – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам.

Однако в середине января 2003 года вступил в силу Федеральный закон от 10.01.03 № 15-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности». Данный закон предусматривает иную редакцию ст.15 Основ законодательства. Указывается, что лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Данное изменение норм Основ заставляет задуматься о перспективах дальнейшего развития одной из контрольно-разрешительных процедур, направленных на обеспечение качества медицинской помощи, которую мы называли «аккредитация медицинских учреждений». Процедура, безусловно, необходимая, поэтому ряд руководителей лицензирующих органов приводит

следующую аргументацию по ее сохранению. Федеральный закон «О внесении изменений...», по их словам, внес изменения в множество законодательных актов и не только в медицинской сфере, но ст. 21 закона «О медицинском страховании...», обуславливающую обязательность прохождения аккредитации для всех медицинских учреждений, не отменил. Следует также отметить, что не отменено и Постановление Правительства Российской Федерации от 13.01.96 № 27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», принятое в развитие Закона «О защите прав потребителей». Пункт 1 вышеуказанных Правил предусматривает, что они определяют порядок и условия предоставления платных медицинских услуг населению ЛПУ независимо от ведомственной подчиненности и формы собственности и являются обязательными для исполнения всеми медицинскими учреждениями. В этой связи важным представляется текст пункта 3 Правил, в котором указывается, что предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями осуществляется при наличии у них сертификата и лицензии.

Таким образом, по их мнению, аккредитация по-прежнему является обязательной процедурой. На первый взгляд выглядит убедительно. Но не принимается во внимание, что аккредитация медицинских учреждений – определение их **соответствия** установленным профессиональным **стандартам** (ст.21 Закона РФ «О медицинском страховании граждан...»). Сопоставляем эту формулировку с уже упоминавшимися нормами Федерального закона «О техническом регулировании» и приходим к выводу, что последний из названных законов – прямого действия. Так что сохранить аккредитацию можно только путем передачи данной процедуры Ассоциации. Стандарты аккредитации будут приняты Ассоциацией как стандарты организации, а сама аккредитация ЛПУ из добровольной станет обязательной процедурой.

Подытоживая результаты анализа новых правовых норм, следует сказать, что в Санкт-Петербурге сформирована Ассоциация медицинских организаций. Членами Ассоциации являются общественные объединения и медицинские учреждения (юридические лица). Две третьих Правления составляют представители общественных объединений, треть – ЛПУ.



Н.П.КИРБАСОВА,

главный врач Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, г.Москва

ОБ ОПЫТЕ РАБОТЫ КРУПНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ ПО ПЛАНИРОВАНИЮ И ВЫПОЛНЕНИЮ ОБЪЕМОВ ПОМОЩИ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ

На фоне глубочайших преобразований экономики и организации Российского здравоохранения перестроечного и постперестроечного периода бюджетно-сметная модель финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения с каждым днем превращается со всеми присущими ей плюсами и минусами в анахронизм.

Правительство Российской Федерации предпринимает попытку правового решения данной проблемы: разработан законопроект, который предполагает предоставление медицинским учреждениям права выбрать для себя новую организационно-правовую форму – специализированной государственной или муниципальной некоммерческой организации.

Со стороны бюджетных учреждений данная идея уже находит широкую поддержку, однако имеет и своих противников, у которых вызывает возражение то обстоятельство, что в соответствии с нормами, указанными в законопроекте, ЛПУ, перейдя на новую организационно-правовую форму, получают право госзаказа на выполнение определенного объема медицинских услуг на установленную заказом сумму. В частности, в своем интервью заместитель начальника инспекции Счетной палаты Российской Федерации по контролю расходов федерального бюджета Н.Соковикова, высказала серьезную озабоченность в том плане, что переход на заказ может по-

ставить под угрозу обеспечение населения бесплатной медицинской помощью [1].

Ведущими политическими силами страны начинается, тем не менее, в полной мере осознаться недопустимость при ограниченных государственных ресурсах неэффективного их расходования, обусловленного во многом именно финансированием бюджетных учреждений здравоохранения по смете расходов и доходов, нацеленным на промежуточные, объемные показатели. Именно это и обуславливает прежде всего неэффективное использование материально-технических и финансовых ресурсов ЛПУ и ведет в условиях дефицита к простоям и прямым экономическим потерям.

Наиболее сжато и программно государственная позиция в оценке сложившейся ситуации была изложена в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации «О бюджетной политике на 2002 год». В частности, Президент заявил: «Необходимо ускорить внедрение контрактных форм финансирования учреждений социальной сферы по принципу: деньги выделяются организации не потому, что она существует, а в зависимости от результатов ее работы» [2].

Попыткой внедрения в практическую жизнь бюджетного учреждения здравоохранения федерального подчинения вышеуказанного принципа, не вы-

© Н.П.Кирбасова, 2004 г.



ходя за рамки действующего законодательства, можно по всем основаниям считать эксперимент по оптимизации финансирования и использования ресурсов, проводимый в настоящее время в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (далее - Научный центр).

Концептуальная основа проводимого нами эксперимента - формирование (на фоне сметной модели финансирования плановых мощностей, осуществляемой в соответствии с требованиями Бюджетного кодекса) принципиально новой системы планирования, управленческого учета и мониторинга деятельности Научного центра с учетом расчетных показателей усредненных планово-нормативных и фактических затрат на простые, сложные и комплексные медицинские услуги, оказываемые за счет государственных (бюджетных и внебюджетных) и негосударственных источников финансирования.

Принципиально новым является применение в эксперименте современных информационных технологий, позволяющих накапливать в течение года персонализированную базу данных по оказанным каждому пациенту услугам, в том числе в разрезе отдельных источников финансирования и нозологических форм заболеваний, по законченным случаям догоспитального и стационарного обслуживания [3].

Эксперимент основывается на разработанных с непосредственным участием автора Методических рекомендациях по совершенствованию оплаты медицинских услуг и расходованию финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения – приложение 1 к Приказу Минздрава России и РАМН от 28.02.2000 № 70/14 [4].

При планировании эксперимента мы старались применять на практике передовые идеи и технологию в области экономики здравоохранения [5].

Цель эксперимента – разработка и практическая апробация комплексного подхода к планированию и мониторингу деятельности бюджетного учреждения в условиях многоканального финансирования на основе постоянного автоматизированного контроля основных ее параметров в режиме реального времени, включая данные статистического и экономического наблюдения, планово-нормативных и фактических показателей стоимости лечения паци-

ентов с различными нозологическими формами заболеваний.

В задачи подготовки эксперимента входила разработка специальных организационных и информационных технологий управленческого (учет затрат по точкам их возникновения) и персонализированного (учет фактически оказанной услуги) учета, позволяющих осуществление оптимизации ресурсного обеспечения деятельности ЛПУ, приведения в соответствие объемов финансирования требованиям медицинских технологий и качества медицинской помощи, задачам достижения максимальной медицинской и экономической эффективности работы Научного центра.

Небезынтересным, на наш взгляд, является предыстория проблемы. Уже в условиях экономики здравоохранения советского периода, во времена формального благополучия формирования сметы учреждений здравоохранения на основе утвержденных стабильных удельных нормативов финансирования возникла и со временем углубилась дистанция разрыва между реальной потребностью ЛПУ в ресурсах и фактическим ее покрытием за счет сметы.

Бурный рост научно-технического прогресса, внедрение в практику современных дорогостоящих медицинских технологий (следует при этом иметь в виду, что Научный центр обязан по своему статусу находиться на передовых рубежах медицинской науки, так как с данной целью он прежде всего и учрежден), а также неуправляемый рост цен на приобретаемые ЛПУ ресурсы поставили руководителей перед фактически неразрешимой проблемой: как, каким образом обеспечить, с одной стороны, эффективность использования плановых мощностей, не допускать простоев или необоснованного удлинения средних сроков пребывания больных на койке и, с другой стороны, обеспечить необходимое качество медицинской помощи, требующее соответствующего ресурсного обеспечения. Мы так же как и все руководители ЛПУ, старались преодолеть данное противоречие, хотя давалось это с большим трудом и главным образом за счет поисков дополнительных к смете источников финансирования.

Ситуация крайне обострилась начиная с 90-х годов, когда в федеральных учреждениях РАМН и Минздрава России она практически угрожала выйти из-под контроля. Средств федерального бюджета явно





оказалось недостаточно, чтобы обеспечить полноценное (с применением современных технологий) использование сметных мощностей, реальной стала необходимость временного вынужденного свертывания коечного фонда по причине его недофинансирования, в ежегодную практику вошло длительное (на летний период) закрытие большинства научных центров и НИИ клинического профиля с предоставлением персоналу отпусков без сохранения содержания.

Именно жесткий экономический прессинг заставил и нас в силу вышеобозначенных объективных реалий искать новые экономические модели финансирования и фактическая недостаточность сметных средств явилась основной причиной:

- ♦ открытия Минздравом России дополнительного сверхсметного финансирования (за счет федерального бюджета по четырем статьям расходов) на предоставление высокотехнологичных (дорогостоящих) видов лечения [6-10];
- ♦ вступления лечебных НИИ и научных центров Минздрава России и РАМН в систему ОМС, оплачивающую фактически оказанные объемы помощи (госпитализации, услуги) по тарифам, учитывающим часть статей расходов. В соответствии с территориальной программой ОМС г. Москвы, например, в которой участвует Научный центр, на тарифы ОМС относятся 5 статей бюджетной классификации [5];
- ♦ расширения объемов реализации платных медицинских услуг, предоставляемых за счет средств юридических (в том числе страховых компаний, работающих на рынке ДМС) и физических лиц [11].

Таким образом, в бюджетном учреждении здравоохранения, каковым является Научный центр, в рамках сметно-бюджетной модели финансирования фактически уже сложился многоканальный тип финансирования, который позволил существенно снизить финансовый дефицит, повысить эффективность использования как сметных средств, так и сметных мощностей. Однако при явных преимуществах децентрализации источника финансирования это создало для Научного центра дополнительные проблемы, требующие своего решения.

Действительно проблем и неясности в данном вопросе еще много, а бюджетное учреждение, перешедшее на многоканальный тип финансирования,

сталкивается с необходимостью правовой защиты. Особенно это важно при оказании платных медицинских услуг, так как Бюджетный кодекс Российской Федерации квалифицирует доходы от платных медицинских услуг в качестве неналоговых доходов соответствующего бюджета.

Серьезной оказалась и проблема финансово-экономических последствий неполного (по статьям) отнесения затрат на тарифы ОМС, приводящая к вынужденным для учреждения федерального подчинения потерям федерального бюджета, т.е. сметных средств. Следует иметь в виду, что муниципальная система здравоохранения имеет четко прописанную бюджетно-страховую модель системы солидарного покрытия расходов на оказание помощи по программе ОМС со стороны системы ОМС (по тарифам) и муниципального бюджета - прочих недостающих расходов. Привлечение же бюджетных средств другого уровня бюджета на восполнение затрат на лечение пациентов по программе ОМС по тарифам в федеральных учреждениях здравоохранения представляется недостаточно обоснованным с правовой и с финансово-экономической точки зрения.

Работа в многоканальной модели финансирования вынудила нас с самого начала приступить к экономическим расчетам по определению полной фактической стоимости медицинской помощи, оказанной пациентам в расчете на законченный случай амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи по всем источникам финансирования, и усредненных стоимостных показателей по отдельным нозологическим формам заболеваний.

Проведенные нами в 90-е годы предварительные расчеты стоимости медицинской помощи, основанные на требованиях действовавших на тот момент методических рекомендаций Минздрава России, показали, что полученные на их основании стоимостные показатели не могут решить задач полноценного планирования. Расчетные показатели отражали, как это подразумевалось по утвержденным методикам, только фактические, а не общественно-необходимые затраты на единицы услуг. Однако в условиях недостаточности финансирования для обеспечения выполнения требований современных технологий диагностики и лечения фактический дефицит отразился на величине расчетных стоимостных



показателей. Таким образом, полученные стоимостные показатели, в силу изначально заложенного в них дефицита (главным образом это касается расходов на медикаменты), могли удовлетворять только целям формирования отчетных показателей по затратам на лечение, но никоим образом не могли бы быть использованы для планирования объемов деятельности по пролеченным больным на предстоящий хозяйственный период. Их применение при планировании привело бы к воспроизводству в автоматическом режиме сложившегося дефицита, несмотря на практику применения дефляционного коэффициента.

В связи с этим было принято решение о разработке методики расчета стоимости медицинских услуг, которая позволила бы производить расчет не только фактической, но и плановой стоимости медицинских услуг.

Такая методика была нами разработана и предварительно апробирована при непосредственном участии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Минздрава России, Медицинского информационно-аналитического центра РАМН, специалистов Минздрава России и РАМН [12,13].

Методика утверждена Минздравом России и РАМН 10 ноября 1999 года и положена в основу расчетов по планированию объемов государственного задания для Научного центра за счет средств федерального бюджета - по смете (основная деятельность) и по высокотехнологичным видам помощи (Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная), утвержденная Минздравом России 10.11.99 № 01-23/4-10 и РАМН 10.11.99 № 01-02/41).

Полученные в соответствии с требованием данной Инструкции стоимостные показатели после их утверждения Тарифной комиссией Минздрава России и РАМН использовались в дальнейшем при планировании и проведении эксперимента по работе в условиях государственного задания, осуществляемого нами, начиная с 2001 года на основании приказа Минздрава России и РАМН от 28.02.00 № 70/14.

Проводимый нами в течение трех лет эксперимент, направленный на оптимизацию использования финансовых, материально-технических и кадровых ресурсов Научного центра в условиях мно-

гочанального финансирования и выполнения утвержденных объемов государственного задания на медицинскую помощь за счет лимитов бюджетных обязательств по сметному финансированию и финансированию высокотехнологичных (дорогостоящих) видов лечения, потребовал практического решения ряда конкретных задач, направленных на совершенствование учета деятельности и расходования финансовых средств, стоимости лечения больных.

В соответствии с Положением о проведении эксперимента и планом мероприятий нами было осуществлено:

1. Формирование в организационно-штатной структуре Научного центра организационно-аналитического отдела и расширение должностных обязанностей персонала медицинской регистратуры, возложение на них принципиально новых обязанностей [14].

2. Разработка в соответствии с требованием ОСТ полного реестра простых, сложных и комплексных медицинских услуг, осуществляемых в каждом структурном подразделении Научного центра [15,16].

3. Уточнение и расчет (при необходимости) норм затрат рабочего времени исполнителей на единицы услуг с учетом особенностей работы Научного центра и специфичности обслуживаемого контингента больных.

4. Копирование из первичных медицинских документов сведений об оказанных услугах и формирование на основе репрезентативной выборки сложившихся стандартов лечения по отдельным нозологическим формам заболеваний.

5. Расчет плановой (с учетом недостающих медикаментов и прочих фактически не произведенных, но требуемых по технологии расходов) и фактической стоимости простых, сложных (койко-день в специализированном отделении стационара) и комплексных (медицинский стандарт) медицинских услуг.

6. Разработка, апробация и установка программного средства, обеспечивающего осуществление персонифицированного учета медицинских услуг, оказываемых пациентам по каждому источнику, формирование отчетных и аналитических материалов установленного формата (счетов-фактуры учрежде-





ния, счетов на подразделение, счетов на исполнителей и т.д.).

7. Отработка системы управленческого постоянного учета затрат по всем источникам и точкам возникновения затрат в соответствии с современными тенденциями совершенствования бухучета в бюджетных учреждениях здравоохранения [17].

Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.03 № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» утверждено «Положение о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией». Данное Положение определяет порядок разработки и финансирования выполнения заданий за счет средств бюджетов всех уровней и средств ОМС, а также контроля за их реализацией [18].

Основной целью разработки задания, согласно Положению, является обеспечение соответствия объемов медицинской помощи, осуществляемых в рамках программы государственных гарантий, объемам финансовых средств на оказание этой помощи. В связи с этим Положение предусматривает, что организации здравоохранения, подведомственные федеральному органу исполнительной власти в сфере здравоохранения, подготавливают предложения по разработке заданий на основании потребности населения в медицинской помощи, в том числе в дорогостоящих видах медицинской помощи, а также объемов медицинской помощи и объемов финансовых средств, выделенных на ее оказание в предшествующий период, и направляют эти предложения в федеральный орган исполнительной власти в сфере здравоохранения или иному главному распределителю средств федерального бюджета.

Во исполнение Постановления Минздравом России разработаны и разосланы руководителям органов и учреждений здравоохранения, в том числе руководителям учреждений здравоохранения федерального подчинения, «Временная форма для разработки, установки и контроля заданий по обеспечению государственных гарантий оказания

гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» [19].

Согласно требованиям вышеуказанных документов, Научный центр в качестве учреждения здравоохранения федерального подчинения должен, наряду с прочими бюджетными учреждениями здравоохранения, предоставить распорядителю собственные данные в соответствии с предложенными формами.

Можно предположить, что многие бюджетные учреждения здравоохранения, в том числе и федерального подчинения, не имея, подобно нам, предварительного опыта подготовительной работы в условиях эксперимента, основанного на персонифицированном систематизированном учете оказанных услуг, столкнутся с серьезными проблемами. Считаем, что опыт Научного центра в этом направлении может быть полезным, и мы готовы им делиться.

Научный центр уже в течение нескольких лет формирует в автоматизированном режиме отчеты по полученным за счет средств федерального бюджета больным (по сметному финансированию амбулаторно-поликлинической и стационарной, а также отдельно по высокотехнологичным видам помощи) на основании анализа персонифицированной базы данных оказания помощи за любой отчетный период, по любой нозологической форме заболевания, по всем фактически оказанным услугам, в том числе количеству проведенных койко-дней в специализированном отделении стационара и в отделении реанимации.

Кроме того, экономической службой Научного центра проводятся расчеты показателей фактической стоимости единиц медицинских услуг (простых, сложных, а также комплексных, то есть усредненных показателей на лечение отдельных нозологических форм заболеваний) и нормативных показателей стоимости медицинских услуг, осуществляемых путем дополнительного по специальной методике введения в расчетную базу дополнительных издержек, требующихся в соответствии с технологией, но фактически не произведенных в отчетном периоде ввиду недостаточности бюджетных средств.

Данные фактические и планово-нормативные показатели стоимости позволяют формировать форму Отчета о работе и хозяйственно-финансовой деятельности учреждения в условиях многоканального



финансирования по разделу деятельности, осуществляемой за счет средств федерального бюджета. Отчет может составляться за любой отчетный период и строится затем на его основе плановые показатели на предстоящий год. Как показывает опыт годовой план можно формировать с достаточной точностью на основе отчета, составленного по трем кварталам. Ниже приводим алгоритм составления соответствующих разработочных форм (см. Форму 1).

Отчетные данные по представленной форме основаны на фактических показателях, сформированных автоматизированным способом из годовой базы данных персонализированного учета, и фактических расчетах стоимостных показателей.

Данная форма служит отправной точкой при формировании плановых показателей. Для этого достигнутые в отчетном периоде статистические показатели объемов выполненных работ и использования плановых мощностей принимаются за основу и производится на их основе расчет ожидаемых затрат на те же объемы деятельности в планируемом году.

Однако, в отличие от отчетной формы, при формировании плановых показателей применяются плановые стоимостные показатели, получаемые путем индексации фактических расчетных стоимостных показателей, заложенных в отчетную форму. Индексация осуществляется на основе дополнения экспертным путем фактической расчетной базы затрат учреждения расходами, требовавшимися по медицинским технологиям, но не осуществленным в отчетном периоде, а также путем учета установленных показателей дефляционных коэффициентов на ожидаемый год.

Сформированная с применением планово-нормативных расчетных стоимостных показателей форма, аналогичная по структуре приведенной выше, представляет собой проект Плана работы учреждения в условиях многоканального финансирования по разделам его деятельности, осуществляемым за счет средств федерального бюджета.

В данной форме Плана условно воспроизводится неполное в отчетном периоде фактическое использование плановых мощностей за счет средств федерального бюджета в связи с тем, что часть плановых мощностей использовалась на ОМС, оказание платных медицинских услуг. Имелись и факти-

ческие простои развернутых мощностей из-за недостаточности финансирования.

Естественно, что прежде всего ставится задача оценки потребности в планируемом году в бюджетных средствах при условии полного ресурсного покрытия плановых мощностей исключительно за счет бюджетных средств (вариант 100% задания). Для этого данные Формы 1 пересчитываются нами с применением показателей деятельности, соответствующих 100% плановой мощности и планово-нормативных стоимостных показателей и, эта форма, таким образом, является виртуальным вариантом проекта плана работы учреждения в условиях чисто бюджетного финансирования развернутых мощностей и полного ресурсного покрытия медицинских технологий.

Однако в любом планируемом году на ближайшую перспективу так же, как это было в прошлых периодах, возможности распределителя бюджетных средств не смогут, вероятнее всего, обеспечить полного ресурсного покрытия потребности при условии использования 100% плановых мощностей. Поэтому приходится определять конкретные, реалистические лимиты бюджетных обязательств по сметному финансированию и финансированию высокотехнологических видов помощи и приводить в соответствие с ними плановые объемы деятельности.

Приняв за основу утвержденные Распорядителем размеры лимитов, уже технически просто приведение в соответствие планируемых финансовых показателей и объемов госзадания в натуральном выражении. Осуществляется перерасчет объемов и уточнение структуры планируемой помощи на очередной год с учетом полного ресурсного покрытия, заложенного в показателях расчетной плановой стоимости планируемых объемов помощи за счет соответствующих бюджетных источников. Проект окончательного (под уже утвержденные лимиты бюджетных обязательств) плана представляется учреждением на утверждение Распорядителю бюджетных средств также по форме, воспроизводящей структуру Формы 1.

Таким образом, имея в своем распоряжении годовую базу данных автоматизированного учета оказанных услуг и расчетные показатели фактической и планово-нормативной стоимости лечения пациентов с различными нозологическими формами, Науч-





Отчет о работе и хозяйственно-финансовой деятельности (по зарегистрированным медико-статистическим отчетным данным)

Мощность стационара:
Мощность дневного стационара:
Мощность поликлиники:
(поликлинические отделения)

сметных коек стационара _____
сметных коек дневного стационара _____
по прикрепленному населению _____ чел.

Не заполняется
строка 1.1.3.
колонки 10, так
как использова-
ние коечного
фонда на
высокотехноло-
гические виды
помощи учитыва-
ются по строке
1.2. колонки 10

№ п/п	Наименование источников финансирования	Фактиче- ские объ- емы посту- пивших средств	№ п/п	Виды деятельности	Фактически выполненная учреждением работа по законченным случа- ям лечения, объемным показателям деятельности и простоя плановых мощностей			
					Число госпита- лизаций поли- клинических обращений	Число поликли- нических посе- щений	Число прове- денных койко- дней; койко- дней простоя; простоев поли- клинических посещений	Среднее число койко-дней на 1 госпитализацию посещений, на 1 обращение
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Бюджетные средства (всего)		x		x	x	x	x
1.1.	Смета доходов и расходов		x		x	x	x	x
	x	x	1.1.1	Основная деятельность	x	x	x	x
	x	x	1.1.1.1.	Стационарная помощь		x		
	x	x	1.1.1.2.	Стационарнозамещающие виды помощи		x	x	
	x	x	1.1.1.3.	Амбулаторно-поликлиническая помощь			x	
	x	x	1.1.2.	Софинансирование сметы услуг ОМС по статьям, не отнесенным на тарифы ОМС	x	x		x
	x	x	1.1.2.1.	Стационарная помощь по ОМС		x	x	
	x	x	1.1.2.2.	Стационарнозамещающая помощь по ОМС		x		
	x	x	1.1.2.3.	Амбулаторно-поликлиническая помощь по ОМС		x		
	x	x	1.1.3.	Софинансирование высокотех- нологических видов помощи, по статьям не входящим в целевое финансирование		x	x	
	x	x	1.1.4.	Содержание простоев развер- нутых мощностей	x	x		x
	x	x	1.1.4.1.	Покрытие прямых экономиче- ских потерь вследствие про- стоев развернутых коек ста- ционара	x	x	x	x
	x	x	1.1.4.2.	Покрытие прямых экономиче- ских потерь вследствие про- стоев развернутых коек днев- ного стационара	x	x		x
	x		1.1.4.3.	Покрытие прямых экономиче- ских потерь вследствие про- стоев плановых поликлиниче- ских мощностей	x	x		x
1.2.	Целевое финан- сирование оказа- ния высокотех- нологических видов стационар- ной помощи		1.2.	Оказание высокотехнологич- ных видов стационарной помощи за счет целевых средств	x	x		
	Итого	x	x	x	x	x	x	x



Форма 1

учреждения здравоохранения в условиях многоканального финансирования
и финансово-экономическим показателям)
за _____ год

плановое число дней работы койки в году (стационар) _____

плановое число дней работы койки в году (днев. стационар) _____

фактически развернутых коек стационара _____

плановое число дней работы развернутых мощностей (стационар) _____

фактически развернутых коек дневного стационара _____

плановое число дней работы развернутых мощностей (днев. стационар) _____

посещений в смену _____ пос./см.

плановое число посещений _____

Структура использования развернутых коек и амбулаторно-поликлинических мощностей (%)			Фактически средние значения затрат на единицы деятельности с учетом услуг параклинических подразделений						Суммарные расходы по бюджетным каналам финансирования и по отдельным видам деятельности (тыс. руб.)
Планового числа койко-дней в стационаре	Планового числа койко-дней в дневном стационаре	Планового числа посещений поликлинике	Полные затраты на 1 госпитализацию, на 1 посещение по основной деятельности (тыс. руб.)	Полные затраты на 1 госпитализацию, на 1 посещение по системе ОМС (тыс. руб.)	Удельные сметные бюджетные затраты на 1 госпитализацию, на 1 посещение по системе ОМС (тыс. руб.)	Удельные затраты на 1 госпитализацию, по высокотехнологичным видам помощи по статьям целевого финансирования (тыс. руб.)	Сметные удельные затраты на 1 госпитализацию, по высокотехнологичным видам помощи по статьям, не включенным в финансирование высокотехнологичных видов помощи	Сметные бюджетные затраты на 1 койко-день простоя, на 1 неиспользованное плановое посещение в поликлинике (тыс. руб.)	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
x	x	x	x	x	x	x	x	x	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	x	x		x	x	x	x	x	
x	x	x		x	x	x	x	x	
x		x		x	x	x	x	x	
x	x		x	x	x	x	x	x	
	x	x	x			x	x	x	
x	x	x	x			x	x	x	
x	x	x	x			x	x	x	
	x		x	x	x	x		x	
x	x	x	x	x	x	x	x	x	
	x	x	x	x	x	x	x		
x		x	x	x	x	x	x		
x	x	x	x	x	x	x	x		
	x		x	x	x		x	x	
			x	x	x	x	x	x	
			x	x	x	x	x	x	





ный центр не встречает затруднений при выполнении требований Постановления Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 № 255 и за-полнении разработанных Минздравом России «Временных форм для разработки, установления и контроля заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

Автоматизированный персонифицированный учет оказанных услуг в сочетании с совершенствованием управленческого учета затрат, позволяющим проведение точных расчетов фактических стоимостных показателей, а также наличие системы медико-экономического экспертного контроля технологий, созданной нами с целью формирования планово-нормативных показателей стоимости оказания помощи, являются надежной основой для планирования сбалансированных плановых показателей по использованию мощностей и их ресурсного покрытия [20].

Отработанная нами система уже доказала свою практическую значимость для мониторинга в течение года деятельности Научного центра, особенно при возникновении обстоятельств экономического или медико-организационного характера, существенно влияющих на хозяйственно-финансовую деятельность.

В настоящей статье проблема намеренно сужена исключительно до заданий по объемам помощи, оказываемым за счет средств ОМС и платных медицинских услуг, хотя разработанная нами система позволяет учитывать в полном объеме и данные направления деятельности. Тем не менее, в представленной форме находится отражение затрат, осуществляемые за счет сметного финансирования, т.е.

за счет средств федерального бюджета, на покрытие полных издержек учреждения на оказанные услуги по системе ОМС.

Кроме того, в представленной форме отмечается и покрытие прямых экономических потерь, образующихся вследствие вынужденных простоев возвращенных коек за счет сметных средств. Более полно и подробно проблемы финансирования и использования плановых мощностей по всем источникам будут описаны в последующих публикациях, посвященных комплексному бизнес-планированию деятельности учреждений федерального подчинения в условиях многоканального финансирования, учитывающему все без исключения источники финансирования, включая ОМС и платные медицинские услуги.

Можно, однако, заранее предположить, что во многих учреждениях здравоохранения, включая и отдельные учреждения здравоохранения федерального подчинения, в которых на сегодняшний день не внедрена технология автоматизированного персонифицированного учета, это может значительно осложнить работу учреждений по формированию показателей в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 06.05.2003 № 255. В таких случаях нам представляется целесообразным формирование отчетных и плановых показателей упрощенным методом, который нами будет описан в последующих публикациях.

При всех возможных вариантах обоснования объемов государственных заданий бюджетными учреждениями здравоохранения остается актуальным наличие отработанной системы анализа деятельности на основе анализа издержек - условно-переменных и условно-постоянных.



ЛИТЕРАТУРА

1. Соковикова Н. Интервью заместителя начальника инспекции Счетной палаты Российской Федерации по контролю расходов федерального бюджета на здравоохранение // Медицинский вестник. – 2003. – № 25 (260). – С. 3.
2. Бюджетное Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации «О бюджетной политике на 2002 год».



3. Кузнецов П.П., Гришина Н.И., Степанов В.П., Костылев Д.В. «Автоматизация системы управленческого учета – инструмент многофакторного анализа использования ресурсов путем мониторинга деятельности ЛПУ»//«Экономика здравоохранения». – 2002. – № 3 (62). – С. 70–78.
4. Приказ Минздрава России и РАМН от 28.02.00 № 70/14 «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения».
5. Вялков А.И. «О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении»//«Экономика здравоохранения». – 2001. – № 1 (51). – С. 5–11.
6. Приказ Минздрава России от 07.06.99 № 220 «Об организации оказания высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения».
7. Приказ Минздрава России от 11.11.99 № 407 «О внесении дополнений в Приказ Министра здравоохранения Российской Федерации от 07.06.99 № 220».
8. Приказ Минздрава России и РАМН от 20.02.02 № 50/14 «Об организации оказания высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения».
9. Приказ Минздрава России и РАМН от 28.02.03 № 69/22 «О внесении изменений в приказ Минздрава России и РАМН от 20.02.02 № 50/14».
10. Приложение № 1 к Приказу Минздрава России и РАМН от 20.02.02 № 50/14 «Положение о порядке направления, отбора и вызова на консультацию и (или) лечение в учреждениях здравоохранения федерального подчинения для оказания высокотехнологических (дорогостоящих) видов медицинской помощи»).
11. Хальфин Р.А. «Оптимальное использование основных фондов учреждений здравоохранения федерального подчинения и проблемы привлечения внебюджетных источников финансирования»//Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1. – С.17–18.
12. Кузнецов П.П., Лунская Л.Л. Комментарии к Инструкции по расчету стоимости медицинских услуг//Здравоохранение. – 2000. – № 4. – С. 55–57.
13. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная), утвержденная Минздравом России 10.11.99 № 01-23/4-10 и РАМН 10.11.99 № 01-02/41.
14. Порядок направления, приема и учета пациентов в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, утвержденный Минздравом России и директором НЦАГиП РАМН 10.10.01;
15. Приказ Минздрава России от 10.04.01 № 113 «О введении в действие отраслевого классификатора «Простые медицинские услуги».
16. Приказ Минздрава России от 16.07.01 № 269 «О введении в действие отраслевого стандарта «Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав».
17. Мирошниченко Т.В. Организация управленческого учета по центрам ответственности и сегментам бизнеса//Бухучет в здравоохранении. – 2003. – № 5. – С. 44–57.
18. Постановление Правительства Российской Федерации от 6 мая 2003 года № 255 «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией».
19. Письмо Минздрава России «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации» от 06.06.03 № 2510/6190 - 03-32.
20. Стародубов В.И., Подольцев А.Л., Петровский А.С., Березина Н.Н. Анализ экономической деятельности стационара на основе анализа издержек//Экономика здравоохранения. – 2001. – № 11–12. – С. 54–58.



О.Н.БУЛАВИН,

к.м.н., зам. гл. врача по КЭРСРБ ГУЗ «Городская больница № 26», г.Санкт-Петербург

ПРАВА ПАЦИЕНТА: мифы и реальность



В законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в статье 6 «Права граждан» есть положение: «Граждане Российской Федерации имеют право на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса».

Иными словами, сам Закон позволяет предположить отсутствие связи между финансированием медицинской отрасли и возможностью ее функционирования. Неопределенность этой ситуации, как и всякая неясность, которая возникает при знакомстве с очередными «Государственными гарантиями», должна разъясняться организациями системы ОМС, имеющими специальный персонал для анализа медицинской помощи населению.

При этом медики надеются, что наконец их освободят от использования в роли буфера между властными структурами и больным человеком. Однако эти ожидания не реализовываются уже многие годы. К сожалению, судя по публикациям, посвященным совершенствованию охраны здоровья граждан в системе ОМС, просматривается совершенно другой упрощенный подход к решению этой проблемы.

Например, публикация в «Медицинской газете» (№ 76 от 10.10.03г.) выдвигает как важную составляющую повышения качества медицинской помощи знание пациентом своих прав («Главное знать свои права и уметь ими пользоваться», стр.2).

Подход интересный, но актуален ли он? В чем разумность повода для пафосной пропаганды прав

© О.Н.Булавин, 2004 г.



пациента как способа совершенствования медицинской помощи? Может в том, что изменилась система здравоохранения?

В настоящий момент очевидно, что работа медицинского персонала, медицинские услуги не имеют четкой материальной оценки и по-прежнему преподносятся как морально-этические понятия, зависящие от добросовестности медиков, с которых пора бы и спросить. Следует признать, что по сути система здравоохранения продолжает оставаться мобилизационной по Н.А.Семашко.

Может быть, изменились объемы финансирования? Нет. Сравнительные расчеты показывают, что здравоохранение до введения ОМС получало больше средств, чем в настоящее время.

Насколько в этой связи обоснована цитата из указанной публикации: «...в городе созданы условия для получения качественных медицинских услуг в рамках территориальной программы ОМС. Они доступны, если горожане знают свои права...» И каковы на самом деле возможности реализации интересов пациента системой обязательного медицинского страхования?

Постараемся разобраться в этих вопросах на типичном примере из повседневной медицинской практики. В страховую организацию обращается бывший пациент больницы с требованием вернуть ему деньги. Находясь на лечении в больнице, он приобрел в специализированном магазине металлоконструкцию, которую врачи использовали при оперативном лечении у него перелома конечности. Не будем гадать, но вполне возможно предположить, что сработал призыв «Умейте пользоваться в своих интересах системой обязательного страхования».

Страховая организация строго указывает главному врачу стационара вернуть денежные средства застрахованному. При этом в письме используются жесткие выражения типа «взимание денежных средств». Налицо конфликтная ситуация с перспективой судебного вмешательства. Разберем ее конструкцию. Пациент в данном примере госпитализирован в стационар с закрытым винтообразным переломом костей левой голени. Консервативное лечение с использованием скелетного вытяжения не подошло больному. Он плохо переносил постельный режим, неоднократно смещал систему вытяжения. От предложенной высокой циркулярной

гипсовой повязки на 3,5 месяца пациент категорически отказался и выбрал оперативный метод лечения - сопоставление отломков кости пластиной. Для этого он сознательно, добровольно приобрел за 7120 рублей металлоконструкцию в специализированном предприятии, не имеющем ни каких отношения к больнице. Продолжим анализ составляющих конфликта дальше. По действующему тарифу больница получила за издержки, связанные с его лечением 5831 рубль. Из этой суммы, согласно регламента непосредственно на обеспечение лечебного процесса расходуются 874 рубля. Таким образом, чтобы приобрести конструкцию на средства, выделенные ОМС, не представлялось возможным. В этой ситуации ОМС применяет типичное и широко используемое страховщиками возражение о необходимости перераспределения средств от мало затратных к затратным технологиям лечения. Однако никакими расчетами и анализом это положение никогда не подтверждается.

В законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в статье 6 «Права граждан» есть положение «Граждане Российской Федерации имеют право на получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса». Иными словами, сам Закон позволяет предположить отсутствие связи между финансированием медицинской отрасли и возможностью ее функционирования.

Наш практический опыт показывает, что необходимость в дополнительных затратах на лечебно-диагностический процесс большой и разнообразной





группы пациентов значительно превышает наши более чем скромные возможности.

Так, целый ряд дорогостоящих медицинских услуг, таких, как проведение операций, выведение из шока, лечение политравмы, пребывание в реанимационном отделении и ряд современных диагностических методик не имеют отдельного тарифа.

Кроме того, привлечение средств в пользу той или иной группы пострадавших крайне затруднено еще и потому, что больница оказывает помощь значительно большему, чем запланировано, количеству пациентов в условиях постоянного дефицита денег, вызванного хронической задержкой страховыми компаниями оплаты счетов за пролеченных больных. В течение многих лет практически без исключений эти долги составляют от одного до двух месячных бюджетов в случае с нашей больницей.

Налицо объективное ограничение возможностей оказания помощи лечебной сетью гражданам. И такие примеры можно привести почти по каждому профилю заболеваний. Таким образом, имеется очевидное ограничение прав застрахованных. Однако ОМС не учитывают этого, умалчивают проблему и не способствуют ее разрешению.

Фактически ни для одной медицинской услуги или курсового лечения заболевания не рассчитаны реальные затраты. Нет оценки действительных финансовых возможностей выполнения стандартов медицинской помощи, столь широко пропагандируемых медицинскими чиновниками. С точки зрения работников практического здравоохранения, обеспечение прав пациента заключается не в ложной, оторванной от реальной жизни пропаганде «безграничных» возможностей по охране здоровья и лечению, а в кропотливой оценке фактической экономической ситуации и создания адекватных условий для диагностики и лечения застрахованных.

Если средств не хватает, а их не хватает, вне всякого сомнения, необходимо эту проблему решать и выходить из сложившейся ситуации не путем поиска «виноватого врача, взимающего средства с пациента» (официальный термин). Единственно возможным путем решения этой проблемы на данном этапе экономических возможностей ОМС является откровенное публичное признание их ограниченности и разработки программ по со-

вершенствованию финансового обеспечения лечения пациентов амбулаторного и стационарного звена, в том числе с участием в издержках пациентов.

Население должно быть информировано о том, что реальная стоимость обследования и лечения выше существующего финансирования и это существенно ограничивает возможности медицинских учреждений системы обязательного медицинского страхования. Исходя из сказанного, общество должно знать пределы своих требований на получение бесплатной медицинской помощи. Мониторинг, правовая и финансовая коррекция этой ситуации – важнейшие социальные задачи организаторов системы обязательного медицинского страхования. И не нужно создавать дополнительного, социального напряжения противопоставляя пациентов и медиков.

10-летний опыт работы нашей больницы в системе ОМС свидетельствует о непонимании реальных условий работы, об неуважительном отношении к труду врача и отсутствию стремления улучшить или поощрить работу медиков, внести конструктивные предложения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса.

Подтверждением сказанному является и тот факт, что сложный комплекс правовых вопросов лечебно-диагностического процесса, как и в данном примере, рассматривается с позиций привилегий пациентов, не определяет их ответственности за сохранение собственного здоровья и обязательность по строгому выполнению лечебно-оздоровительных мероприятий. Недопустимо правовое разделение единой системы пациент–врач. Работа в практическом здравоохранении – это тяжелейший труд, требующий самоотдачи и расходования значительных душевных и интеллектуальных сил.

Медицинские работники должны стать равноправными партнерами правовых отношений в системе ОМС, а не ощущать себя недорогой рабочей силой, реализующей права застрахованных по медицинским стандартам. Врач – не фокусник, он не должен изыскивать финансовые резервы для выполнения своих обязанностей.

Любые требования к нему по обеспечению качества медицинской помощи должны иметь четкие экономически обоснованные пределы, которые не могут подменяться моральными категориями.



И.Н.БАРАНОВ,

старший преподаватель кафедры государственного и муниципального управления
факультета менеджмента Санкт-Петербургского государственного университета

Т.М.СКЛЯР,

ассистент кафедры государственного и муниципального управления факультета менеджмента
Санкт-Петербургского государственного университета

НИЗКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ ВРАЧЕЙ И НЕОБХОДИМОСТЬ ОПЛАЧИВАТЬ УСЛУГИ ВЫЗЫВАЮТ НЕДОВОЛЬСТВО ЛИШЬ У НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ ПАЦИЕНТОВ. ПОЧЕМУ?

ОТ РЕДАКЦИИ:

Казалось бы, мы все хорошо знаем, что не устраивает наших пациентов: низкое качество услуг, необходимость платить или доплачивать за услуги, которые официально числятся бесплатными, и т.д. Однако нижеприведенные результаты одного из исследований показывают, что у многих пациентов неудовлетворенность вызывают другие, казалось бы, незначимые недостатки работы медицинских учреждений. Парадокс? Выводы авторов могут показаться не бесспорными. Тем не менее, надеемся, что они заставят по-новому взглянуть на традиционные проблемы работы отечественных медицинских учреждений. В следующих номерах журнала мы планируем продолжить знакомить читателей нашего журнала с другими интересными результатами данного исследования.

В рамках проводимого нами исследования для изучения отношения населения к качеству лечения и уровню обслуживания в медицинских учреждениях системы ОМС респондентам задавались следующие вопросы:

1. О результате их обращения за врачебной помощью;
2. Об удовлетворенности работой медицинских учреждений.

Среди обратившихся к врачу услугами поликлиники пользовалось большинство (72%), среди лиц пожилого возраста таких 87%. В больнице лежало около трети от числа респондентов, обратившихся к врачу.

Вспомнив свое последнее обращение к врачу в районную поликлинику, респонденты ответили на вопрос о результате их обращений. Ответы распределились следующим образом:

- ♦ только 52,2% респондентов считают, обращение в поликлинику им помогло;
- ♦ для 41,8% респондентов обращение к врачу ничего не изменило;
- ♦ 1,9% респондентов отмечают, что в результате этого «им стало только хуже»;
- ♦ среди людей с высоким доходом существенно выше доля тех, кто считает, что лечение помогло (68%).



♦ 35% респондентов не удовлетворены работой районной поликлиники, а 36% - удовлетворены только отчасти (рис.1).

На вопрос: «Что именно Вас не устраивает в работе Вашей районной поликлиники?» - 17,5% респондентов ответили, что их все устраивает. Соответственно более 80% опрошенных имеют претензии к работе поликлиник (табл. 1). Наибольшие нарекания вызывают очереди (упомянули около трети посетителей). Значительная часть респондентов недовольна отсутствием в поликлинике необходимых ресурсов для оказания качественных услуг. Так, отсутствие нужных врачей-специалистов отметили 10,3% опрошенных, диагностических исследований – 3,1%, оборудования – 1,0%. Еще 18,7% респондентов не удовлетворены тем, что к врачу-специалисту трудно попасть. Невежливое поведение обслуживающего персонала и невнимание, равнодушие врачей отметили в совокупности более 20% опрошенных. Недостаточный уровень квалификации врачей отметили только 13,1% опрошенных.

Таким образом, в качестве основных причин недовольства работой районной поликлиники следует выделить:

- ♦ низкий уровень обслуживания (очереди, невежливое поведение персонала, невнимание со стороны врачей), в совокупности отмеченный в 53,6% полученных ответов;
- ♦ отсутствие или нехватку необходимых ресурсов для оказания качественной помощи (отсутствие врачей, диагностических исследований, оборудования, низкий уровень квалификации врачей, трудности с получением консультации врачей-специалистов) – 46,2% ответов.

Полученные результаты свидетельствуют, что традиционно приписываемые поликлиникам проблемы – низкая квалификация врачей и платность многих услуг, вызывают недовольство только у 13,1 и 5,8% опрошенных, соответственно. Это не означает, что уровень значимости этих проблем и в самом деле низкий: очевидно, потребители и не ожидают от поликлиник наличия высококвалифицированного медицинского персонала и полной бесплатности услуг.

Тем не менее, в настоящее время работа поликлиник, с точки зрения потребителей, могла бы су-

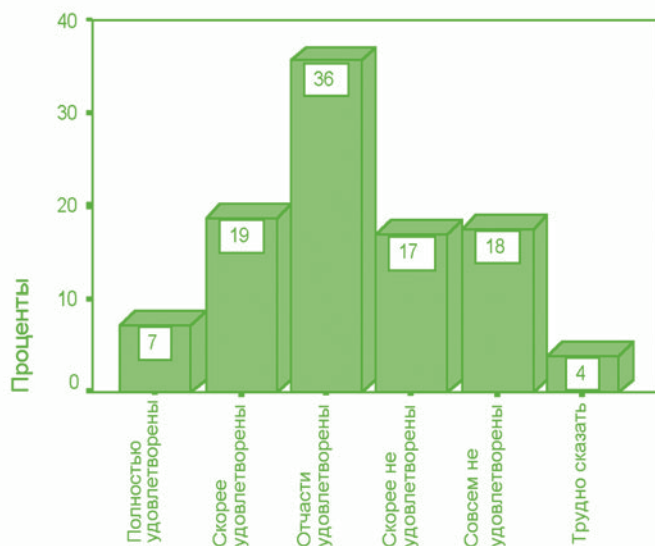


Рис. 1. Удовлетворенность работой районной поликлиники

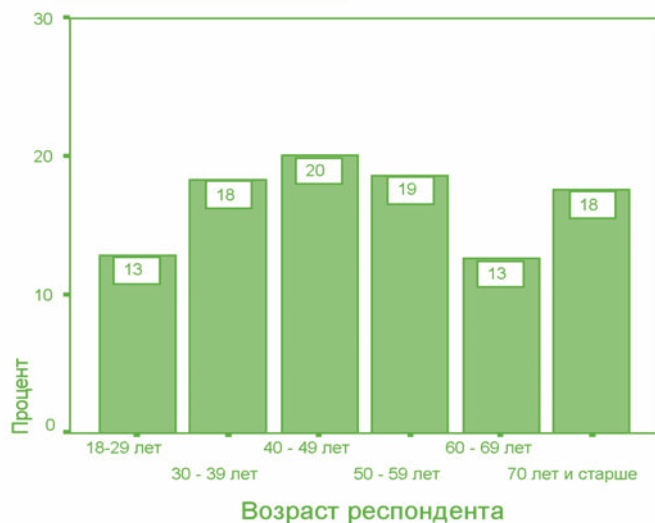


Рис. 2. Распределение респондентов по возрасту



Таблица 1

Причины недовольства работой районной поликлиники

Ответы	Количество ответов	
	число людей	%
Все устраивает	118	17,5
Ничего не устраивает	4	0,6
Очереди	215	31,9
Трудно попасть на прием к врачу-специалисту	126	18,7
Невежливое поведение обслуживающего персонала	118	17,5
Уровень квалификации врачей	88	13,1
Отсутствие нужных врачей-специалистов	69	10,3
То, что некоторые услуги являются платными	39	5,8
Невнимание, равнодушие врачей	28	4,2
Отсутствие требуемых диагностических исследований	21	3,1
Высокие цены на платные услуги	19	2,8
Дорогие лекарства, не дают бесплатных лекарств	12	1,8
Частая смена участкового и других врачей	9	1,3
Отсутствие оборудования или устаревшее оборудование	7	1,0
Другое	40	5,9
Трудно сказать	52	7,7

Таблица 2

Распределение опрошенных по уровню дохода на 1 члена семьи

Уровень дохода (в рублях)	Доля респондентов (%)
Менее 2000	25,4
2001- 3000	24,5
3001- 5000	17,8
5001-10000	11,4
Более 10000	5,2
Трудно сказать, отказ отвечать	15,7

ественно улучшиться путем изменения системы обслуживания. Проблемой в данном случае является полная незаинтересованность персонала в высоком уровне обслуживания, а не ограниченность ресурсов как таковая. Именно по этой причине, например, наличие очередей следует отнести к группе причин неудовлетворенности, связанной с низким уровнем обслуживания, а не с отсутствием ресурсов.

Краткая информация об исследовании. Указанные выше результаты были получены авторами в рамках исследовательского проекта «Роль страховых медицинских организаций в улучшении качества медицинского обслуживания и увеличении равенства доступа к услугам здравоохранения (на примере Санкт-Петербурга)», реализованного в 2002 – начале 2003 гг. при поддержке Независимого института социальной политики. В рамках проекта был проведен телефонный опрос населения Санкт-Петербурга. В общей сложности были опрошены 1502 человека, при этом котируются параметры распределения по полу, возрасту, уровню дохода, наличию работы. Квоты по полу, возрасту и наличию работы отражают распределение населения Санкт-Петербурга. Распределение респондентов по возрасту показано на рис. 2.

Квоты по уровню дохода устанавливались для проведения опроса с целью более полно представить позиции и предпочтение домохозяйствам с низким, средним и высоким доходом. Таким образом, выборка смещена в сторону высокодоходных групп. Распределение респондентов по уровню дохода представлено в табл. 2.

Вследствие смещенности выборки по доходу, в числе опрошенных преобладают люди с высшим (40%) и средним специальным образованием (34%). Доля работающих среди респондентов составляет 60,4 %, не работают 39%, в том числе 22 % опрошенных (54,7% неработающих) составляют пенсионеры. Работают чаще всего два члена семьи (42%). Среди работающих в основном представлены служащие и специалисты (по 28%), а также рабочие (25%).

Не имеют семьи 13% опрошенных, 23% живут в семье из двух человек, 32 % – в семье из 3 и 19% – в семье из 4 человек. В 59% семей нет детей младше 15 лет, в 32% семей есть один ребенок до 15 лет. В 38% семей есть один взрослый неработающий член семьи, в 18% семей – двое.



**А.В.ЕГОРОВ,
Е.А.САВОСТИНА,
Б.А.ЮДИН**

ООО «Медкор-2000», г.Москва

ДИНАМИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СУБЪЕКТОВ ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ



В соответствии с областной целевой программой комплексной информатизации систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования в Вологодской области введена в опытную эксплуатацию региональная информационно-аналитическая медицинская система (РИАМС)[1].

РИАМС построена как распределенная корпоративная информационная система управления ресурсным обеспечением, оказанием и финансированием медицинской помощи. Единое информационное пространство РИАМС характеризуется единством исходных данных в системе; едиными стандартами их обработки, единой нормативно-справочной системой и едиными протоколами обмена информацией. Субъектами РИАМС являются Департамент здравоохранения, территориальный фонд ОМС (далее – ТФ ОМС, или территориальный фонд), лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), страховые медицинские организации (СМО)[2].

В РИАМС обеспечивается экспорт-импорт информации между субъектами и программными комплексами (ПК) с любой заданной периодичностью. Информационные потоки сформированы в соответствии с обязанностями субъектов РИАМС по вводу данных, их компетенцией и полномочиями, определяющими права на доступ к информации, и бизнес-логикой обработки данных. Эксплуатация программных комплексов субъектами РИАМС

© А.В.Егоров, Е.А.Савостина, Б.А.Юдин, 2004 г.



и формирование информационных потоков представлены на рис. 1.

В состав системы входят 6 программных комплексов:

- ♦ «Паспорт ЛПУ»;
- ♦ «Формирование территориальной программы государственных гарантий»;
- ♦ «Регистр населения»;
- ♦ «Статистика и счета-фактуры ЛПУ»;
- ♦ «Учет и анализ счетов-фактур»;
- ♦ «Управление здоровьем населения».

РИАМС изначально создавалась как региональная, межведомственная и многоуровневая система, то есть любой программный комплекс проектировался:

- ♦ **во-первых**, с позиций задач региональной системы оказания и финансирования медицинской помощи;
- ♦ **во-вторых**, с позиций его задач и функций в РИАМС.

Программный комплекс «Паспорт ЛПУ» позволяет вводить, анализировать и передавать информацию о лечебно-профилактических учреждениях. ПК «Регистр населения Вологодской области» обеспечивает ввод, хранение и формирование персонализированной информации о населении Вологодской области, договорах и полисах ОМС, лицах, которым оказана медицинская помощь в ЛПУ Вологодской области. ПК «Статистика и счета-фактуры ЛПУ» обеспечивает ведение баз данных прикрепленного населения и пациентов, автоматизирует учет медицинских услуг и формирование ме-

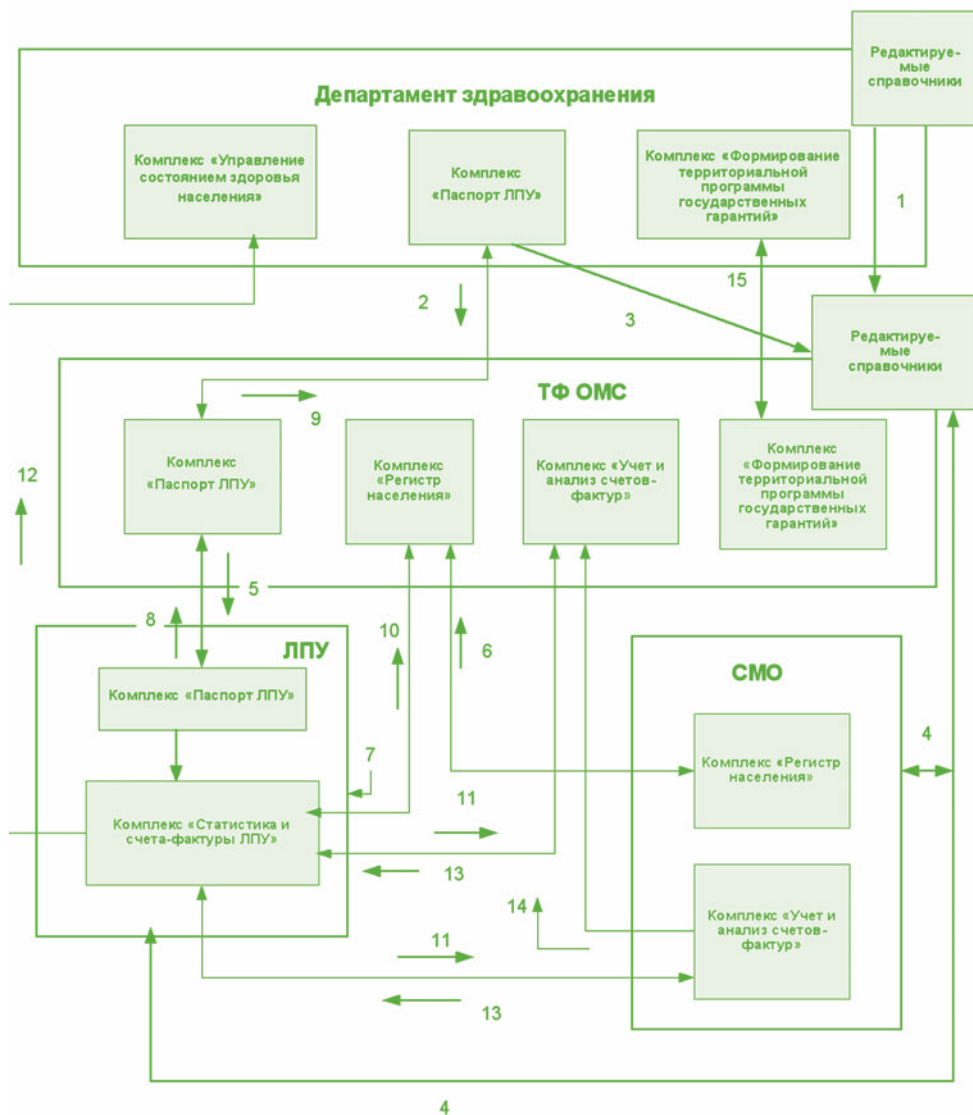


Рис. 1. Размещение и взаимодействие программных комплексов РИАМС





медицинской статистической отчетности, а также формирование документов и обмен электронной информацией для оплаты услуг по линии обязательного медицинского страхования. Обработку данных ЛПУ об оказанных услугах в страховых медицинских организациях и территориальном фонде осуществляет программный комплекс «Учет и анализ счетов-фактур ЛПУ». ПК «Управление состоянием здоровья населения» позволяет проводить анализ заболеваемости населения области и медицинской помощи по широкому кругу показателей на основе техники многомерного анализа и является инструментом для подготовки обоснованных управленческих решений в сфере здравоохранения. ПК «Формирование территориальной программы государственных гарантий» обеспечивает формирование и контроль реализации территориальной программы государственных гарантий и муниципальных заказов.

Работа начинается в Департаменте здравоохранения (далее – Департамент) с заполнения редактируемых справочников, обеспечивающих ввод данных по ЛПУ, медицинскому персоналу, населению, медицинской помощи, расходованию средств. На основании информации справочников Департамент осуществляет ввод данных государственной регистрации и лицензий по всем ЛПУ субъекта РФ в ПК «Паспорт ЛПУ». Справочники (1) и информация ПК «Паспорт ЛПУ» (2) экспортируются в ТФ ОМС. На основании информации, введенной Департаментом в ПК «Паспорт ЛПУ» формируется реестр ЛПУ, доступный для просмотра Департаменту и территориальному фонду (см. рис. 1).

Территориальный фонд заполняет редактируемые справочники, обеспечивающие ввод информации об учреждениях, адресах, медицинских услугах, и вводит информацию о тарифах на медицинские услуги. На основании информации, введенной в ПК «Паспорт ЛПУ» Департаментом, в ТФ ОМС формируется справочник ЛПУ территории, дополняемый территориальным фондом в части их участия в РИАМС и видов оказываемой медицинской помощи (3). Территориальный фонд экспортирует весь блок нормативно-справочной информации в ЛПУ и СМО, участвующие в РИАМС (4). В ЛПУ и СМО доступным для редакти-

рования является только справочник улиц. В ЛПУ также экспортируются из ТФ ОМС данные ПК «Паспорт ЛПУ», введенные Департаментом (5).

СМО (в отдельных случаях – ТФ ОМС) вводит в ПК «Регистр населения» данные о договорах ОМС, застрахованных лицах, полисах и формирует контингенты населения, прикрепленного к конкретным ЛПУ. Если ввод данных осуществлялся off-line, данные экспортируются в территориальный фонд, где формируется Единый регистр застрахованного населения (ЕРЗ) (6). ТФ ОМС осуществляет рассылку ЕРЗ в ЛПУ, которая обеспечивает автоматический ввод в базу данных ЛПУ информации о лицах, включенных в регистр.

Работа лечебно-профилактического учреждения с РИАМС начинается с импорта данных ПК «Паспорт ЛПУ», введенных Департаментом, которые становятся доступными для просмотра (5). Рассылка данных «Паспорт ЛПУ» осуществляется из ТФ ОМС одновременно во все ЛПУ. ЛПУ осуществляют ввод основного массива данных в данный ПК по своему учреждению. Экспорт данных ПК «Паспорт ЛПУ» все ЛПУ осуществляют напрямую в ТФ ОМС (8). Посылка из ТФ ОМС в Департамент формируется после поступления всех посылок от ЛПУ (9). Вся информация и все отчетные формы ПК «Паспорт ЛПУ» по каждому ЛПУ становятся доступны в Департаменте и ТФ ОМС.

После актуализации данных Паспорта Департаментом реализуется следующий этап импорта-экспорта информации. На первом этапе рассылки данные ПК «Паспорт ЛПУ», введенные Департаментом, доступны для просмотра в ЛПУ только по своему учреждению. На втором этапе ЛПУ, имеющему статус юридического лица (главному), становятся доступны для просмотра данные и отчетные формы по всем входящим ЛПУ (не имеющим статуса юридического лица). Данные о штатной структуре и персонале ЛПУ, введенные в ПК «Паспорт ЛПУ», автоматически экспортируются в ПК «Статистика и счета-фактуры», эксплуатируемого в этом же ЛПУ.

При импорте ЕРЗ в головном ЛПУ из ТФ ОМС (7) данные автоматически объединяются с информацией, введенной в самом ЛПУ с момента последнего экспорта в ТФ ОМС. Затем выполняется



рассылка обновленного ЕРЗ в подчиненные ЛПУ. Аналогично при импорте данных входящими ЛПУ происходит их автоматическое объединение с информацией, введенной с момента последнего экспорта в головное ЛПУ. После этого осуществляется экспорт обновленного регистра в головное ЛПУ. Затем выполняется экспорт регистра из головного ЛПУ в ТФ ОМС с учетом обновлений, имеющихся на момент подготовки этой информационной посылки.

После импорта справочников, ЕРЗ, информации о тарифах, используемой в качестве входной, и ввода данных в ПК «Паспорт ЛПУ» ЛПУ начинают ввод данных об оказанных медицинских услугах в ПК «Статистика и счета-фактуры». При необходимости ЛПУ осуществляет актуализацию и дополнение информации о застрахованных. Если пациент не найден в базе данных, в ЛПУ осуществляется ввод первичных данных о нем.

После актуализации информации о пациентах формируется информационная посылка в ТФ ОМС с изменениями в регистре за период с предыдущего экспорта регистра в ТФ ОМС (10).

На основании данных о медицинских услугах в ПК «Статистика и счета-фактуры» в каждом ЛПУ по своему учреждению формируются отчетные формы медицинской статистики, в том числе государственной отчетности. В данном ПК обеспечивается также формирование счетов-фактур и персонифицированных реестров медицинских услуг. С этой целью данные о медицинских услугах из подчиненных ЛПУ экспортируются в головные ЛПУ, в которых формируются сводные счета и реестры и информационная посылка. Из ПК «Статистика и счета-фактуры» ЛПУ осуществляется экспорт счетов и реестров в базу данных СМО и ТФ ОМС (в зависимости от категорий пациентов) в

ПК «Учет и анализ счетов-фактур» (11), данных о медицинских услугах – в Департамент в ПК «Управление здоровьем населения» (12).

При импорте информации из ПК «Статистика и счета-фактуры» ЛПУ в ТФ ОМС и СМО первой открывается посылка с изменениями единого регистра в ПК «Регистр населения». На основании информации, полученной из ЛПУ, принимается решение о внесении изменений в единый регистр. При импорте данных формируется в ПК «Регистр населения» реестр лиц, которым оказана медицинская помощь в ЛПУ Вологодской области. Следующей открывается посылка с данными об оказанных медицинских услугах в ПК «Учет и анализ счетов-фактур». В данном ПК осуществляется автоматизированный контроль счетов и персонифицированных реестров услуг и формируется информационная посылка с отказами в оплате в ЛПУ. Исправленные счета-фактуры из ЛПУ снова отправляются предыдущему адресату, а информация об услугах, принятых к оплате страховыми организациями, экспортируется в ТФ ОМС для формирования на территориальном уровне полного объема данных о медицинской помощи, оплаченной из средств ОМС (14).

В существующей версии РИАМС ПК «Формирование территориальной программы государственных гарантий» реализован как автономный. В ПК осуществляется обмен информацией между ТФ ОМС и Департаментом здравоохранения (15).

В дальнейшем предполагается объединение лечебно-профилактических учреждений Вологодской области в единую сеть с использованием ресурсов мультисервисной сети Департамента финансов Администрации Вологодской области, что позволит повысить достоверность информации и работать с данными в режиме реального времени.



ЛИТЕРАТУРА

1. Стародубов В.И., Колинко А.А., Дуганов М.Д. Региональная информационно-аналитическая медицинская система Вологодской области//В сб. «Информационные системы и технологии в здравоохранении». – М., 2003. – С. 172–174.
2. Савостина Е.А., Царьков А.О., Юдин Б.А. Создание единого информационного пространства систем здравоохранения и ОМС Вологодской области//В сб. «Информационные системы и технологии в здравоохранении». – М., 2003. – С. 54–57.



ОТ РЕДАКЦИИ:

Эта статья открывает цикл публикаций о ISO-нормах, подготовленных по нашей просьбе немецкими коллегами, специализирующимися в области консалтинга по ведению Систем Управления Качеством в здравоохранении.

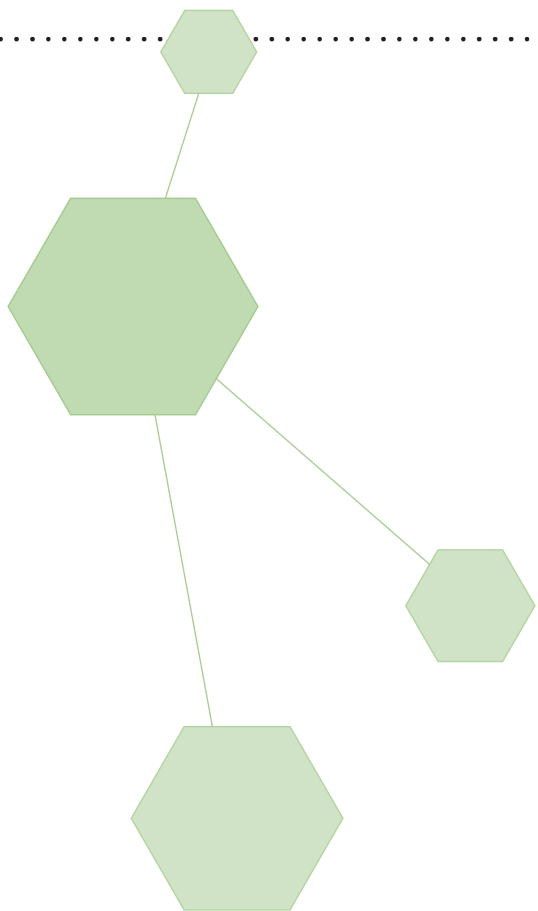
Авторы статей планируют весной 2004 года проведение семинара по затронутым проблемам. Поэтому всех, кого заинтересовала поднятая тема, убедительно просим направлять в наш адрес свои вопросы – это позволит превратить последующие публикации в живой диалог и наиболее полно использовать высокую квалификацию и опыт международной практики наших немецких коллег.

Г.КОВАЛЬСКИЙ, И.КЛЕЙМАН

аудиторы фирмы MQM Consulting, Kleiman&Kowalski Parznerschaft, Дюссельдорф, Германия

МЕЖДУНАРОДНЫЕ НОРМЫ ISO 9001:2000.

Управление качеством в здравоохранении



ЧАСТЬ I

Почему в каждом врачебном кабинете (поликлинике, больнице) необходимо ввести QMS (Quality Management System) – Систему Управления Качеством

В клятве Гиппократ, врачебном кодексе чести, в государственных законах в области здравоохранения четко обозначена ответственность врача перед пациентом за оказание качественной помощи, направленной на выздоровление.

Качество – это единственная **независимая характеристика медицинской помощи**: независимая от законов, независимая от различных лоббистских течений. Качество – фактор, который может положительно влиять на общую ситуацию в здравоохранении и частично компенсировать негативное действие существующих проблем.

Во многих странах необходимость обеспечения качества в здравоохранении или уже зафиксирована на законодательном уровне, или находится в стадии подготовки к законодательному регулированию.

Независимо от большого количества различных национальных Норм, в середине 80-х годов широкое распространение и признание получили QM - Norm ISO 9000. Из этих Норм возникли многочисленные отраслевые направления.

© Г.Ковальский, И.Клейман, 2004г.

© H.Kowalski, I.Kleiman, 2004г.



Основы

Что же такое Качество? Определений может быть множество, и мы не намерены устраивать конкурсный отбор. По сути, качеством можно назвать совокупность свойств или характеристик (товара, услуги, процедуры и т.д.), которые в наибольшей степени привлекательны по разного рода критериям для потребителя. В нашем случае качество – это эффективность лечения пациента.

Проиллюстрировать связь «Управления Качеством – Здравоохранение» позволяет следующая схема:



Допустим, внутренний порядок и управление налажено. Но эффективность лечебного процесса в немалой степени зависит и от качества медикаментов, вспомогательных материалов, медицинского оборудования. И каждый вправе задаться вопросом: «А как добиться поставок, гарантированно высокого качества?» Процесс приобретения чего-либо, в том числе и лечения как услуги, это всегда определенный кредит доверия к поставщику. Пациент доверяет врачу, аптеке, больнице, производителю медикаментов. Вот тут-то и возникает необходимость появления третьего лица, кому обе Стороны доверяют. Поставщик (врач, больница, фармацевт) готов открыто продемонстрировать инспектору все свои усилия и профессионализм, направленные на создание качественного товара (у-

слуги). Он готов дать себя проверить в любое время и на любом этапе своего производственного процесса. Его открытость, несомненно, вызывает чувство доверия, которое выражено посредством Сертификата, подтверждающего качество продукции или услуги. Сертификат, в данном случае, является доказательством того, что поставщик обеспечивает не только отличное качество своей продукции (услуг) но и постоянно пытается улучшить качественные показатели. Получатель товара (услуги) (в зависимости от ситуации это может быть пациент или врач) всегда это оценит. А выражено это будет в предпочтении другим именно этого врача или производителя медикаментов.

Обязательная сертификация является средством контроля за безопасностью продукции.

Добровольная сертификация способствует повышению конкурентоспособности товаров или услуг. И то, и другое важно. Наличием Сертификата поставщик товаров или услуг доказывает свою состоятельность в вопросах качества. В итоге выигрывает пациент – он конечный потребитель товара или услуги.

Если клиника решила ввести у себя QMS (Quality Management System) - Систему Управления качеством, чтобы продемонстрировать пациентам свой высокий профессионализм, она должна будет ориентироваться на международные нормы ISO 9001:2000, где описаны требования к Системе Управления Качеством. Но это не значит, что все «одевают одинаковый костюм». На каждом предприятии создается индивидуальная Система Управления Качеством, ориентированная на особенности данного предприятия, но в соответствии с Нормами.

Использование и преимущество QMS (Системы Управления Качеством)

При опросе немецких врачей, директоров и владельцев клиник, аптек, учреждений, обеспечивающих санэпидконтроль, на тему «Какие преимущества дает Вам использование QMS», были получены следующие ответы:

- ♦ удовлетворение ожиданий пациентов;
- ♦ улучшения в области исполнения законов и предписаний;
- ♦ оптимизация внутрифирменных процессов;





- ♦ повышение квалификации сотрудников;
- ♦ повышение мотивации сотрудников;
- ♦ развитие корпоративного мышления;
- ♦ предотвращение ошибок;
- ♦ снижение непроизводительных расходов;
- ♦ прозрачность внутрифирменных процессов ;
- ♦ повышение конкурентоспособности.

Полученные общие ответы можно дополнить и пояснить следующим образом :

☑ Прозрачность процессов дает возможность выявить слабые и сильные стороны на предприятии, определить потенциал улучшения.

☑ Повышение ценности предприятия достигается путем принятия важных решений на основе достоверных данных.

☑ Оптимизирование процессов позволяет создать систему: анализ процессов – потенциал доверия – качество результатов.

ISO-нормы поддерживаются и успешно распространяются Международной организацией по Стандартизации (ISO) в Женеве, объединяющей более 140 национальных Институтов Стандартизации, в т.ч. и российский. Свод международных стандартов позволяет упорядочить деятельность предприятия, развивать его более эффективно.

ISO-нормы - это набор требований, которые охватывают практически все стороны деятельности (управление, производство, контроль качества , работа с клиентами, снабжение и реализация товаров или услуг), независимо от рода деятельности и масштаба предприятия. В европейском и американском бизнесе наличие сертификата ISO 9001:2000 стало вопросом престижа, превратившись в важный маркетинговый инструмент для привлечения клиентов, успешного продвижения товаров и услуг.

☑ Повышение удовлетворенности пациентов достигается благодаря «прозрачности» лечебных процессов, достоверной диагностике, достаточного времени личного общения с пациентом. Пациент чувствует себя не оставленным без внимания, чем также обеспечиваются долгосрочные отношения.

☑ Повышение удовлетворенности сотрудников достигается благодаря прозрачности процессов, участию и содействию в введении и поддержке Системы Управления Качеством, мотивации и идентификации действий каждого в отдельности.

☑ Снижение риска ответственности при возникших проблемах с пациентами или государственными институтами или организациями достигается благодаря документации по Управлению Качеством и Сертификату.

☑ Повышение медицинской и экономической производительности ведет к повышению конкурентоспособности и расширению круга пациентов, снижению непроизводительных затрат, уменьшению текучести кадров, созданию положительного имиджа и возникновению доверия.

Таким образом, очевидно, что введение QMS обеспечивает целый ряд преимуществ. Действующая Система Управления Качеством положительно влияет как на связи внутри предприятия (руководство, сотрудники, процессы), так на внешние отношения (пациенты, поставщики, общественность), на стабильность и конкурентоспособность предприятия.

Нельзя оставить без внимания такой важный момент, как совместная работа руководства и сотрудников предприятия по введению и поддержанию ISO-норм. Без соблюдения этого условия успех – маловероятен. Система Управления Качеством не будет действовать, если главной и единственной целью ее введения было повесить на стене престижный Сертификат.

Не является только эмоциональной категорией и то утверждение, что Система Управления Качеством будет великолепно работать, если она «любима» всеми сотрудниками клиники: и руководством, и медицинским персоналом, и Уполномоченным по качеству. О том, как этого добиться, читайте в нашей следующей статье. В ней мы также подробнее остановимся на ISO-нормах и опишем саму процедуру введения Системы Управления Качеством на предприятии.



Высшая экономическая школа Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов и Институт медико-социальных реформ приглашают на обучение по программе

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



Программа разработана и реализуется при поддержке Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга.

Программа предназначена для руководителей высшего и среднего звена медицинских организаций, учреждений и предприятий всех форм собственности, а также для лиц, желающих занять позиции топ-менеджеров в современных медицинских компаниях. Обязательным условием приема на программу является практический опыт работы и высшее образование, в том числе высшее сестринское образование.

Цель программы - обучение современным методикам, технологиям, процедурам управленческой деятельности и развитие навыков управления с учетом специфических особенностей деятельности учреждений здравоохранения.

Методика обучения. Существенная роль в процессе обучения отводится работе в малых группах над практическими ситуациями (case-study), ситуационным и ролевыми играм, практическим заданиям и упражнениям, призванным способствовать усвоению теоретических положений программы и свести к минимуму домашние задания. Слушатели обеспечиваются авторскими учебными пособиями и комплектом слайдов по каждой дисциплине.

Слушатели, успешно закончившие обучение по программе «**Менеджмент в здравоохранении**», получают **диплом государственного образца о профессиональной переподготовке** по специальности 06.15.00 «**Менеджмент**» и сертификат Высшей экономической школы Санкт-Петербургского государственного университета экономики и финансов. Слушатели, имеющие высшее медицинское образование по результатам квалификационного экзамена получают **сертификат специалиста** по специальности 14.00.33 «**Общественное здоровье и здравоохранение**».

Продолжительность программы: 11 месяцев. **Форма обучения:** очно-заочная.

Программа разбита на четыре очных семестра.

Ориентировочное время проведения семестров - ноябрь, февраль, май, октябрь.

Для иногородних слушателей имеется благоустроенное общежитие гостиничного типа в центре Санкт-Петербурга.

Наш адрес: 191023, Санкт-Петербург, набережная канала Грибоедова, 34, к. 233.

Вся информация о программе «**Менеджмент в здравоохранении**» представлена на сайте www.hes.spb.ru

Дополнительная информация по телефонам:
(812) 312-87-37, 110-56-51, 310-38-62

Государственная лицензия № 24П-0070 от 03.01.01





Е.И.НЕСТЕРЕНКО, Н.В.ПОЛУНИНА,

Российский государственный медицинский университет, г.Москва

С.О.ЗАХАРОВ, В.В.СЕРГЕЕВ, Д.А.ТВАЛАДЗЕ,

Самарский государственный медицинский университет, г.Самара

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРТНОМУ АНАЛИЗУ ЗАБОЛЕВАНИЯ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

По материалам уголовных
и гражданских дел о профессиональных
правонарушениях медицинских работников



Введение медицинского страхования как части государственной социальной политики и формы защиты интересов граждан Российской Федерации в области здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям способствовало тому, что за последнее десятилетие значительно возросла активность пациентов в вопросах защиты своих прав при неудовлетворенности их от взаимодействия с другими субъектами медицинского страхования, прежде всего с исполнителями медицинских услуг в случае наступления неблагоприятного исхода заболевания или травмы.

Следует отметить, что неблагоприятный исход заболевания (травмы) не всегда является следствием ненадлежащего исполнения медицинскими работниками своих обязанностей, он может быть связан с закономерным течением патологического процесса, неудовлетворительными условиями оказания медицинской помощи или наступить в результате неосторожных действий (бездействий) самого пациента, определяемых низким уровнем его медицинской грамотности и медицинской активности, но сам факт вовлеченности врачей, медицинских сестер в рассматриваемое событие, как правило, признается достаточным основанием для возбуждения уголовного или гражданского дела.

© Е.И.Нестеренко, Н.В.Полунина, 2004 г.

© С.О.Захаров, В.В.Сергеев, Д.А.Тваладзе, 2004 г.



Одним из важных доказательств при судебном рассмотрении (производстве) по гражданским (уголовным) делам, связанным с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей, является заключение комиссионной судебно-медицинской экспертизы, которая относится к разряду наиболее сложных.

К сожалению, приходится констатировать, что закрепленные в нормативно-правовых актах требования описания в заключении эксперта содержания, результатов исследования и их оценки, а также примененных методик не раскрывают в должной мере ход экспертного мышления при решении поставленных вопросов, в частности, такого важного вопроса, как вопрос о характере связи между условиями и организацией лечебно-диагностического процесса, медицинским вмешательством и неблагоприятным исходом заболевания (травмы).

Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации, детализируя информацию об экспертном исследовании, требует указания в заключении эксперта содержания, результатов исследования и примененных методик (п. 9 ст. 204 УПК РФ). Согласно ч. 2 ст. 25 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», в заключении эксперта или комиссии экспертов должны быть отражены содержание и результаты исследований с указанием примененных методов, оценка результатов исследований, обоснование и формулировка выводов по поставленным вопросам. Данные элементы информации об экспертном исследовании не отражают в полной мере его содержательную сторону. Они в большей степени формализуют чувственно-познавательную часть экспертного исследования и его методическую основу, но не раскрывают ход мышления экспертов при решении поставленных перед ними вопросов и прежде всего вопроса о качестве медицинской помощи и исходе заболевания (травмы).

Кроме того, во многих случаях организации и производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз не учитывается их тесная содержательная связь с экспертизой качества медицинской помощи.

С целью определения методологических подходов к экспертному анализу заболевания и качества медицинской помощи по материалам уголовных и гражданских дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Российского государственного медицинского университета совместно с кафедрой судебной медицины и права Самарского государственного медицинского университета было проведено исследование. В качестве базы исследования выбрано Самарское областное бюро судебно-медицинской экспертизы, в основу типологического отбора которого были положены такие характеристики, как высокий уровень ведения учетно-отчетной документации, активное привлечение к участию в комиссионных экспертизах различных специалистов (табл. 1), возможность изучения содержания комиссионных су-

Таблица 1

**Частота привлечения специалистов к участию
в комиссионных судебно-медицинских экспертизах
(в расчете на 100 экспертиз)**

Наименование специальности эксперта	Показатель частоты привлечения специалиста
Хирург	25,5
Акушер-гинеколог	12,8
Стоматолог	11,8
Терапевт	11,8
Педиатр	11,0
Травматолог-ортопед	9,0
Нейрохирург	5,5
Офтальмолог	2,6
Прочие	10,0

дебно-медицинских экспертиз не только ретроспективно по заключениям комиссий экспертов, но и путем непосредственного наблюдения за работой экспертных комиссий.

Следует отметить, что почти в половине всех случаев к работе экспертных комиссий привлекаются, как правило, три специалиста-эксперта (47,3%). Комиссии, в состав которых входят четыре специалиста составляют 32,7%, а каждое пятое (20,0%) экспертное заключение составля-





ется комиссией, включающей более четырех специалистов. При этом к комиссионному рассмотрению «врачебных» дел никогда не привлекаются специалисты-эксперты по качеству медицинской помощи.

При выборе основного объекта научного анализа, которым явилась содержательная сторона судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей, мы исходили из того, что с позиций системного подхода при изучении экспертной аналитики по материалам дел данной категории представляется целесообразным изучать ее в целом, а не формировать выборочную совокупность из отдельных частей и элементов. Объектом научного анализа являлась содержательная сторона судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей. Анализ заключений комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей, проведенных в Самарском областном бюро судебно-медицинской экспертизы за период с 1991 по 2000 гг. (110 единиц наблюдения), осуществлялся сплошным методом исследования. При этом было изучено 68 заключений по материалам уголовных дел рассматриваемой категории и 42 заключения по материалам гражданских дел.

Сплошной метод был применен при экспертном анализе случаев наступления неблагоприятных исходов заболеваний (травм), повлекших за собой обращение пациентов либо их законных представителей в правоохранительные органы и ставших предметом внимания экспертной комиссии; качества медицинской помощи, оказывавшейся пациентам, у которых наступил неблагоприятный исход заболевания; качества ведения медицинской документации; факторной обусловленности неблагоприятного исхода заболевания (травмы). Проанализировано 90 протоколов лечебно-контрольных комиссий и комиссий по изучению летальных исходов, а также 90 медицинских карт стаци-

онарных больных по каждому случаю, ставшему предметом изучения данных комиссий.

Выборочный метод был применен для изучения и анализа проблем содержательной стороны судебно-медицинских экспертиз по материалам указанной категории. Измеряемыми объектами социально-гигиенического наблюдения в этом случае явились две репрезентативные статистические совокупности, сформированные методом типологического отбора: медицинские работники специальности (акушеры-гинекологи, хирурги, урологи, травматологи), традиционно относимых к категориям высокого профессионального риска (50 единиц наблюдения), и лица, в чью компетенцию входит назначение судебно-медицинских экспертиз по рассматриваемой категории дел, - следователи районных прокуратур, прокуроры, федеральные судьи (50 единиц наблюдения).

С помощью комплексного системного подхода к объекту исследования установлена последовательность экспертного анализа. Она определяется характером задач, решение которых обуславливает достижение указанной цели, и включает в себя несколько этапов, в совокупности представляющих алгоритм экспертного анализа:

1. Построение системы экспертных версий относительно причины неблагоприятного исхода заболевания (травмы);
2. Экспертный анализ заболевания (травмы), имевшего место у пациента;
3. Экспертный анализ организации и условий осуществления (включая характер деяний самого пациента и его законных представителей) лечебно-диагностического процесса;
4. Экспертный анализ правильности, полноты, своевременности и адекватности лечебно-диагностического процесса;
5. Экспертный анализ результатов лечебно-диагностического процесса и признаков причинной связи.

Каждый из перечисленных этапов состоит из определенных элементов, реализуемых последовательно посредством применения набора аналитических методов: матричного, генетического, логического, системного, ситуационного, процессного, информационно-контекстного, причинного анализа.



Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам дел указанной категории начинается с построения системы экспертных версий относительно неизвестного основания - причины неблагоприятного исхода заболевания (травмы), включающей в себя пять версий.

Неблагоприятный исход связан:

1. с закономерным развитием патологических процессов, вызванных основным заболеванием (травмой);

2. с несчастным случаем в медицине;

3. с виновными действиями (бездействием) пациента или его законных представителей;

4. с виновными действиями (бездействием) медицинских работников;

5. с профессиональной ошибкой медицинских работников.

Исходя из содержания первой экспертной версии, экспертный анализ ситуации наступления неблагоприятного исхода должен включать обязательное исследование сведений о характере заболевания, имевшего место у больного. Посредством методов матричного, логического, генетического, системного анализа комиссия экспертов в состоянии получить необходимый объем информации об общих и частных характеристиках заболевания, с которым имели дело медицинские работники в ситуации, сведения о которой стали



- 1 - состояние пациента в момент поступления в ЛПУ;
- 2 - характер течения варианта основного заболевания;
- 3 - наличие диагностических категорий высокого риска;
- 4 - срок госпитализации от начала заболевания;
- 5 - влияние индивидуальных особенностей организма пациента.

Рис. 1. Оценка медицинскими работниками влияния особенностей заболевания на характер исхода лечения

объектом экспертного анализа. Результаты проведенного анкетирования медицинских работников свидетельствуют о неоднозначной оценке ими влияния особенностей течения заболевания на вероятность достижения неблагоприятного исхода лечения (рис. 1). Наибольшее значение (2,5 балла по трехбалльной шкале) придается врачам таким обстоятельствам, как состояние пациента в момент поступления в ЛПУ (тяжелое, агональное, бессознательное и пр.), характер варианта (формы, стадии) основного заболевания, имевшего у него место (2,4 балла), наличие диагностических категорий высокого риска (2,1 балла), что определяет необходимость более детального и скрупулезного подхода к экспертному анализу заболевания и его роли в исходе лечения.

Процесс диагностики и лечения реализуется в определенных условиях, влияющих на вероятность достижения запланированных результатов медицинских мероприятий, которые в наиболее общем виде можно разделить на: организационно-методические (материально-техническое оснащение, кадровое и нормативно-правовое обеспечение ЛПУ), индивидуальные характеристики медицинского работника (квалификационные и индивидуальные психофизиологические характеристики медицинского работника), ситуационные условия. Как показывает анализ заключений комиссий экспертов, наименьший удельный вес (2,6%) в структуре вопросов экспертных заданий занимают вопросы, относящиеся именно к характеристике условий осуществления лечебно-диагностического процесса.

В то же время результаты анкетирования медицинских работников, проведенного в рамках настоящего исследования, свидетельствуют о серьезном значении, придаваемом врачами влиянию целого ряда внешних и внутренних факторов на вероятность наступления неблагоприятного исхода лечения (рис. 2 и 3). Высокую оценку подобного влияния получили такие внешние факторы, как уровень экстремальности ситуации (2,5 балла по трехбалльной шкале), недостаточное материально-техническое обеспечение (2,2 балла), ограниченность имеющихся в наличии методов обследования больного (2 балла) либо их несовершенство (1,8 балла). Из числа внутренних факторов: уровень квалификации врача (2,7 балла) и уровень его общемедицинских





- 1 - экстремальность ситуации оказания медицинской помощи;
- 2 - недостаточное материально-техническое обеспечение;
- 3 - ограниченность имеющихся в наличии методов обследования;
- 4 - неудовлетворительные условия трудовой деятельности;
- 5 - несовершенство методов диагностики и лечения в данной области медицины;
- 6 - необходимость использования сложных специальных методов для правильной и своевременной диагностики;
- 7 - длительность пребывания пациента в условиях ЛПУ.

Рис. 2. Оценка медицинскими работниками влияния внешних условий осуществления лечебно-диагностического процесса



- 1 - уровень квалификации врача;
- 2 - уровень общемедицинских знаний врача;
- 3 - срок работы по специальности;
- 4 - уровень нервно-психических перегрузок, эмоциональный статус врача;
- 5 - психофизиологический статус врача.

Рис. 3. Оценка медицинскими работниками влияния внутренних условий осуществления лечебно-диагностического процесса

знаний (2,3 балла), стаж работы по специальности (2,2 балла), психофизиологические характеристики врача (1,9 балла) и соответствие их нервно-психическим перегрузкам (1,5 балла).

По нашему мнению, экспертный анализ условий осуществления лечебно-диагностического процесса представляет собой своего рода внешний аудит деятельности лечебного учреждения применительно к конкретному случаю оказания медицинской помощи. При этом важно отметить наличие тесной содержательной связи между комиссионной судебно-медицинской экспертизой по материалам дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников и экспертизой качества медицинской помощи, которая, как правило, осуществляется на досудебном этапе разрешения конфликтных клинических ситуаций.

В связи со сказанным при организации и производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз необходимо учитывать следующие три аспекта:

1. Детальное изучение результатов экспертизы качества медицинской помощи, проводимой на досудебном этапе урегулирования конфликтной клинической ситуации;

2. Использование при производстве комиссионных судебно-медицинских экспертиз отдельных эффективных методов и способов анализа лечебно-диагностического процесса, применяемых при экспертизе качества медицинской помощи;

3. Включение в состав экспертных комиссий специалистов, прошедших подготовку по вопросам экспертизы качества медицинской помощи.

Экспертный анализ процесса оказания медицинской помощи начинается с составления технологической матрицы лечебно-диагностического процесса, включающей в себя: нормативно-правовые основы деятельности врача, научную и методическую базу, а также данные клинической практики. Сведения, содержащиеся в технологической матрице, составляют информационную основу для анализа конкретной клинической ситуации.

Проведенный в рамках настоящего исследования анализ заключений судебно-медицинских экспертиз по материалам гражданских и уголовных «врачебных» дел показал, что лишь в 6,4% из них имели место ссылки на нормативно-правовые акты. То есть в большинстве заключений ко-



миссий экспертов отсутствует информация, позволяющая установить соответствие действий медицинских работников правовым предписаниям. Это затрудняет установление признаков правомерности или противоправности в действиях (бездействии) медицинских работников правоохранительными органами и судом. Не являются исключением случаи отказа экспертов ответить на вопрос о соответствии действий медицинских работников нормативным предписаниям, обосновываемого отсутствием в представленных на экспертизу материалах дела нормативно-правовых актов (28,2%). Подобный отказ нельзя признать обоснованным, так как статус эксперта предполагает не только большой опыт практической работы в определенной области медицины, но и знание всех нормативных актов, регламентирующих профессиональную деятельность в этой области. Поэтому экспертное исследование в обязательном порядке должно включать в себя процедуру изучения нормативно-правовых актов, составляющих правовые основы оказания медицинской помощи пациенту с определенной нозологией. Следует отметить, что не всегда в обосновании сделанных выводов экспертами приводятся данные литературы, лишь в 8,2% проанализированных заключений фигурируют ссылки на научные источники.

Совокупность мероприятий по оказанию медицинской помощи отдельному пациенту можно рассматривать как открытую процессно-информационную систему с вероятностно (статистически) детерминированными связями между элементами, информационно-зависимой последовательностью реализации и неоднозначным влиянием на промежуточные и конечные результаты функционирования системы условий, в которых она функционирует. Все элементы системы образуют три однородные группы:

1. Процесс – совокупность отдельных мероприятий, осуществляемых последовательно при функционировании системы и обеспечивающих ее переход из исходного состояния в состояние конкретного запланированного результата (достижение цели процесса);

2. Информация – совокупность сведений относительно первоначального, текущего и конечного состояний системы, определяющая характер ее дальнейшего функционирования. Информация вы-

полняет в системе селективную, триггерную, модулирующую функции, а также функцию обратной связи;

3. Результат – совокупность параметров состояния системы, при наличии которой продолжение отдельных процессов внутри системы или функционирование системы в целом нецелесообразно ввиду достижения запланированного промежуточного либо конечного состояния или установления невозможности достижения этого состояния посредством этих процессов в рамках данной системы.

Отсутствие жесткой детерминации между элементами системы определяет необходимость раздельного анализа элементов каждой из трех групп. Следовательно, в экспертном анализе лечебно-диагностического процесса, помимо матричного, логического и системного, с позиций процессно-информационной модели целесообразно выделить следующие аналитические блоки:

1. Процессный анализ;
2. Информационный (информационно-контекстный) анализ;
3. Анализ результатов и признаков причинной связи.

В ходе процессного анализа экспертному исследованию и оценке подвергается последовательность проводившихся в медицинском учреждении отдельных диагностических и лечебных мероприятий в рамках оказания медицинской помощи конкретному пациенту. Традиционными критериями судебно-медицинской оценки лечебно-диагностического процесса выступают критерии правильности, полноты и своевременности, реже – адекватности. Как показывают результаты исследования, в большинстве заключений судебно-медицинской экспертизы (72,7 случая в расчете на 100 экспертиз) полнота, своевременность и адекватность лечебно-диагностических мероприятий либо отсутствуют как самостоятельные критерии оценки, либо упоминаются как составляющие критерия правильности. Адекватность как соответствие выполненных лечебных и диагностических мероприятий имевшему место заболеванию и состоянию пациента оценивается лишь в 1,8 случая в расчете на 100 экспертиз.

На наш взгляд, для целей экспертного анализа необходимо четко определить содержание данных критериев, установить составляющие их признаки





и провести границы между ними. Правильность процесса следует определить как соответствие деятельности по реализации определенного мероприятия установленным правилам ее осуществления, то есть нормам и требованиям. Установлено, что в большинстве заключений комиссий экспертов (65,4 случая на 100 заключений) содержание критерия правильности лечебно-диагностического процесса не раскрывается. При экспертном анализе правильности лечебно-диагностического процесса, по нашему мнению, необходимо установить соответствие лечебно-диагностического процесса:

1. Нормативно-правовым актам, в которых содержатся нормы и требования, обязательные для соблюдения и исполнения (императивным предписанием);
2. Нормативно-правовым актам, нормы и требования которых носят рекомендательный характер;
3. Требованиям современной медицины (современным научным данным);
4. Общепринятой клинической практике.

Проведенное исследование показало, что для целей экспертного анализа следует принять телеологическое значение критерия полноты процесса. То есть прежде чем оценить полноту реализации мероприятий в рамках анализируемой деятельности, следует определить конкретный запланированный результат, задаваемый субъектом для достижения посредством реализации определенного процесса, цель, с которой этот процесс осуществляется, задачи, которые решаются.

Оценку своевременности медицинских мероприятий необходимо связывать со временем появления в системе надлежащей, то есть соответствующей определенным критериям, информации, выступающей в качестве триггера для реализации конкретного диагностического либо лечебного мероприятия, а также возможности ее восприятия и интерпретации действующим субъектом.

Под адекватностью процесса, по нашему мнению, следует понимать соответствие анализируемых лечебно-диагностических мероприятий состоянию конкретного пациента, принятие во внимание индивидуальных особенностей его организма и характера течения патологического процесса. Если правильность – это соответствие общему и особен-

ному, описываемому правилом, нормой, стандартом, то адекватность есть соответствие единичному, реализованному в отношении конкретного пациента. Формально неправильные лечебные или диагностические мероприятия, но адекватные, соответствующие состоянию пациента и клинической симптоматике на момент их выполнения, могут обуславливать достижение запланированного результата, то есть решение требуемых диагностических или лечебных задач.

Информационно-контекстный анализ состоит в разделении единого комплекса информации, полученной медицинскими работниками в отдельные временные интервалы, разными способами и с различной целью в рамках анализируемой клинической ситуации, на самостоятельные информационные блоки с последующей оценкой каждого из них и определением соответствия объема (количества) и качества сведений о данной клинической ситуации критериям, определяющим эффективность использования их для достижения запланированного результата лечения. В качестве критериев оценки информации целесообразно использовать критерии достоверности, достаточности (полноты), своевременности и адекватности.

Каждый отдельно реализуемый процесс (диагностическая либо лечебная манипуляция, процедура) имеет своей целью достижение определенного результата. Совокупный результат лечения складывается из этих промежуточных результатов. При экспертном анализе следует разделять понятия «результат лечения» и «исход заболевания». Первый является интегральным показателем, представляющим собой совокупность однородных составляющих – результатов выполнения отдельных мероприятий в рамках лечебно-диагностического процесса. Второй определяется как следствие – суммарный вектор сочетания разнородных по своей природе составляющих, лишь одна из которых – профессиональные действия медицинских работников. Оценка следствия предполагает ответ на вопрос «почему?», то есть каузальное объяснение его появления, установление отношений причинности с определенным явлением либо группой явлений внутри системы. Оценка же результата является телеологической, заключается в ответе на вопрос «для чего?», то есть о целях его появления.



На основании проведенного исследования определены признаки причинной связи между действиями (бездействием) медицинских работников и неблагоприятным исходом заболевания (травмы), которые подлежат установлению при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.

Причинная связь между противоправным деянием и неблагоприятными (общественно опасными) последствиями является одним из признаков объективной стороны состава преступления (правонарушения). Установление наличия либо отсутствия состава преступления (правонарушения), определение всех его элементов входят в исключительную компетенцию правоохранительных органов и суда. Следовательно, установление причинной связи между деяниями медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом заболевания (травмы) является вопросом правового характера и не входит в компетенцию судебно-медицинских экспертов.

Задачами экспертов являются:

- ♦ установление основной (непосредственной) причины смерти (неблагоприятного исхода), то есть того патологического состояния, которое закономерно привело к смерти (неблагоприятному исходу);
- ♦ определение наличия или отсутствия признаков, на основе которых в комплексе со сведениями, содержащимися в иных, помимо заключения экспертов, доказательствах, следователь, прокурор, суд устанавливают наличие (отсутствие) причинной связи между деяниями медицинских работников и наступившим неблагоприятным исходом лечения.

Исход заболевания статистически (вероятностно) детерминирован комплексом неравнозначных обстоятельств различной природы, составляющих в целом систему причинения, одним из элементов которой может выступать деятельность медицинских работников. В медицине в большинстве случаев имеет место не простое, свойственное для жестко детерминированных систем, а системное причинение.

Экспертами должны определяться следующие признаки причинной связи:

1. Временной признак предшествования причины следствию.

2. Системный характер причинения. В наступлении неблагоприятного исхода играет роль система элементов, имеющих различное значение, выполняющих разные функции в причинении и находящихся в определенных взаимоотношениях.

3. Наличие в системе причинения необходимого элемента, отличающегося от других элементов своей определенностью и однозначностью.

4. Наличие в системе причинения одного либо нескольких условий, в совокупности с которыми, необходимый элемент приобретает признак достаточности. В ситуации простого причинения причина обладает и свойством необходимости, и свойством достаточности.

В системном причинении свойство достаточности детерминировано комплексом элементов, не все из которых обладают свойством необходимости. Помимо необходимого элемента, в систему причинения входят иные элементы, качественный и количественный состав которых варьирует в каждом конкретном случае причинения.

5. Условия, опосредующие достаточность системы причинения, образуют непрерывные цепи однородных элементов от первичного до конечного производного условия.

Действия медицинских работников могут находиться в следующих отношениях с исходом заболевания: не состоять в причинной связи с неблагоприятным исходом; являться необходимым и достаточным обстоятельством (простой причиной) для наступления неблагоприятного исхода в случае простого причинения; являться необходимым элементом (собственно причиной) системы причинения неблагоприятного исхода в случае системного причинения; не являться причиной, но входить в систему условий, опосредующих достаточность системы причинения для наступления неблагоприятного исхода.

Таким образом, на основании проведенного исследования разработан методологический подход экспертного анализа, обеспечивающий всесторонность, полноту и объективность судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей.



НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА



НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА – установление меры труда на выполнение определенного объема работы.



МЕРА ТРУДА – единица измерения труда. Выражением меры труда служат нормы труда: нормы времени, выработки, нагрузки, обслуживания, численности. Они с различных сторон характеризуют затраты труда, необходимые для выполнения определенного объема работ работниками соответствующей квалификации в определенных организационно-технических условиях.



НОРМАТИВ – регламентированные затраты времени, количество работы или число должностей для выполнения определенного объема работы при определенных типовых организационно-технических условиях.



НОРМА – регламентированные затраты времени, количество работы или число должностей для выполнения определенного объема работы при определенных конкретных организационно-технических условиях.



НОРМЫ ВРЕМЕНИ – регламентированная продолжительность выполнения единицы работы. Нормы времени могут выражаться в затратах рабочего времени (часы, минуты) или в условных единицах (условных единицах трудоемкости).



НОРМЫ НАГРУЗКИ – объем работы, установленный на определенное время (на единицу времени). Норма нагрузки – это показатель, обратный норме времени. Нормы нагрузки отражают объемы работы, которые необходимо выполнить: количество посещений (выписанных больных, исследований, процедур и т.д.) в час, день и т.д. в расчете на одного врача, отделение и т.п. Задача установления норм нагрузки – определение значения показателя, характеризующего объем работы без увязки к конкретному объекту (например, без увязки к количеству коек или численности прикрепленного населения). Нормы нагрузки применительно к оплате труда принимают форму нормированных заданий при повременной оплате и форму норм выработки – при сдельной.

НОРМА ОБСЛУЖИВАНИЯ – это количество производственных объектов, которые работник или группа работников соответствующей квалификации должны обслужить в течение единицы рабочего времени в определенных организационно-технических условиях. Причем объем работы на каждый отдельный объект не регламентирован ни по времени, ни по установленным единицам (в отличие от норм выработки) – он рассчитан усредненно и зависит от конкретных условий. В качестве производственных единиц, являющихся объектами обслуживания, в здравоохранении обычно выступает койка (например, количество коек на одного врача) или численность населения (например, численность населения, которую должен обслуживать участковый врач). Поэтому нормы обслуживания – это количество коек или числа пациентов, обслуживаемых данным врачом, медсестрой и т.д. Задача установления норм обслуживания – добиться нормального функционирования объекта.

НОРМАТИВЫ ЧИСЛЕННОСТИ – численность персонала, необходимого для выполнения возложенных на него функций. Основной формой нормативов численности являются штатные нормативы.

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ (ТИПОВЫЕ ШТАТЫ) – совокупность норм труда, по которым определяют расчетное число должностей медицинского и другого персонала учреждений здравоохранения, исходя из потребности населения в медицинской помощи, выполнения управленческих функций и других работ.



ШТАТНОЕ РАСПИСАНИЕ – документ, определяющий структуру учреждения и численность должностей по каждому наименованию в конкретных подразделениях и в целом по учреждению. Основные подходы к составлению штатных расписаний: по штатным нормативам; исходя из объемов работ; исходя из объемов финансирования.

СИСТЕМА НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА в здравоохранении складывается из следующих основных элементов: методология нормирования; создание специально подготовленных баз; проведение работы по нормированию; сбор материалов и их обобщение для проектирования нормативов; разработка нормативов; апробация; придание нормативам определенного статуса (обязательный или рекомендуемый характер, круг субъектов, на которые распространяется действие нормативов, и т.д.); использование нормативов в практической работе.

3 СТЕПЕННАЯ СИСТЕМА ОБСЛУЖИВАНИЯ – система обслуживания стационарных пациентов, при которой непосредственное обслуживание пациента осуществляют три категории персонала: врач, медсестра и санитарка.

2 СТЕПЕННАЯ СИСТЕМА ОБСЛУЖИВАНИЯ – система обслуживания стационарных пациентов, при которой непосредственное обслуживание пациента осуществляют две категории персонала: врач и медсестра, в функции санитарки-уборщицы входит лишь выполнение санитарно-гигиенических работ (уборка).



ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И., Шипова В.М., Житников Ю.М., Леонова С.А. Штаты служащих и рабочих учреждений здравоохранения. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – 128 с.
2. Кадыров Ф.Н. Экономическая служба лечебно-профилактического учреждения. – М.: ГРАНТЬ, 2000. – 800 с.
3. Нормативные материалы по нормированию труда. – М.: Экономика, 1987. – 54 с.
4. Методические материалы по нормированию труда медицинского персонала больничных учреждений. – М.: НИИ им.Н.А.Семашко, 1996. – 42 с.
5. Методические рекомендации по нормированию труда медицинского персонала. – М.: Миниздрав СССР, 1987. – 85с.
6. Методические рекомендации по нормированию труда и экономическому анализу деятельности медицинского персонала больничных учреждений (отделений). – М.: НИИ им.Н.А.Семашко, 1993. – 40с.
7. Методические рекомендации по определению численности должностей медицинского персонала в условиях перехода к медицинскому страхованию. – М.: НИИ им.Н.А.Семашко, 1993. – 51 с.
8. Методические рекомендации по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений. – М., 1974. – 75 с.
9. Рекомендации по нормированию труда и экономическому анализу деятельности медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений. – М.: НИИ им.Н.А.Семашко, 1994. – 50 с.
10. Сборник ведомственных приказов, регламентирующих штаты учреждений здравоохранения (нормы численности, нормы времени и нагрузки персонала). – М.: ГРАНТЬ, 2003. – 704 с.
11. Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения. /Составители: А.Л.Маргулис, Д.И.Анискевич. – М.: Медицина. – 1986. – 703 с.
12. Шипова В.М. Нормирование труда медицинского персонала. – М.: Агар, 1997.
13. Шипова В.М. Вспомогательная служба ЛПУ (Нормативы по труду, их применение). – М.: Агар, 1997.
14. Шипова В.М. Организация нормирования труда в здравоохранении. – М.: ГРАНТЬ, 2002. – 624 с.
15. Шипова В.М., Гаврилов В.А. Штатное расписание учреждения здравоохранения. – М.: ГРАНТЬ, 2001. – 160 с.



Управление финансов Мэрии требует утверждения штатного расписания больницы Мэром города. Насколько обоснованно подобное требование?

В соответствии с Приказом Минздравмедпрома от 18 января 1996 года № 16 «О введении форм штатных расписаний учреждений здравоохранения» предусмотрено, что штатное расписание разрабатывается учреждениями здравоохранения самостоятельно. В графе «Утверждаю» ставится подпись главного врача (директора, заведующего, начальника) и дата утверждения. Это касается всех источников финансирования. Таким образом, требования Управления финансов необоснованны. Другое дело, что финансирующие органы могут принять решение о выделении бюджетного финансирования учреждению только на ставки в соответствии со штатными нормативами (которые в настоящее время носят рекомендательный характер). Поэтому право самостоятельного утверждения штатного расписания по должностям, финансируемым из бюджета, в настоящее время на практике мало, что дает.



Сотрудник медицинского учреждения на своем рабочем месте использует собственный компьютер, который принес из дома. Должно ли учреждение возмещать сотруднику затраты, связанные с использованием личного имущества, и если да, то в каком размере? Как поступать в этой или аналогичных ситуациях (например, когда работник использует личный транспорт для служебных целей)?

Медицинское учреждение не обязано в подобных ситуациях возмещать стоимость используемых работником личного транспорта, оборудования и т.д. То есть у работника нет права претендовать на безусловное возмещение подобных затрат, но одновременно имеется право не использовать в служебных целях личное имущество. Однако, если администрация учреждения сочтет подобные затраты целесообразными и обоснованными (например, в ситуации недостатка в учреждении компьютеров, автотранспорта и т.д.), то такое возмещение возможно. Размер возмещения зависит от стоимости оборудования, его возраста, интенсивности использования и других факторов. В конечном счете вопрос решается по согласованию сторон. Основанием для такого возмещения является статья 188 Трудового кодекса РФ («Возмещение расходов при использовании личного имущества работника»).

Данная статья гласит: «При использовании работником с согласия или ведома работодателя и в его интересах личного имущества работнику выплачивается компенсация за использование, износ (амортизацию) инструмента, личного транспорта, оборудования и других технических средств и материалов, принадлежащих работнику, а также возмещаются расходы, связанные с их использованием. Размер возмещения расходов определяется соглашением сторон трудового договора, выраженным в письменной форме».



На какие проекты в области здравоохранения получен заем Всемирного банка?

Девятого декабря 2003 года Всемирный банк объявил о вступлении в силу Соглашения о займе в 30 млн. долларов США на Проект «Техническое содействие реформе системы здравоохранения» в России. Проект окажет поддержку усилиям страны по разработке и внедрению жизненно важных реформ в области здравоохранения.

Он также поможет определить, какие изменения необходимо проводить в большем масштабе, и каким образом это сделать на основе федеральных руководств, которые будут апробированы на региональном уровне. Укрепление функций федерального центра будет сочетаться с проведением реформ на региональном уровне, начиная с двух субъектов Российской Федерации-участников Проекта – Чувашской Республики и Воронежской области.



Финансовое управление города требует, чтобы работа лечебного учреждения в условиях добровольного медицинского страхования (ДМС) была разрешена Постановлением Мэра. Так ли это?

В отличие от оказания платных услуг населению, работа в системе ДМС не предполагает специального разрешения. Как известно, требование получения специального разрешения соответствующего органа управления здравоохранением на предоставление платных услуг было введено Постановлением Правительства РФ от 13 января 1996 г. № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями». В п.2 данного Постановления четко определено, что речь идет о платных медицинских услугах населению, оказываемых медицинскими учреждениями в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинской помощи по программам ДМС не попадают под указанные выше виды договоров. Так речь идет о предоставлении медицинской помощи не работникам страховых организаций или членам их семей, а застрахованным. Условием оказания медицинской помощи по программам ДМС является наличие лицензии. Кроме того, работа в системе ДМС не должна противоречить Уставу учреждения, что вытекает из статьи 52 Гражданского кодекса РФ.

По какой статье бюджетной квалификации отражаются затраты, связанные с обучением на курсах повышения квалификации в другой местности (статья 110400 или 111040)?

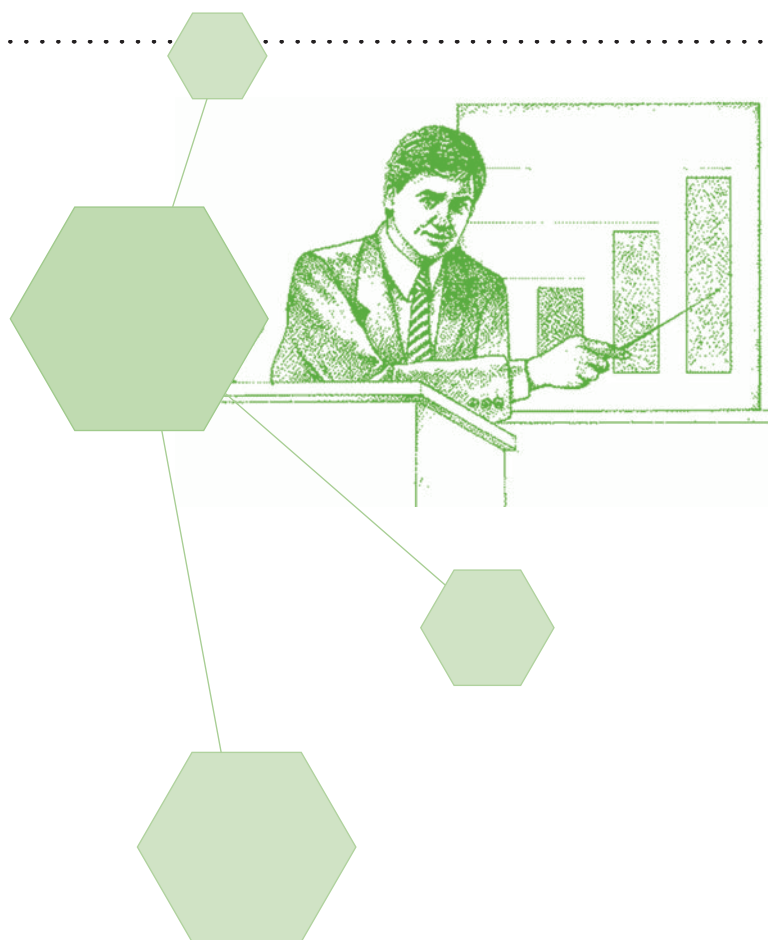
По статье 110400 «Командировки и служебные разъезды» отражают расходы бюджетных учреждений, связанные с оплатой командировок на курсы повышения квалификации и профессиональной переподготовки работников органов управления. Во всех остальных случаях затраты на эти цели отражаются по коду 111040 «Прочие текущие расходы». В Приложении 13 к «Указаниям о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации» (Приказ Минфина РФ от 11 декабря 2002 г. № 127н) приведен «Порядок распределения расходов по соответствующим предметным статьям и подстатьям экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации». Здесь, в частности, отмечается, что по коду 111040 отражаются расходы на «оплату за обучение на курсах по повышению квалификации, подготовку и переподготовку специалистов в организациях повышения квалификации (включая проезд, оплату общежития, мест в гостиницах в случае недостаточности мест в общежитиях, суточные, стипендии), если по законодательству Российской Федерации оплата производится направляющей организацией».

Одиннадцатого декабря 2003 года Всемирный банк также объявил о вступлении в силу Соглашения о займе в 150 млн. долларов США на Проект «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа» в России. Проекта окажет поддержку усилиям страны по защите ее населения и экономики от отрицательного воздействия эпидемий туберкулеза и СПИДа. Реализация Проекта приведет к укреплению политики, стратегии и служб профилактики, диагностики и лечения, как туберкулеза, так и СПИДа, на основе использования современных методов. Проект будет реализовываться на территории всей страны.

«Заявление о вступлении в силу обоих Соглашений было сделано после выполнения Правительством Российской Федерации всех необходимых условий. Правительство Российской Федерации подтвердило приверженность целям и задачам обоих проектов, являющихся чрезвычайно важными для поддержания здоровья российского населения и экономики страны. С этого момента начинается реализация обоих проектов, и мы надеемся на их успех», – отметил г-н Джулиан Швайцер, Директор Всемирного банка по России.



ПОРЯДОК УСТАНОВЛЕНИЯ ЦЕН (ТАРИФОВ) НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



К одному из важнейших вопросов организации предоставления платных медицинских услуг бюджетными учреждениями здравоохранения относится порядок установления цен (тарифов) на платные медицинские услуги. Этот вопрос является, пожалуй, наиболее спорным. Неслучайно встречается большой разброс в подходах к этой проблеме:

- ♦ цены (тарифы) на платные услуги медицинские учреждения устанавливают самостоятельно;
- ♦ цены (тарифы) утверждают непосредственно органы власти различного уровня: Федерального, субъектов Федерации (областного и приравненного к ним уровня) или местные органы власти.
- ♦ цены (тарифы) утверждают специальные органы различного уровня, призванные заниматься вопросами ценообразования (комитеты по ценам, отделы цен и т.д.);
- ♦ цены (тарифы) утверждают органы управления здравоохранением различного уровня (министерства, комитеты, департаменты и т.д.).

А каков же на самом деле должен быть порядок утверждения цен на платные услуги? Чтобы ответить на этот вопрос рассмотрим правовые основы ценообразования.

Оказывая платные медицинские услуги, учреждения здравоохранения тем самым вступают в договорные отношения либо с самими пациентами, либо с организациями или лицами, их представляющими.

В соответствии с действующим гражданским законодательством исполнение договора оплачивается по цене, установленной соглашением сторон

© Н.Ф.Кадыров, 2004 г.



(ст.424 Гражданского кодекса РФ – ГК РФ). Однако имеется достаточно много ограничений, не позволяющих медицинским учреждениям полностью реализовывать это право. Так, в соответствии со статьей 424 ГК РФ в предусмотренных законом случаях применяются цены (тарифы), устанавливаемые или регулируемые уполномоченными на то государственными органами. Поэтому, если в рамках предоставленных им полномочий государственными (муниципальными) органами установлен определенный уровень цен, то в договоре должны быть указаны именно эти цены.

Итак, кто имеет право регулировать цены (тарифы) на платные услуги, оказываемые бюджетными медицинскими учреждениями? Необходимо отметить, что в настоящее время имеется достаточная правовая основа, позволяющая четко решить проблему регулирования цен со стороны вышестоящих организаций. Рассмотрим сначала законодательные акты.

В соответствии с Федеральным законом «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», принятым Государственной Думой 16 сентября 2003 года, право на регулирование цен предоставлено органам местного самоуправления. Статья 17 указанного закона определяет, что в целях решения вопросов местного значения органы местного самоуправления поселений, муниципальных районов и городских округов обладают полномочиями по установлению тарифов на услуги, предоставляемые муниципальными предприятиями и учреждениями, если иное не предусмотрено федеральными законами.

Это означает, что органы местного самоуправления на вполне законных основаниях могут претендовать на регулирование цен за услуги, оказываемые муниципальными учреждениями здравоохранения.

А каковы же права на регулирование цен на платные медицинские услуги федеральными органами власти и органами власти субъектов Федерации? Как это ни покажется парадоксальным, эти органы подобных прав лишены. Отсутствуют законодательные акты, предоставляющие каким бы то ни было органам власти, кроме муниципального уровня, регулировать цены на платные медицинские услуги. Зато имеется Постановление Правительства РФ, прямо запрещающее такое регулирование. Речь идет о Постановлении Правительства Российской Федерации от 7 мар-

та 1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)».

В соответствии с этим постановлением предписывается не применять государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, осуществляемое путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции производственно-технического назначения, товаров народного потребления и услуг, кроме предусмотренных в этом постановлении. Среди видов продукции и услуг, имеющих отношение к здравоохранению, в этом Постановлении указаны лишь протезно-ортопедические изделия, торговые надбавки к ценам на лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Поскольку платные медицинские услуги не включены в перечни, приведенные в указанном Постановлении, то государственное регулирование на медицинские услуги не допускается.

Это подтверждается и Письмом Минэкономики РФ от 3 марта 1999 г. № 7-225 «О ценах на платные медицинские услуги». В письме сказано: «На запрос сообщаем, что государственное регулирование цен (тарифов) не применяется на платные услуги, перечень которых не предусмотрен Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 и последующими законодательными актами. Цены (тарифы) на платные услуги, не подлежащие государственному регулированию, в число которых входят и платные медицинские услуги, формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Минэкономики России 6 декабря 1995 г. № СИ-484/7-982. Уровень рентабельности при расчете свободных тарифов не регламентирован».

Поэтому вмешиваться в вопросы ценообразования на платные услуги не имеют права:

- ♦ ни министерства, ведомства, главки и т.д. в отношении подведомственных им федеральных и ведомственных медицинских учреждений;
- ♦ ни органы государственной власти (губернатор и т.д.), органы управления здравоохранением,





органы ценообразования и т.д. – в отношении государственных учреждений здравоохранения субъектов Федерации;

- ♦ никакие другие органы, за исключением органов местного самоуправления, – в отношении соответствующих муниципальных медицинских учреждений.

Таким образом, за исключением муниципальных учреждений здравоохранения, все остальные медицинские учреждения имеют полное право самостоятельно устанавливать цены на платные услуги без какого-либо согласования или утверждения со стороны вышестоящих органов.

Рассмотрим подробнее, каков же механизм регулирования цен на платные медицинские услуги на муниципальном уровне (еще раз подчеркнем, на других уровнях цены на платные услуги не регулируются).

Необходимо отметить, что органы местного самоуправления вправе делегировать решение вопросов о регулировании цен (тарифов) своим структурным подразделениям: отделам (комитетам и т.д.) по ценообразованию или аналогичным органам, а также органам управления здравоохранением.

Тем не менее, следует отметить, что сам по себе статус муниципального органа управления здравоохранением (райздрав, комитет, отдел, департамент и т.д.) не дает ему автоматического права на регулирование цен (тарифов). Это право должно быть закреплено в Положении о Комитете (департаменте, отделе и т.д.) по здравоохранению или аналогичном документе. Поэтому порой достаточно взглянуть в Положение о соответствующем органе управления здравоохранением, чтобы убедиться в правомерности или неправомерности притязаний этого органа на регулирование цен (тарифов) на платные услуги.

Конечно, необходимость согласования цен способна значительно осложнить работу муниципального медицинского учреждения. Однако и в этом случае положение небезнадежное. Грамотный юридический подход зачастую позволяет достаточно легко обернуть ситуацию в свою пользу. Так, если в Уставе медицинского учреждения, учредителем которого является соответствующий орган местного самоуправления, закреплено право учреждения самостоятельно решать вопросы ценообразования на платные медицинские услуги, то это означает, что орган влас-

ти как учредитель делегировал медицинскому учреждению свои права в этой области. Естественно, что при разработке Устава медицинского учреждения необходимо учитывать этот момент.

Каковы основные проблемы, с которыми сталкиваются учреждения здравоохранения при регулировании (даже обоснованном) цен на платные медицинские услуги? В подавляющем большинстве случаев регулирование сводится к ограничению уровня цен. Укажем некоторые из методов подобного регулирования:

- ♦ ограничение абсолютного уровня цен;
- ♦ ограничение уровня рентабельности;
- ♦ ограничение коэффициентов изменения (индексации) цен;
- ♦ ограничения по уровню затрат по отдельным статьям, включаемым в цены (чаще всего это касается зарплат);
- ♦ вмешательство в методику ценообразования и т.д.

Насколько обоснованы подобные ограничения? Чтобы ответить на этот вопрос, зададимся другими вопросами:

- ♦ Какова цель сдерживания цен на платные медицинские услуги бюджетных учреждений?
- ♦ Каковы результаты подобного регулирования? Теоретически целями регулирования цен на платные услуги могут быть следующие:
 - ♦ защита интересов (экономическая поддержка и т.д.) медицинских учреждений;
 - ♦ контроль за экономически правильным ценообразованием;
 - ♦ защита интересов населения.

Посмотрим, насколько низкие цены на платные медицинские услуги обеспечивают достижение этих целей.

Безусловно, установление низких цен на платные услуги, оказываемые муниципальными учреждениями здравоохранения, никак не способствует улучшению их финансового положения. В условиях недостаточного бюджетного финансирования здравоохранения со стороны самих органов местного самоуправления, политику этих властей, направленную на уменьшение возможностей легального зарабатывания средств, иначе как нелогичной не назовешь.

Контроль за экономически правильным ценообразованием был бы оправдан в отношении оказания



бесплатной медицинской помощи (как это имеет место в системе обязательного медицинского страхования). В условиях же рынка и ценообразование тоже должно быть рыночным, ориентированным на спрос и предложение. Именно в этом выражается экономически обоснованное ценообразование.

Наконец, что касается защиты интересов населения. Напомним, что речь идет об услугах, не входящих в территориальные программы обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, не входящих в стандарты медицинской помощи и т.д. То есть платные услуги (по какой бы цене они не предоставлялись) конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь за счет бюджета и средств ОМС не нарушают. Поэтому хотелось бы знать:

- ♦ Заинтересовано ли население в том, чтобы медицинские учреждения продолжали владеть жалкое существование, не имея возможности заработать за счет платных услуг для улучшения своей материально-технической базы?

- ♦ Заинтересовано ли население в том, чтобы лишиться медицинские учреждения возможности за счет наиболее состоятельной части населения (которая чаще всего и обращается за платными медицинскими услугами) улучшить оказание бесплатной медицинской помощи наименее социально защищенному населению (пенсионерам, инвалидам и т.д.), которое практически не обращается за платной помощью?

- ♦ Заинтересовано ли население в том, чтобы врачи жили на одну зарплату, установленную по Единой тарифной сетке, при этом требуя себе от пациентов (тех же пенсионеров и т.д.) оплаты в карман либо вообще уходя из медицинских учреждений. Хорошо известно, что именно муниципальные учреждения здравоохранения испытывают наибольшие проблемы с медицинскими кадрами.

Кто же в конечном счете выигрывает от низких цен на платные услуги?

Отметим в первую очередь, что сдерживание цен (относительно их рыночного уровня) означает субсидирование потребителей медицинских услуг. Причем эти субсидии достаются и потребителям тех видов медицинских услуг, на которые не распространяются гарантии бесплатной медицинской помощи (то есть на те услуги, которые в любых обстоятельствах должны оставаться чисто коммерческими), например, сервисные услуги, оказание медицинской

помощи на анонимной основе, иностранцам и т.д. Реальными получателями выгод от предоставления субсидий (в форме цен на уровне ниже рыночных) является не беднейшее население, а как раз наиболее обеспеченное, которое больше всего пользуется платными услугами. Причем, чем более состоятельный человек, чем более дорогостоящими услугами он пользуется (сервисные, комфортные и т.д.), тем больший размер субсидий он получает.

Каков же результат искусственного сдерживания цен на платные услуги? Укажем некоторые из наиболее часто встречающихся последствий:

- ♦ расцвет теневой оплаты – основного финансового бремени, которое, в отличие от платных услуг, в наибольшей степени ложится именно на пенсионеров, инвалидов и т.д.;

- ♦ у медицинских учреждений существенно снижаются стимулы к оказанию многих видов платных услуг. Результатом является ограниченность предложения целого ряда платных медицинских услуг относительно возможного их объема;

- ♦ вытекающие из предыдущего пункта высокие цены на платные услуги коммерческих учреждений здравоохранения (в силу их дефицитности – сложности их получения на платных условиях в бюджетных учреждениях);

- ♦ стремление бюджетных учреждений (в целях повышения рентабельности оказания платных услуг) найти пути возмещения части затрат на оказание платных услуг за счет средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

В конечном счете от всего этого страдает население, а выгоду получают не государственные или муниципальные, а коммерческие медицинские учреждения и наиболее обеспеченная часть населения, наиболее широко пользующаяся платными услугами.

Итак, на чьей стороне стоят органы местного самоуправления, сдерживающие цены на платные услуги на законных основаниях (а также другие органы власти, делая то же самое в отношении ведомственных медицинских учреждений, учреждений федерального уровня или учреждений уровня субъектов Федерации в нарушении действующей нормативно-правовой базы)? Вопрос риторический. Как бы неоправдывали соответствующие органы свои действия по сдерживанию цен заботой об интересах населения результат оказывается прямо





противоположным. Объяснением продолжения подобной политики может служить лишь дремучий непрофессионализм или безответственный популизм чиновников, принимающих подобные решения.

Отметим, тем не менее, что и в ситуациях, когда имеются попытки субъективного подхода к регулированию цен на платные медицинские услуги, у муниципальных медицинских учреждений остается в запасе довольно много аргументов отстаивания своих позиций.

Речь в первую очередь идет о том, что регулирование цен на платные услуги должно осуществляться грамотно, то есть в соответствии с экономическими принципами, нормативно-методическими материалами, рекомендациями и т.д.

К числу таких методических документов относятся Методические рекомендации по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденные Минэкономики России 6 декабря 1995 г. № СИ-484/7-982. Поэтому логично было бы предложить любым органам, претендующим на регулирование цен на платные услуги бюджетных учреждений, руководствоваться данными Методическими рекомендациями.

В п.4.1 этих Рекомендаций записано: «Свободные цены и тарифы на платные услуги для населения формируются, исходя из себестоимости и необходимой прибыли, с учетом конъюнктуры рынка, качества и потребительских свойств услуг, степени срочности исполнения заказа...».

Это означает, что уровень цен определяется не только калькуляцией, но и:

- ♦ спросом и предложением (конъюнктура рынка). Правомерность этого отмечена и в п. 6.4. указанных Методических рекомендаций: «Свободные цены на платные услуги для населения могут изменяться в связи с изменением конъюнктуры рынка, а также изменением расходов на оказание услуг»;

- ♦ способом оказания услуги. Это означает, что цена на одну и ту же услугу может зависеть от конкретных технологий, определяющих не только затраты, но и потребительские свойства услуги (сервис, использование более щадящих способов оказания медицинской помощи, применение более точного диагностического оборудования и т.д.). Другими словами, не применимо требование, чтобы анализ крови всегда стоил одинаково независимо от способа его

выполнения. Напротив, анализ крови должен стоить по-разному в зависимости от того, выполнен ли он на ФЭКе или на гематологическом анализаторе; с использованием обычной или вакуумной пробирки; в обычном кабинете или в кабинете повышенной сервисности и комфортности и т.д.;

- ♦ срочностью оказания плановой услуги. И на платные услуги (плановые) может быть очередь. Право внеочередного получения медицинской помощи должно быть оплачено (например, за счет применения повышающего коэффициента и т.п.).

Таким образом, медицинские учреждения имеют в вопросах ценообразования на платные медицинские услуги достаточно не только прав, но и возможностей их цивилизованного отстаивания. Обзор практики различных регионов показывает, что во многих из них явно наблюдается прогресс в этой сфере.

В заключение отметим, что мы осветили только небольшой круг проблем, связанных с ценообразованием на платные медицинские услуги. За пределами данной публикации остались такие вопросы, как:

- ♦ в чем различие терминов «цены» и «тарифы»;
- ♦ допустимость оказания платных услуг по цене ниже себестоимости;
- ♦ правомерность установления льгот на цены на платные медицинские услуги;
- ♦ применимость к платным услугам, оказываемым бюджетными учреждениями, понятия «публичный договор»;
- ♦ допустимость изменения цены в случаях, когда оказание медицинской услуги потребовало дополнительных (непредусмотренных) затрат со стороны медицинского учреждения;
- ♦ размер заработной платы, включаемой в цену;
- ♦ включение в цену амортизации бюджетного оборудования, используемого для оказания платных услуг;
- ♦ способы эффективного неконфликтного отстаивания медицинскими учреждениями своих прав в вопросах ценообразования и других.

Эти проблемы предполагается более подробно рассмотреть в следующих номерах журнала.

Примечание.

Основные документы, на которые сделаны ссылки, опубликованы в данном номере журнала в рубрике «Для корпоративных БД».





ОТ РЕДАКЦИИ:

В этой рубрике мы планируем помещать небольшие заметки, посвященные нестандартным подходам к решению управленческих проблем. Зачастую они парадоксальны. Но они имеют право на существование. Может стоит попробовать? Почему бы и нет?

О ПОЛЬЗЕ РИТУАЛОВ

В формировании корпоративной культуры организации большую роль играют поведенческие ритуалы: определенные церемонии, использование принятых в организации выражений, знаков и т.д.

Одновременно ритуалы помогают решать и другую проблему – субординацию, причем без формирования отрицательного отношения подчиненных к необходимости соблюдения субординации. Например, на конференциях в городской больнице № 26 Санкт-Петербурга принято вставать, когда входит главный врач.

Возможно, кому-то это покажется архаизмом, но в этом есть глубокий смысл. Кроме выражения ува-

жения к формальному лидеру (соблюдение «правил игры» независимо от личного отношения к руководителю – важная составляющая эффективной деятельности учреждения как организованной системы), срабатывает эффект единения членов коллектива друг с другом. Во многих отношениях это даже более важный момент.

При этом достигается еще один немаловажный результат: удается избежать покрикивания на аудиторию со стороны руководителя с целью прекращения разговоров и переключения внимания на себя. Сам процесс вставания прерывает все разговоры и перемещает центр внимания на руководителя, что собственно и требуется в данной ситуации.

ОСТОРОЖНО: КОНФЛИКТ

Есть много способов решения конфликтных ситуаций. Лучший способ управлять конфликтом – знать о его угрозе. Но зачастую только оказавшись втянутым в конфликт, человек отдает себе об этом отчет.

Иногда (хотя и не всегда) все же лучше избежать конфликта вообще. Заботу об информировании окружающих о возможности конфликта может

взять на себя сам потенциальный источник конфликта, если он умеет отслеживать свое самочувствие. Так можно завести правило, в соответствии с которым сотрудник, пришедший на работу с плохим настроением, устанавливает у себя на столе красный флажок (или любой предмет, выбранный в качестве символа). Это и будет предупреждением о том, что данного человека пока лучше не трогать.

© С.М.Кадырова, 2004 г.



На вопросы анкеты «МЗ» отвечает
ЖЕЛЕЗНЯК Елена Семеновна - главный врач СПб ГУЗ
«Городская больница № 26», заслуженный врач
Российской Федерации, председатель Совета главных
врачей больниц города, член Экспертного совета при
Администрации Санкт-Петербурга, награждена Орденом
Дружбы народов, Орденом Почета.

КЕМ СЕГОДНЯ ОЩУЩАЕТ СЕБЯ ГЛАВВРАЧ?

Санкт-Петербургский ГУЗ «Городская больница № 26» была построена по типовому проекту отечественных архитекторов и сдана в эксплуатацию 23 июня 1975 года. Это была первая многопрофильная больница на 1200 коек, построенная в Санкт-Петербурге после Великой Отечественной войны.

Больница в 1980-е годы первой в городе стала серьезно заниматься проблемами интенсивного использования коечного фонда с внедрением экономических форм управления под методическим руководством Института организации здравоохранения, экономики и социальной гигиены имени Н.А.Семашко.

Опыт, накопленный в больнице, позволил плавно войти в новые рыночные отношения, удерживать достойную профессиональную репутацию и избежать больших потрясений.

За эти годы удалось добиться существенной оптимизации показателей использования коечного фонда и привлечь внимание коллектива больницы к экономическим аспектам профессиональной деятельности.

В штате больницы трудятся 8 докторов медицинских наук, 107 врачей высшей категории.

В больнице функционируют более 1000 коек, развернутых в 19 клинических отделениях. 11 отделений осуществляют диагностические исследования; 8 отделений дополняют лечебный процесс современными вспомогательными методами, позволяющими ускорить выздоровление пациентов.

Все отделения больницы имеют узкую специализацию. Интеграция врачебных знаний и опыта сотрудников обусловлена большим объемом работы по экстренной помощи. В больнице работают специалисты ведущих научных коллективов города.

В настоящее время приоритетными и эффективными в лечебно-диагностической деятельности коллектива являются такие направления, как политравма и травматический шок, портальная гипертензия, ишемическая болезнь мозга, спинальные повреждения, лапароскопическая хирургия при заболеваниях органов брюшной полости и гинекологической патологии, генерализованные гнойно-септические заболевания, хирургическое лечение нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, хирургическое лечение ишемической болезни головного мозга и тромбэмболий легочной артерии.

Исключительно успешно и творчески оригинально работают врачи в области хирургии сонных артерий, интенсивной терапии и реанимации при травматической болезни, сепсисе, хронической почечной недостаточности, онкологических заболеваниях IV стадии и других. Постепенно больница модернизирует диагностическое оборудование, используя в основном современную продукцию лучших фирм-производителей, например, компьютерный томограф фирмы «Дженерал электрик», ангиографическую установку фирмы «Сименс», ультразвуковые и эндоскопические приборы, лапароскопические системы, автоматические, биохимические и иммунологические анализаторы, стерилизационное оборудование.



АНКЕТА



Кто такой сегодня главный врач?

Кто должен стоять во главе медицинского учреждения?

ТОП-менеджер высокого уровня.

В настоящее время – врач; на перспективу – менеджер.

Что из Вашего личного опыта больше всего помогло Вам как менеджеру, дало полезный опыт?

Профессиональное общение, литература, жизненный опыт.



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

Поднять престиж медицины.

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

Управление персоналом, стиль отношения, команда.



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

Платные услуги в государственном учреждении.

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

Управление ресурсами, новые организационные технологии

Ваш девиз, Ваше кредо как руководителя?

Уважение к труду врача персонала; пациент - главная фигура.



ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО МЕДИЦИНСКОЙ МИКОЛОГИИ

Место и время проведения:

Москва, 24–25 марта 2004 г.

Основные программные вопросы:

- ♦ Молекулярно-генетическая революция и перспективы развития медицинской микологии
- ♦ Эпидемиология микозов в Российской Федерации и мировом сообществе
- ♦ Микогенная аллергия, аэромикология и экология современного окружения человека
- ♦ Микотоксины и микотоксикозы в медицинской, сельскохозяйственной и санитарной микологии
- ♦ Отравления грибами и грибы-галлюциногены: проблемы национальной безопасности
- ♦ Этиологическое разнообразие микозов, новые возбудители и проблема резистентности
- ♦ Особо опасные, новые и редкие микозы
- ♦ СПИД-ассоциированные микозы
- ♦ Микозы в оториноларингологии и офтальмологии
- ♦ Вульвовагинальный кандидоз: стратегия и тактика рациональной терапии
- ♦ Проблема грибковой инфекции в гематологическом стационаре
- ♦ Ранняя диагностика и терапия инвазивных микозов при нейтропении
- ♦ Эмпирическая терапия оппортунистической грибковой инфекции
- ♦ Кандидоз как общемедицинская проблема
- ♦ Новые подходы в лабораторной диагностике микозов: многообразие методов и вопросы стандартизации
- ♦ Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика грибковых заболеваний
- ♦ Новые антимикотики в Российской Федерации: перспективы внедрения
- ♦ Клиническая фармакотерапия поверхностных и глубоких микозов
- ♦ Онихомикозы в XXI веке
- ♦ Фармакотерапия онихомикозов: на пути к национальному стандарту
- ♦ Новые подходы к профилактике массовых грибковых поражений человека
- ♦ Современные биотехнологии и их приложения в практической микологии
- ♦ Лекарственные препараты из грибов и пищевые добавки
- ♦ Вопросы стандартизации фармакотерапии главных микозов человека
- ♦ Открытое образование в медицинской микологии

Регистрация и участие в работе Конгресса бесплатные (для граждан РФ и всех докладчиков).

Зарегистрироваться можно, заполнив электронную регистрационную форму участника (в Интернете по адресу: <http://www.mycology.ru/congress>) или получив ее по электронной почте.

Дополнительную информацию можно получить на сайте Конгресса или в Оргкомитете.

Адрес: Россия, 113114, г. Москва, Малая Бронная ул., д.20, стр.1

Телефон/факс: (8 095) 504 65 06

E-mail: congress@mycology.ru

Интернет: <http://www.mycology.ru/congress>

Национальная Академия микологии

Общероссийская общественная организация



ВТОРАЯ ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности»

Время и место проведения: 26 марта 2004 года в Российском новом университете
Начало регистрации участников – 26 марта 2004 г. в 9.00, начало работы – в 10.00.
Регистрационный взнос с участников не взимается

Организаторы конференции: Российский союз юристов, Российская академия юридических наук, Российский новый университет

Адрес проведения конференции: Россия, 105005, г. Москва, ул. Радио, д. 22. Российский новый университет.

Проезд: метро «Курская», далее трамвай 24 до ост. «Лефортовская набережная»;
метро «Бауманская», далее пешком либо любой трамвай до ост. «Лефортовская набережная».

Все транспортные и командировочные расходы участники покрывают самостоятельно

Направления работы конференции:

- ♦ актуальные вопросы нормативно-правового обеспечения здравоохранения в современной России;
- ♦ теория и история правового регулирования медицинской деятельности;
- ♦ управление и экономика здравоохранения;
- ♦ проблемы взаимодействия правоохранительных органов и судебно-экспертных служб;
- ♦ современные аспекты биомедицинской этики (биоэтики);
- ♦ медицинское страхование в России: проблемы и перспективы;
- ♦ вопросы совершенствования образовательных программ в области юриспруденции и медицины.

Перед началом работы конференции будет издан сборник материалов. Публикация материалов бесплатная. Иногородним участникам при условии предварительной заявки бронируется место в общежитии или гостинице. Расходы на проживание оплачиваются участниками самостоятельно.

Председатель Оргкомитета конференции: ректор Российского нового университета,
профессор ЗЕРНОВ Владимир Алексеевич.

Исполнительный секретарь конференции: заведующий кафедрой правовых основ и экономики здравоохранения, д.ю.н.
СТЕЦЕНКО Семен Григорьевич.

Технические секретари: (095) 263-70-88; т./факс 263-70-83;

ПЫТИНА Светлана Юрьевна, КЛИМОВА Юлия Александровна.

Форма заявки на участие во 2-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы правового регулирования медицинской деятельности»

Фамилия, имя, отчество	
Место работы	
Должность	
Ученая степень, ученое звание	
Адрес для переписки (с индексом)	
Тел.: (раб. и дом.)	
Факс:	
E-mail:	

Форма участия в конференции:	
♦ публикация и выступление с докладом;	
♦ публикация и участие в работе без выступления;	
♦ участие в работе конференции без публикации и выступления.	
Тема доклада (при желании выступить)	
Необходимость бронирования места в: общежитии; гостинице (срок с... по...)	



ЭЛЕКТРОННОЕ УХО ПОДКЛЮЧИЛИ ПРЯМО К МОЗГУ ЧЕЛОВЕКА

Американские хирурги разработали и испытали на практике совершенно новый подход к лечению тяжелых форм глухоты, при которых оказывается бессильным даже такой «модный» сегодня метод, как кохлеарная имплантация. Новая методика должна помочь людям с пораженным слуховым нервом. Тончайшее хирургическое вмешательство производится на уровне ствола мозга, где любые повреждения чрезвычайно опасны. Пионером данного метода стал Боб Шеннон (Bob Shannon) из Лос-анджелесского Института слуха. По его словам, для того, чтобы разработать безопасную методику, ему потребовалось 15 лет напряженного труда и, хотя первые результаты пока не очень впечатляют, достигнуто уже немало. Он надеется, что метод поможет многим людям, обреченным сейчас на полную глухоту.

Кохлеарная имплантация известна довольно давно. Она возвращает слух людям, у которых поврежден звуковоспринимающий аппарат слухового анализатора. Имплант обходит его, стимулируя слуховой нерв по нескольким каналам с разными частотами, что позволяет понимать речь. Однако при некоторых заболеваниях и врожденных дефектах повреждается и сам нерв, что делает имплантацию бесполезной.

Существует и метод подведения звуковых импульсов к самому стволу мозга, но в существующей методике из-за того, что электроды не вводятся в ствол напрямую, возможно передать только один канал звука. Это само по себе не позволяет понимать речь, но может помочь глухому, например, позволяет на треть улучшить понимание речи при чтении по губам.

Подведение нескольких каналов звука связано с опасением относительно жизни пациента, ведь повреждение всего нескольких волокон в этом участке мозга может привести к отключению жизненно важных функций. Тем не менее, длительные эксперименты доктора Шеннона на животных и трупах позволили создать электроды, которые не разрушают клетки, зато проникают на разную глубину и могут подводить несколько каналов звука.

Устройство было испытано на двух добровольцах. Первой пациентке, 19-летней женщине, операция была сделана в начале 2003 года, однако пока, по-видимому, у нее функционирует лишь один электрод из восьми, что не имеет преимуществ перед ранее использовавшимся методом. Второй пациентке операцию сделали в ноябре, давать какую-либо оценку результатов врачи пока не спешат.

New Scientist

СОЗДАННАЯ ЯПОНЦАМИ ИСКУССТВЕННАЯ КРОВЬ УДОБНЕЕ И БЕЗОПАСНЕЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ

Японские исследователи из университетов Васэда (Waseda), Кэйо (Keio) и Кумамото (Kumamoto) создали искусственную кровь, неспособную вызывать отторжение, пишет газета Daily Yomiuri. Новая кровь, в отличие от донорской, не имеет группы, резус-фактора и не может переносить вирусные инфекции.

Главной функцией крови является доставка кислорода во все органы и ткани. В естественных условиях и в ранее созданных кровезаменителях эту роль выполняет гемоглобин. Японцы вместо гемоглобина использовали модифицированный белок альбумин.

Для того, чтобы заставить альбумин переносить кислород, ученые присоединили к нему железосодержащий фрагмент гемоглобина – гем. Такой белок получил название гемальбумин.

Гемальбумин значительно меньше эритроцитов или гемоглобина. Поэтому искусственная кровь может доставлять кислород даже в закупоренные тромбами сосуды. Например, при инфаркте или инсульте.

Уже существуют технологии для массового производства такой крови. Использование искусственной крови в лечебной практике станет возможным после завершения всех испытаний. Ученые полагают, что это произойдет уже через два года.

<http://mednovosti.ru/news/>



В США НОВОРОЖДЕННЫМ ДЕЛАЮТ ПРИВИВКИ ОТ ОЖИРЕНИЯ

С начала 2004 года в США официально запущена общегосударственная социальная программа «Здоровый малыш».

В рамках этой программы новорожденным детям наряду с обычным набором общеукрепляющих лекарств делается прививка, предотвращающая отложение избыточных жиров. Это нововведение стало возможно благодаря новейшим исследованиям в области генной инженерии.

Американские ученые обнаружили ген, регулирующий расход энергии в человеческом организме. Этот ген отвечает за синтез белка UCP1, воздействует на мембраны митохондрий – своеобразных внутриклеточных энергетических установок, «сжигающих» углеводы и получающих из них энергию для работы.

Если ген выключен, избыточная энергия накапливается в виде отложений жира. Если же он включен, излишки рассеиваются в виде тепла.

Ученые из Вашингтонского медицинского колледжа впервые обнаружили способ активировать ген у лабораторных мышей. После этого даже перекармливание не вызывало увеличения массы тела подопытных животных. Задача нового препарата – активизация этого гена, позволяющая в самом начале жизни человека работать иммунитету от ожирения.

<http://www.lapsha.ru/articles/health/>

ВИТАМИНЫ В ТАБЛЕТКАХ БЕСПОЛЕЗНЫ

Принимать витамин «Е» в таблетках, тем более «на пустой желудок», совершенно бесполезно, он не всасывается. К такому выводу пришли в своей работе исследователи из университета штата Орегон. В то же время, они отметили, что очень хорошая биодоступность витамина обеспечивается при добавлении его к пищевым продуктам, в частности зерновым сухим завтракам.

По мнению руководителя исследования Марет Трабер (Maret Traber), эта особенность может объяснять противоречивые данные, которые получаются в ходе различных работ по изучению эффективности витамина. При этом витамин «Е» в виде отдельных лекарственных форм или в составе поливитаминов является одним из наиболее популярных средств, которым приписывают огромную пользу для организма.

В этом исследовании часть добровольцев утром принимала таблетку, содержащую 400 МЕ витамина, запивая его обезжиренным молоком, другая на завтрак получала хлопья, обогащенные 30 МЕ витамина, третья – то же с 400 МЕ, а четвертая отдельно хлопья и таблетку с 400 МЕ витамина «Е». При длительном приеме лекарства в таком виде ученые измеряли изменение уровня витамина в крови.

В результате было установлено, что прием лекарства с молоком повышает уровень витамина лишь на три процента, в то время как, исходя из дозы, нужно ожидать повышение его уровня до 13 дневных норм. Во второй группе увеличение уровня составило в пять раз больше, а в третьей – в 30 раз больше. В четвертой группе результаты оказались очень различными у разных людей.

Ученые, которые рассказали о результатах своей работы на страницах American Journal of Clinical Nutrition, пришли к выводу, что прием препаратов с витамином Е приносит мало пользы, если при этом не употребляется пища с достаточным содержанием жиров. Лучшие результаты отмечаются при обогащении витамином самих продуктов, что заставляет задуматься о введении этого метода в широкую практику.

Как отмечается, это становится особенно важным сейчас, когда диеты с малым содержанием жиров становятся все популярнее. Витамин «Е» является жирорастворимым, так что типичная обезжиренная пища не обеспечивает его поступления на должном уровне.

<http://mednovosti.ru/pharma/>



ШОТЛАНДЦЫ БУДУТ БРАТЬ ПЕЧЕНЬ ДЛЯ ПЕРЕСАДКИ У ЖИВЫХ ЛЮДЕЙ

Пересадка печени от живых доноров поможет частично снять проблему острой нехватки донорских органов, которая отмечается сегодня в Великобритании. Шотландский отдел по пересадке печени обратился за разрешением на проведение подобной процедуры, которая должна стать первой в стране, выполненной за счет Национальной службы здравоохранения.

В ходе подобной операции донор и пациент фактически делят одну печень надвое, обе половины органа должны полностью восстановиться в течение нескольких недель. Отношение к операции, конечно, неоднозначное, поскольку, она представляет для донора определенный риск, однако, нехватка органов от умерших доноров заставляет смотреть на такую возможность как на средство спасения десятков жизней.

Представитель отдела здравоохранения Лотиана заявил: «Этот вопрос обсуждают, он находится на стадии рассмотрения, но мы не ожидаем, что пересадка печени от живого донора сможет начать раньше 2005 года». Если официально разрешение будет получено, в Эдинбурге будет создана специальная комиссия, которая будет решать вопрос о психологической и физической готовности человека стать донором.

Подобная комиссия, по-видимому, будет включать психолога, независимого медицинского эксперта, социального работника и трансплантолога.

<http://mednovosti.ru/news/>

ВРАЧИ НЕПРАВИЛЬНО ДИАГНОСТИРУЮТ ПАРКИНСОНИЗМ И БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Американские исследователи сообщили, что ими было обнаружено новое заболевание, симптомы которого зачастую принимаются за проявления болезни Паркинсона или Альцгеймера. Это заболевание имеет генетическую основу, но проявляется лишь в старости: дрожанием рук, ухудшением двигательных навыков и расстройствами памяти.

Для диагностики болезни, которую пока называют аббревиатурой FTXAS, нужно сделать специальный анализ крови. При этом выявляются определенные мутации в X-хромосоме. К данному открытию ученые подошли случайно, занимаясь синдромом ломкой X-хромосомы – заболеванием, приводящим к задержке умственного развития и множеству психоневрологических нарушений.

Как отмечают исследователи, больным FTXAS всегда ставится неверный диагноз и, в результате, они вынуждены переносить ненужные и порой опасные процедуры, такие как операции на спинном мозге.

<http://mednovosti.ru/news/>

В АВСТРАЛИИ СОЗДАН СВЕРХТОНКИЙ ЭНДОСКОП ДЛЯ МИКРОХИРУРГОВ

Новый сверхтонкий эндоскоп позволит врачам выполнять под визуальным контролем микрохирургические операции под контролем глаза. В основе аппарата оптическое волокно, толщина которого составляет всего полмиллиметра. Прототип устройства уже создан австралийскими учеными, с его помощью можно исследовать даже полость внутреннего уха или тонкие сосуды.

Основной целью создания сверхтонкого эндоскопа являлась необходимость визуального наблюдения за процессом кохлеарной имплантации, когда электроды вводятся во внутреннее ухо к звуковоспринимающим клеткам.

Принцип работы эндоскопа на единственном оптическом волокне состоит в том, что в нем проделано множество мельчайших отверстий, благодаря которым попавший свет не рассеивается в световоде и на выходе воссоздает изображение находящихся перед эндоскопом тканей. Для создания подобного волокна ученые сначала высверлили 112 отверстий в восьмисантиметровой пластиковой заготовке, а потом растянули ее до толщины всего полмиллиметра.

Пока изображение с нового прибора достаточно грубое, но авторы изобретения надеются улучшить его качество, сделав до тысячи светопроводящих отверстий. После этого можно будет переходить к практическому использованию аппарата.

<http://mednovosti.ru/news/>



МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**ПИСЬМО
от 20 декабря 1995 г. № 7-1026**

Направляем для использования в работе «Методические рекомендации по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги», подготовленные Минэкономики России с участием Госналогслужбы России, Минфина России, Роскомторга, Центросоюза России и отдельных органов ценообразования субъектов Российской Федерации.

Настоящий документ носит рекомендательный характер и предназначен для оказания методической помощи предприятиям и организациям при формировании и применении свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги.

Просим данные Методические рекомендации довести до заинтересованных предприятий и организаций.

**Заместитель начальника
Департамента цен
Минэкономики РФ
С.М.РОЗОВ**

Утверждаю
Заместитель Министра экономики
Российской Федерации
С.М.ИГНАТЬЕВ
06.12.95 № СИ-484/7-982

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ И ПРИМЕНЕНИЮ
СВОБОДНЫХ ЦЕН И ТАРИФОВ НА ПРОДУКЦИЮ, ТОВАРЫ И УСЛУГИ**

1. Общие положения

1.1. Настоящие Методические рекомендации разработаны в целях оказания помощи предприятиям, организациям и другим юридическим лицам при формировании и применении свободных цен и тарифов на продукцию производственно-технического назначения, товары народного потребления и услуги.

1.2. Методические рекомендации могут быть применены всеми хозяйствующими субъектами независимо от организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, изготавливающими (оказывающими) и реализующими на территории Российской Федерации продукцию, товары и услуги в валюте Российской Федерации.

1.3. Методические рекомендации предусматривают порядок формирования и применения свободных цен и тарифов на продукцию производственно-технического назначения, товары народного потребления и услуги, кроме тех видов, по которым, согласно действующему законодательству, осуществляется государственное регулирование цен и тарифов, а также кроме импортной продукции (товаров).

1.4. Предусмотренный настоящими Рекомендациями принцип формирования и применения свободных цен и тарифов может быть использован при определении закупочных цен на сельскохозяйственную продукцию с учетом специфики данной отрасли и действующего законодательства.

2. Формирование свободных оптовых и отпускных цен на продукцию производственно-технического назначения, товары народного потребления и тарифов на услуги

2.1. Свободные оптовые и отпускные цены и тарифы на продукцию производственно-технического назначения, товары народного потребления и услуги устанавливаются предприятиями-изготовителями или другими поставщиками по согласованию с потребителями, исходя из конъюнктуры рынка (сложившегося спроса и предложения), качества и потребительских свойств продукции (товаров, услуг).

В свободные отпускные цены включаются налоги и сборы, начисляемые и уплачиваемые в соответствии с действующим законодательством.





2.2. Свободные оптовые и отпускные цены и тарифы определяются на условиях франко-вагон (судно) станция (порт, пристань) отправления или франко-транспортные средства на складе предприятия-поставщика.

По договоренности сторон могут быть приняты другие условия поставки продукции (товаров, услуг).

2.3. Учитываемая в свободных оптовых и отпускных ценах и тарифах на продукцию (товары, услуги) себестоимость рассчитывается в соответствии с Положением о составе затрат по производству и реализации продукции (работ, услуг), включаемых в себестоимость продукции (работ, услуг), и о порядке формирования финансовых результатов, учитываемых при налогообложении прибыли (утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 1992 г. № 552), изменениями и дополнениями к нему (утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 июля 1995 г. № 661), а также отраслевыми инструкциями по вопросам планирования, учета и калькулирования себестоимости продукции (работ, услуг) и другими отраслевыми указаниями по вопросам особенностей затрат, включаемых в себестоимость продукции (работ, услуг) и товаров.

Прибыль от реализации продукции (работ, услуг) и товаров определяется как разница между выручкой от реализации продукции (работ, услуг) и товаров по свободным отпускным ценам (тарифам) без налогов и сборов, не относящихся на себестоимость, и затратами на их производство и реализацию.

2.4. Уровень цен на возвратную тару под продукцией, а также порядок расчетов за нее, порядок оплаты расходов по возврату предусматриваются в договорах на поставку продукции (товаров), исходя из качества и оборачиваемости тары, а также спроса и предложения на нее.

3. Формирование свободных цен (тарифов) на продукцию (товары, услуги), реализуемую через снабженческо-сбытовые и другие посреднические предприятия и организации

3.1. Снабженческо-сбытовые, заготовительные предприятия и организации, оптово-посреднические фирмы, торговозакупочные предприятия, предприятия и организации оптовой торговли и другие юридические лица, осуществляющие в соответствии с утвержденным уставом организации функции по закупке, хранению и продаже продукции (товаров), кроме продукции (товаров), по которой в соответствии с действующим законодательством применяются регулируемые снабженческо-сбытовые надбавки, реализуют ее по свободным ценам, устанавливаемым указанными предприятиями и организациями по

согласованию с потребителем, исходя из сложившегося спроса и предложения на соответствующем товарном рынке, а также качества и потребительских свойств продукции (товаров). При этом в свободной цене продукции (товара) учитываются свободная отпускная цена предприятия-изготовителя или цена другого поставщика (цена закупки), а также затраты указанных организаций (предприятий) по ее закупке, хранению, транспортировке и реализации и необходимая прибыль.

3.2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, расположенных в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях с ограниченными сроками завоза грузов, могут устанавливать и регулировать размеры снабженческо-сбытовых надбавок, применяемых при реализации продукции (товаров, услуг) внутри данного региона.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в указанных случаях могут не только определять размеры снабженческо-сбытовых надбавок, но и устанавливать методы их применения (к свободной цене предприятия - изготовителя или к цене закупки). В случае установления надбавок к цене предприятия-изготовителя в товарно-платежных документах указывается свободная отпускная цена продукции (товара) предприятия-изготовителя и его наименование. В снабженческо-сбытовых надбавках учитываются расходы по закупке, хранению, комплектации, подсортировке, фасовке, транспортировке и реализации продукции (товаров), а также прибыль, признанная необходимой для нормальной деятельности.

3.3. При получении товаров от поставщиков, находящихся в странах СНГ, и при уплате в случаях, установленных действующим законодательством, таможенным службам России таможенных пошлин, сборов (платежей) за таможенные процедуры, формирование свободных цен производится путем добавления регулируемых снабженческо-сбытовых надбавок к свободным ценам закупки, увеличенным на указанные таможенные пошлины, сборы (платежи), а если товары, поступающие из этих стран, реализуются снабженческо-сбытовыми и другими посредническими предприятиями и организациями по свободным ценам, то указанные расходы учитываются в затратах этих организаций.

4. Формирование и применение свободных розничных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, реализуемые (оказываемые) населению

4.1. Свободные розничные цены и тарифы определяются самостоятельно розничными торговыми предприятиями, предприятиями общественного питания и другими юридическими лицами, осуществляющими продажу товаров (услуг) населению, в соответствии с конъюнктурой рынка (сложившимся



спросом и предложением в данном регионе), качеством и потребительскими свойствами товаров и предоставляемых услуг, исходя из свободной отпускной цены предприятия-изготовителя или цены другого поставщика (цены закупки) и торговой надбавки.

Свободные цены и тарифы на платные услуги для населения формируются, исходя из себестоимости и необходимой прибыли, с учетом конъюнктуры рынка, качества и потребительских свойств услуг, степени срочности исполнения заказа и налога на добавленную стоимость. * При исчислении облагаемого оборота по товарам, которые облагаются акцизами, в них включается сумма акцизов. При получении товаров от поставщиков, находящихся в странах СНГ, и при уплате в случаях, установленных действующим законодательством, таможенным службам России таможенных пошлин, сборов (платежей) за таможенные процедуры, формирование свободных розничных цен при регулируемых торговых надбавках производится путем их добавления к свободным ценам закупки, увеличенным на указанные таможенные пошлины, сборы (платежи), а если товары, поступающие из этих стран, реализуются по свободным розничным ценам, то указанные расходы учитываются в затратах розничных торговых организаций.

4.2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации устанавливают и регулируют размеры торговых надбавок к ценам на продукты детского питания (включая пищевые концентраты), лекарственные средства и изделия медицинского назначения, наценки на продукцию (товары), реализуемую на предприятиях общественного питания при общих образовательных школах, профтехучилищах, средних специальных и высших учебных заведениях, а также на продукцию и товары, реализуемые в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях с ограниченными сроками завоза грузов.

Свободные розничные цены на лекарственные средства и изделия медицинского назначения формируются в порядке, установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

4.3. Торговые надбавки определяются продавцом самостоятельно, исходя из конъюнктуры рынка (сложившегося спроса и

предложения), кроме торговых надбавок, уровень которых регулируется в соответствии с действующим законодательством. В торговую надбавку включаются издержки обращения, в том числе транспортные расходы по доставке товаров от поставщика (в зависимости от вида франко, предусмотренного в свободной отпускной цене предприятия-изготовителя или цене закупки продукции (товаров) и условий поставки, указанных в договоре на поставку), другие расходы по закупке и реализации товаров розничных торговых организаций и предприятий или предприятий бытового обслуживания населения и налог на добавленную стоимость, а также прибыль.

4.4. Реализация товаров (продукции) предприятиями розничной торговли вне рыночным потребителям и предприятиям бытового обслуживания населения осуществляется также по свободным розничным ценам, кроме товаров (продукции), по которым применяются регулируемые торговые надбавки.

Если органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с предоставленными правами установлены предельные размеры торговых надбавок, то при отпуске мелкооптовых партий товаров розничными предприятиями торговли расчеты с юридическими лицами следует производить по свободным отпускным ценам с добавлением части надбавки с тем, чтобы последние для возмещения своих транспортных и других расходов также могли применять надбавку, по совокупности не превышая предельного ее размера.

4.5. Предприятия бытового обслуживания населения формируют свободные розничные цены на сырье, материалы, запасные части, применяемые при выполнении заказов населения по изготовлению и ремонту изделий или при оказании услуг, в порядке, предусмотренном п. п. 4.1, 4.3 настоящих Методических рекомендаций.

При закупке товаров и комплектующих изделий предприятиями бытового обслуживания через розничные торговые предприятия по свободным розничным ценам реализация их населению (с расчетами через кассу предприятия) в качестве сопутствующих оказываемым услугам или при оказании услуг производится по розничным ценам, формируемым исходя из цены закупки и торговой надбавки, устанавливаемой в порядке, предусмотренном п. 4.3 настоящих Рекомендаций.

4.6. Реализация предприятиями – изготовителями продукции и товаров собственного производства населению через кассу предприятия осуществляется по свободным розничным ценам, определяемым предприятиями самостоятельно, исходя из свободных отпускных цен, с добавлением торговой надбавки, определяемой в соответствии с п. 4.3. В случае, если по продукции и товарам применяются регулируе-

* Спецналог в данном случае и в дальнейшем не указывается в связи с тем, что с 1 января 1996 г. он отменяется.





мые торговые надбавки, предприятия применяют торговую надбавку не выше установленных размеров. При реализации населению предприятиями сферы услуг товаров собственного производства свободная розничная цена формируется исходя из конъюнктуры рынка (сложившегося спроса и предложения).

4.7. В предприятиях общественного питания цены на реализуемую продукцию и товары формируются исходя из свободных отпускных цен или цен закупки на эту продукцию (товары) и единой наценки (вместо торговой надбавки и наценки) или торговой надбавки и наценки. Размеры наценок на продукцию (сырье), покупные товары, реализуемые предприятиями общественного питания, определяются с учетом возмещения издержек производства, обращения и реализации, налога на добавленную стоимость, отчисляемого в бюджет (кроме продукции предприятий, освобожденных от уплаты с доходов этого налога)*, и обеспечения рентабельной работы этих предприятий. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации могут вводить государственное регулирование наценок на продукцию (товары), реализуемую на предприятиях общественного питания при общеобразовательных школах, профтехучилищах, средних специальных и высших учебных заведениях.

5. Оформление документов

5.1. Свободные отпускные цены (тарифы) фиксируются в протоколе согласования, который подписывается руководителями (владельцами) предприятия-изготовителя и предприятия-потребителя. Рекомендуемые формы протоколов приведены в Приложении № 1. Возможно фиксирование указанных цен (тарифов) в договорах на поставку продукции (товаров) в других документах, подтверждающих согласие покупателя с уровнем цен (тарифов) (телефонограмма, телекс, телефакс и т.п.).

5.2. Обозначение свободных розничных цен осуществляется розничными торговыми предприятиями, предприятиями общественного питания, бытового обслуживания населения на ценниках образцов товаров (прейскурантах на оказываемые услуги или выписках из них, в меню), выставляемых в указанных предприятиях. На товарных и упаковочных ярлыках, а так-

же в технических паспортах предприятия-изготовителя по договоренности с торговыми предприятиями и другими покупателями могут указываться реквизиты: «свободная отпускная цена» и «розничная цена». При этом свободные отпускные цены на соответствующие товары при необходимости указываются предприятиями-изготовителями. Обозначение свободных розничных цен непосредственно на изделиях, товарных и упаковочных ярлыках, этикетках, в технических паспортах (по товарам культурно-бытового и хозяйственного назначения, выпускаемым с техническими паспортами) и т.д. Свободные розничные цены могут обозначаться предприятиями-изготовителями только по договоренности с предприятиями торговли.

5.3. Предприятия, организации и другие юридические лица, осуществляющие реализацию товаров по свободным розничным ценам, фиксируют эти цены, а также уровень применяемых торговых и снабженческо-сбытовых надбавок в реестрах по форме согласно Приложению № 2 к настоящим Рекомендациям.

5.4. Свободные отпускные цены (тарифы) на продукцию (товары, услуги) указываются в установленном порядке поставщиками в расчетно-платежных, а также первично-учетных документах (товарно-транспортных накладных, счетах-фактурах, платежных требованиях и др.). В данных документах суммы акциза, налога на добавленную стоимость, по алкогольной продукции — лицензионного сбора указываются в установленном порядке отдельной строкой.

6. Изменение свободных цен и тарифов

6.1. С учетом конъюнктуры рынка, а также повышения (снижения) цен на сырье, материалы, других факторов, повлиявших на изменение затрат на производство и реализацию товаров, продукции и услуг, свободные оптовые и отпускные цены (тарифы) на них могут быть изменены предприятием-изготовителем (поставщиком) по согласованию с потребителями.

6.2. Изменение свободных цен (тарифов) на продукцию, товары и услуги снабженческо-сбытовыми, заготовительными предприятиями и организациями, оптово-посредническими фирмами, торгово-закупочными предприятиями, предприятиями и организациями оптовой торговли может осуществляться по согласованию с потребителями в зависимости от конъюнктуры рынка без изменения свободной отпускной цены (тарифа) предприятия-изготовителя (цены закупки). При применении в установленном порядке предельных размеров снабженческо-сбытовых надбавок изменение свободной цены указанными предприятиями осуществляется в пределах этих надбавок.

*Продукция собственного производства студенческих и школьных столовых, столовых других учебных заведений, больниц, детских дошкольных учреждений, а также столовых иных учреждений и организаций социально-культурной сферы, финансируемых из госбюджета.



6.3. Свободные розничные цены на товары народного потребления могут изменяться розничным торговым предприятием в зависимости от конъюнктуры рынка за счет изменения размера торговых надбавок (при применении в установленном порядке предельных размеров торговых надбавок изменение цен продавцом производится в пределах этих размеров). Новые цены регистрируются указанными предприятиями и организациями в реестрах.

6.4. Свободные цены на платные услуги населению могут изменяться в связи с изменением конъюнктуры рынка, а также

изменением расходов на оказание услуг. При изменении цен на услуги, а также сырье и материалы, отдельно оплачиваемые сверх цен на услуги, может производиться перерасчет с заказчиками на дату введения новых цен только в случае неполной оплаты заказчиком материалов и услуг при оформлении заказов. Остатки готовых изделий, изготовленные предприятиями сферы услуг без предварительных заказов, и образцы - модели могут переоцениваться на дату введения новых цен как в части материалов, так и работ по их изготовлению.

Приложение № 1

к Методическим рекомендациям по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги

Руководитель предприятия (объединения) –
потребителя (заказчика)

Подпись руководителя
предприятия (объединения) (заказчика)

« _____ » _____ 200 _ г.

М.П.

Руководитель предприятия (объединения) –
изготовителя (поставщика)

Подпись руководителя
предприятия (объединения) (поставщика)

« _____ » _____ 200 _ г.

М.П.

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ СВОБОДНОЙ ОТПУСКНОЙ ЦЕНЫ (ТАРИФА) НА ПРОДУКЦИЮ, ТОВАРЫ И УСЛУГИ

_____ И
(наименование предприятия-изготовителя)

_____ И
(наименование предприятия-потребителя)
НА ПОСТАВКУ (ОКАЗАНИЕ УСЛУГ) _____

_____ (наименование продукции (услуг))

№ п/п	Наименование и краткая характеристика продукции (товара, услуг)	Артикул, марка, тип	Техническая документация, (кем, когда утверждена)	Единица измерения	Свободная отпускная цена (тариф) предприя- тия-изготовителя 6	Свободная цена посреднической организации (предприятия)
						Размер снабженческо-сбытовой надбавки (в случае ее регулирования)
1	2	3	4	5	6	7

Графа 7 заполняется при приобретении продукции (товаров) через снабженческо-сбытовые и другие предприятия и организации.





Приложение № 2

к Методическим рекомендациям по формированию
и применению свободных цен и тарифов
на продукцию, товары и услуги

(наименование предприятия (продавца), регистрирующего свободные розничные цены)
от ____ 200__ г. № ____

РЕЕСТР СВОБОДНЫХ РОЗНИЧНЫХ ЦЕН НА _____ (наименование товара)

Руководитель (владелец) предприятия-продавца _____ (подпись) «____» _____ 200__ г.

№ п/п	Наименование и краткая характеристика товаров	Артикул, марка, тип	Объем партии	Свободная отпускная цена предприятия-изготовителя или свободная цена поступления (закупки) 5	Снабженческо- сбытовая надбавка (в случае ее регулирования) сумма или процент	Свободная розничная цена за единицу продукции (товара)	Размер торговой надбавки (сумма или процент)	Новая свободная розничная цена в случае ее изменения за единицу продукции (товара) и дата введения Новый размер торговой надбавки
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Предприятия бытового обслуживания населения при приобретении товаров в розничной торговле вместо граф 5, 6, 7
заполняют графу «цена закупки».

МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО
3 марта 1999 г.
№ 7-225

О ЦЕНАХ НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

На запрос сообщаем, что государственное регулирование цен (тарифов) не применяется на платные услуги, перечень которых не предусмотрен Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 и последующими законодательными актами.

Цены (тарифы) на платные услуги, не подлежащие государственному регулированию, в число которых входят и платные медицинские услуги, формируются в порядке, предусмотренном Методическими рекомендациями по формированию и применению свободных цен и тарифов на продукцию, товары и услуги, утвержденными Минэкономки России 6 декабря 1995 г. № СИ-484/7-982.

Уровень рентабельности при расчете свободных тарифов не регламентирован.

Руководитель Департамента цен
И.В.БОДЯГИН



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 16.09.2003 № 435
г.Москва

«О едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности»

В соответствии с Федеральным законом от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», постановлениями Правительства Российской Федерации от 11.02.2002 № 135 «О лицензировании отдельных видов деятельности» и от 04.07.2002 № 499 «Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности» с целью ведения единого реестра предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензий на медицинскую деятельность

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить временную отчетную форму № 72 «Реестр лицензий на медицинскую деятельность» (приложение).
2. Временную отчетную форму № 72 «Реестр лицензий на медицинскую деятельность» ввести в действие с 01.10.2003.
3. Лицензирующим органам субъектов Российской Федерации ежемесячно представлять сведения о предоставленных, приостановленных, возобновленных, продленных и аннулированных лицензиях на медицинскую деятельность в

соответствии с формой № 72 «Реестр лицензий на медицинскую деятельность», утвержденной настоящим Приказом, на бумажном и магнитном носителях по адресу:

101431, г. Москва, Рахмановский пер., д. 3,

а также по электронной почте:

medlicenz@mail.ru и на сайт www.medlicenz-reestr.ru.

4. Государственному учреждению «Консультативно-методический центр лицензирования медицинской деятельности Минздрава России» обеспечить формирование единого реестра лицензий на медицинскую деятельность, его анализ, представление в Минздрав России и размещение на сайте www.medlicenz-reestr.ru.

5. Департаменту организации и развития медицинской помощи населению (А.В.Смирнов) обеспечить ведение единого реестра лицензий на медицинскую деятельность.

6. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на первого заместителя министра А.И.Вялкова.

Министр
Ю.Л.Шевченко

Разъяснения Консультативно-методического центра лицензирования медицинской деятельности Минздрава России

1. О расположении Единого реестра лицензий на медицинскую деятельность.

В Приказе Минздрава Российской Федерации от 16.09.2003 № 435 «О Едином реестре лицензий на осуществление медицинской деятельности» неверно указаны размещение реестра и адрес электронной почты для работы с реестром. Правильные адреса содержатся в Информационном письме от 01.10.2003 № 2510/10992-03-32 «О Едином реестре лицензий на медицинскую деятельность».

Правильный адрес Единого реестра лицензий на медицинскую деятельность: www.medlicenz-reestr.ru.

Правильный адрес электронной почты:

medlicenz-reestr@mail.ru (для общих вопросов о ведении Единого реестра лицензий на медицинскую деятельность).

Адрес электронной почты администратора:

medlicenz-admin@mail.ru (для технических вопросов; Ф.И.О.: Беляков Алексей Владимирович).

2. Сроки и порядок внесения сведений в Единый реестр лицензий на медицинскую деятельность.

2.1. На настоящий момент сведения о лицензиях, выданных лицензирующими органами субъектов Российской Федерации, вносятся в Единый реестр лицензий на меди-



цинскую деятельность ежемесячно (до 5 числа месяца, следующего за отчетным месяцем).

2.2. Для того, чтобы осуществить внесение сведений в Единый реестр лицензий на медицинскую деятельность, лицензирующему органу субъекта Российской Федерации необходимо произвести следующие действия:

- ♦ Внести сведения о выданных за текущий отчетный период лицензиях в Единый реестр лицензий на медицинскую деятельность по адресу: www.medlicenz-reestr.ru. После выполнения в полном объеме вышестоящего пункта отправить электронную версию 72 формы (в виде единого документа за весь текущий отчетный период) по адресу электронной почты: medlicenz@mail.ru.

- ♦ Отправить на бумажном и магнитном носителях по адресу: 101431, г.Москва, Рахмановский пер., д. 3.

- ♦ Получить по электронной почте ответ, подтверждающий успешное внесение сведений в Единый реестр лицензий на медицинскую деятельность.

3. Заполнение временной отчетной формы № 72 (приложение к приказу №435 от 16.09.2003):

- ♦ Поле № 17 «Сведения о регистрации лицензии в реестре лицензий».

Данное поле не заполняется лицензирующими органами субъектов Российской Федерации. Регистрация в Едином реестре лицензий на медицинскую деятельность будет осуществлена в автоматическом режиме Министерством здравоохранения Российской Федерации, о чем лицензирующие органы субъектов будут уведомлены в установленном порядке.

4. Работа с Единым реестром лицензий на медицинскую деятельность по адресу: www.medlicenz-reestr.ru

4.1. В процессе работы с Единым реестром лицензий на медицинскую деятельность в списке лицензий выданных данным регионом, могут появиться (без участия пользователя) лицензии, в номере которых записано XXX.

Причина появления подобных лицензий: в данной версии программного обеспечения есть возможность в случае неаккуратной работы занести в Реестр пустые (не содержащие полезной информации) лицензии. Наиболее вероятным случаем такого занесения является ситуация изменения свойств лицензии (приостановлена, возобновлена, аннулирована) или добавления номенклатуры до того, как будут заполнены основные поля лицензии (прежде всего поле номера лицензии), или непосредственно добавление пустых лицензий. Поскольку работа с пустыми лицензиями затруднена, в поле номера пустых лицензий

(по мере накопления таких лицензий) администратором системы заносится значение XXX.

Избавление от лицензий, в номере которых записано XXX:

- ♦ эту лицензию можно открыть, после чего или заполнить достоверной информацией о реально выданной лицензии (тем самым сделать ее обычной достоверной лицензией), или удалить; для того, чтобы избежать появления подобных лицензий надо строго следовать правилу: при добавлении новой лицензии обязательно заполнить поле номера лицензии.

Предупреждение: лицензии, в номере которых записано XXX, считаются несуществующими и могут быть удалены из системы автоматически.

4.2. В том случае, если корректно ввести информацию о лицензии невозможно (не дана организационно-правовая форма, не хватает размера полей для ввода информации, отсутствует необходимая номенклатура и т.д.), необходимо обратиться по адресу электронной почты: medlicenz-reestr@mail.ru, предоставив подробное описание возникшей проблемы.

4.3. В случае, если корректная работа с электронной почтой: www.medlicenz-reestr.ru не возможна по причине возникновения технических проблем, необходимо отправить подробное описание проблемы и используемого оборудования по адресу: medlicenz-admin@mail.ru.

5. Установление взаимодействия лицензирующих органов субъектов Российской Федерации с Единым реестром лицензий на медицинскую деятельность.

С целью достижения эффективной работы со всеми регионами рекомендуется предоставить контактную информацию о лице, ответственном за ведение реестра в регионе (Ф.И.О., должность, адрес электронной почты). В дальнейшем указанному лицу будет направляться информация по работе с Единым реестром лицензий на медицинскую деятельность (пароль для региона, информация об изменении порядка работы с реестром и т.д.).

Взаимодействие с лицами, не вошедшими в этот список, будет затруднено.

С уважением Директор Консультативно-методического центра лицензирования медицинской деятельности Министерства здравоохранения Российской Федерации
А.С.Юрьев



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.



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: 82614

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

• Российский Медицинский Каталог
Подписной индекс: KM 3475

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 Марьиносорощинском 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



Менеджер
здравоохранения

