

Менеджер здравоохранения

№9. 2004



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал



**ЧИТАЙТЕ
В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:**

**Возможности оказания платных услуг
учреждениями скорой медицинской помощи**

**О формах медицинского обслуживания работающих
в условиях реформирования здравоохранения
в крупном городе**

**Управление оказанием дорогостоящей
и высокотехнологичной медицинской помощи
в регионе**

Новая технология организации работы экспертов

**Автоматизированный расчет стоимости
медицинских услуг**

Менеджер здравоохранения

№ 9
2004

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

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

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
к.б.н., ведущий научный сотрудник ВИНТИ

Редакционная коллегия:

КИРИЛЛОВ Александр Викторович,
к.м.н., директор программы «Менеджмент в здравоохранении» СПбВЭШ
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, и.о.директора ЦНИИОИЗ МЗ РФ

В номере:

Справка по анализу и оценке научно-практической
деятельности ННИИТО МЗ РФ и автономной некоммерческой
организации при ННИИТО

4-11

К вопросу о новых правовых формах юридических лиц
в сфере здравоохранения

Ю.В.Михайлова, Н.Г.Фомичев, М.А.Садовой, С.Е.Поскочин

12-14

Актуальные экономические и правовые аспекты
разграничения бесплатной медицинской помощи
и платных медицинских услуг, предоставляемых
гражданам Российской Федерации

В.И.Стародубов, В.О.Флек, Н.А.Кравченко,
И.Г.Арапова, А.С.Яновский

15-23

Законодательное регулирование в сфере охраны
здоровья. Перспективы ближайших лет

Н.Ф.Герасименко, О.Ю.Александрова

24-28

Системные аспекты управления эффективностью
в здравоохранении

А.С.Ямщиков, И.Г.Попенко

29-38

Критерий «достаточности средств»
в системах медицинского страхования

И.А.Тогунов

39-43

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель главы администрации г.Ставрополя

ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,

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

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, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента

МГТУ им. Н.И.Баумана

СКЛЯР Михаил Семенович,

к.м.н., министр здравоохранения Свердловской области

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,

д.м.н., профессор Владимирского государственного университета

ОРЛОВ Олег Игоревич,

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

**Комплексная оценка инновационных процессов
в сердечно-сосудистой хирургии**

С.И.Ступаков

44-48

**Количественные перинатальные показатели
в оценке репродуктивного потенциала**

России на рубеже веков

Л.П.Суханова

49-55

**Распределение доходов
при оказании платных услуг**

Консультирует «МЗ»

56-59

**Вопросы
и ответы**

60-62

Органайзер

63-65

Для корпоративных баз данных

66-79

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, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11
idmz@cniorgzdrav.mednet.ru
(095) 218-07-92, 979-92-45

Главный редактор:

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

Директор отдела распространения и развития:

к.б.н. Л.А.Цветкова
(095) 218-07-92
idmz@cniorgzdrav.mednet.ru

Автор дизайн-макета:

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

Подписные индексы:

Каталог агентства
«Роспечать» – 82614
Российский медицинский
каталог – М 3475

Отпечатано в
ООО «ТРИМЕД-Групп»
Заказ №

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»



ОТ РЕДАКЦИИ:

В настоящее время идет подготовка законопроекта, позволяющего изменить организационно-правовые формы большинства учреждений здравоохранения.

При сохранении государственной собственности на имущество этих учреждений они останутся государственными, но получат гораздо более широкую самостоятельность в принятии финансовых решений. В том числе в выборе системы оплаты медицинскому персоналу. Единая тарифная сетка перестанет для них быть обязательной. Отпадет необходимость работать в назначенной системе. В этой связи большое значение имеет оценка накопленного в России опыта работы автономных некоммерческих организаций.

Центральным НИИОИЗ МЗ РФ проведен анализ и оценка работы Новосибирского НИИТО МЗ РФ и АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО». Приводим экспертное заключение, подготовленное специалистами института.

СПРАВКА ПО АНАЛИЗУ И ОЦЕНКЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ННИИТО МЗ РФ И АВТОНОМНОЙ НЕКОММЕРЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ННИИТО

Прошедшее десятилетие, с точки зрения функционирования системы здравоохранения, характеризовалось многочисленными попытками построения новой модели здравоохранения, способной к выживанию и развитию в условиях недофинансирования и серьезных структурных диспропорций, еще более усугубляющих финансовый кризис в отрасли.

Многие попытки так и остались предметом научных дискуссий (перенос идеологий систем здравоохранения других стран в Россию и др.). Принятие Закона о медицинском страховании граждан РФ и Концепции развития здравоохранения и медицинской науки заложили правовые, экономические, функционально-структурные и

организационные основы адаптации системы здравоохранения к рыночным принципам развития страны.

Острота проблем финансового кризиса в отрасли с реализацией этих правовых норм была снята, но не решена, в связи с чем старые проблемы государственной системы Здравоохранения и новые как частные проблемы общего социально-экономического кризиса в стране, широко обсуждались в научной литературе и в СМИ.

10 лет преобразований в стране в целом и отрасли, в частности – достаточный срок для анализа и оценки позитивных и негативных явлений в здравоохранении, чтобы осознанно остано-



виться и определить пути движения вперед. Рационально не пытаться строить новую модель здравоохранения, а объединить в условиях динамичного развития экономики позитивные принципы советской системы и результаты реализации новой концепции развития здравоохранения на принципах медицинского страхования. Фундаментальной проблемой, требующей обязательного решения, является проблема перестройки экономических отношений в отрасли, которая не может быть решена в рамках существующей функционально-правовой формы ГУ в системе здравоохранения.

В настоящее время совершенно очевидно, что компенсировать утрату возможностей прямого административного контроля над ЛПУ не трансформировалось методами экономического управления.

Декларированные принципы экономических отношений в отрасли в условиях реализации Закона о медицинском страховании были полностью нивелированы системой финансирования в рамках бюджетного комплекса.

Решение об оптимизации правового положения медицинских организаций, создание новых правовых условий в экономических отношениях в сфере оказания медицинских услуг является неотъемлемым условием как повышения эффективности использования огромного имущества в отрасли, так и развития мотивационных стимулов в работе медицинского персонала. Совершенно очевиден и тот факт, что существующая всеобъемлющая имущественная ответственность государства и муниципальных образований в сфере здравоохранения не только не способствует эффективному развитию, но и является сдерживающим фактором адаптации отрасли к рыночным условиям, ориентированным на свободу в выборе наиболее эффективных форм хозяйствования.

В настоящее время в связи особой актуальностью вопроса об обеспечении хозяйственной

самостоятельности и расширении спектра организационно-правовых форм медицинских организаций большое значение имеет оценка накопленного в России опыта работы автономных некоммерческих организаций.

Центральным НИИОИЗ МЗ РФ проведен анализ и оценка работы Новосибирского НИИТО МЗ РФ и АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО» («Клиника»).

Проверены и изучены – Устав ННИИТО, Планы и отчеты по научной, клинической и хозяйственной деятельности за 5 лет, УСТАВ АНО «Клиника», Договор № 04/12-028 от 20 июня 2001 г. между ННИИТО и АНО «Клиника» о совместной финансово-хозяйственной, клинической деятельности; Положения о медицинской деятельности АНО «Клиника», регулирующие лечебную и правовую деятельность АНО, Правила предоставления платных медицинских услуг в АНО, Устав АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО», зарегистрированный 18.09.2000г. № 31338 в реестре за № 40116, Приказ №87/1-П о формировании Совета высшего органа управления АНО «Клиника», Приказ о создании АНО – учреждении АНО ННИИТО, Договор аренды нежилых помещений, Лицензия АНО «Клиника» № 540272/03 от 08.10.2003г.; Пакет нормативно-методических документов системы менеджмента качества (Руководство по качеству). Результаты опроса пациентов и медицинских работников по удовлетворенности персонала и пациентов; Акта ревизии КРУ МЗ РФ финансово-хозяйственной деятельности ННИИТО за 2003 г.

Кроме того, проведено собеседование с научными сотрудниками ННИИТО и встреча с коллективом института.

Для комплексной оценки эффективности работы Автономной некоммерческой организации ННИИТО проведен сравнительный анализ эффективности ГУНИИТО, ГУ Саратовского





НИИТО; ГФУН Нижегородского НИИТО за период 2000–2003 гг.

Ассигнования из федерального бюджета являются основным, но не единственным источником финансирования деятельности федеральных учреждений здравоохранения. Они получают также средства из системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и из других внебюджетных источников. Бюджетные ассигнования на здравоохранение составляют лишь 43% от суммы совокупных поступлений в федеральные учреждения здравоохранения. Доля внебюджетных источников сильно колеблется для разных ведомственных систем учреждений здравоохранения: от 35% (отделения Российской академии наук) до 98% (Российское Авиационное космическое агентство). В целом, для федеральных учреждений Минздрава России этот показатель составляет 39,2%, в том числе на поступления средств ОМС приходится 2,8%.

В связи с намечаемым направлением развития отечественного здравоохранения, в основном, ориентированным на профилактику, решение проблем развития высоких медицинских технологий имеет важное значение. В этой связи, следует отметить, что рынок высокотехнологичных медицинских услуг (ВМТ) находится в хаотичном состоянии. Разброс цен на медицинскую услугу может составлять несколько раз. Участники рынка: медицинские учреждения, страховые медицинские компании, фармацевтические фирмы и т.д., действуют обособленно исключительно в собственных интересах. Разумеется такая ситуация прежде всего сказывается на больном и на стоимости его лечения. Сложнейшие медицинские манипуляции требуют значительных финансовых затрат. Стоимость проведения одной операции может равняться месячному бюджету районной больницы. Главной задачей является обеспечение ВМТ финансовыми ресурсами достаточными для поддержания на современном уровне и для даль-

нейшего эффективного развития. Тогда, сниженная себестоимость медицинской услуги позволит пролечить большее количество больных, реализовать научные исследования, и внедрить их результаты, привлечь за счет уникальных методик дополнительное число пациентов, организовывать новые производственные базы. Меры, принимаемые структурами управления здравоохранением, стремление упорядочить рынок, носят в основном фискальный характер, а в то же время существуют методы не силового регулирования рынка – объединение участников в профессиональные союзы, создание некоммерческих партнерств и организаций, и другое.

Новосибирский НИИТО более сорока лет занимается разработкой наиболее оптимальных методов диагностики и лечения различных заболеваний и повреждения позвоночника. С 1987 года институт является российским центром по хирургии позвоночника у взрослых, детей и подростков. Несомненно, что оказание помощи больным с патологией позвоночника является высокотехнологичной, дорогостоящей и крайне проблематичной в условиях недофинансирования какого-либо этапа ее оказания. Следует отметить, что за последние годы в институте разработаны, апробированы и внедрены системы оказания неотложной помощи пациентам с острой травмой позвоночника, детям с патологией позвоночника (в рамках концепции превентивной детской вертебрологии), больным с патологией тазобедренного сустава и другое.

Существующая неэффективная организационная схема диктует необходимость наличия определенных структур, связанных между собой рамками некоммерческого партнерства, целью деятельности которого является выполнения миссии института. Следует отметить, что только совместная деятельность всех структур в рамках данного партнерства позволяет минимизировать затраты, накладные расходы и другие показате-



тели, значительно увеличивающие стоимость медицинской услуги. Наличие указанной организационной структуры определяло применение блок-схемы управления деятельностью некоммерческого партнерства.

Финансово-инвестиционные проблемы связаны во многом с тем, что для обеспечения устойчивой бесперебойной работы всех клиник института необходимо наличие больших инвестиционных фондов.

Анализ темпов ежегодного прироста бюджетного и внебюджетного финансирования института говорит об эффективности, предсказуемости и прогнозируемости внебюджетной составляющей консолидированного бюджета.

В результате проведенного анализа установлено, что АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО» (далее клиника) создана по решению учредителя ННИИТО приказом № 87-П от 14 сентября 2000г. в соответствии с ГК РФ и зарегистрирована в Новосибирской городской регистрационной палате. Приказом № 87/1-П от 14.09.2000г. сформирован высший орган управления АНО «Клиника» в составе 3 человек; заключены договора об аренде нежилых помещений; хозяйственно-финансовых, профессиональных отношениях, утверждены Положения и Правила оказания платных медицинских услуг в клинике.

Созданию АНО «Клиника» предшествовала большая научная, правовая и организационная работа, обсуждение в коллективе института, в результате которых определены Миссия, Бизнес-идея, Бизнес-план, Бизнес-проект некоммерческого партнерства, Блок-схема управления, источники финансирования, схема оптимального материально-технического снабжения, организационная структура.

Разработана миссия и политика в области качества, руководство по качеству в соответствии с рекомендациями международного стандарта

ИСО 9001:2000. АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО» является юридическим лицом, учрежденным ННИИТО МЗ РФ в целях предоставления услуг в области здравоохранения. АНО не имеет в качестве цели своей деятельности извлечение прибыли. В своей деятельности организация руководствуется Конституцией Российской Федерации, Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях», а также другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и настоящим Уставом.

Организация создана в соответствии с требованиями Гражданского Кодекса Российской Федерации и Федерального закона «О некоммерческих организациях».

Основной целью создания и деятельности Организации является развитие медицинских услуг в области здравоохранения, в том числе травматологии, ортопедии и нейрохирургии.

Предметом деятельности Организации является:

- ♦ предоставление медицинских услуг гражданам, в том числе в рамках добровольного и обязательного медицинского страхования;
- ♦ комплексное, многопрофильное медицинское обслуживание взрослых и детей (скорая помощь, поликлиника, больница, санаторий, аптеки);
- ♦ лечебно-профилактическое медицинское обслуживание взрослых и детей;
- ♦ разовые лечебно-диагностические и аптечные услуги и санаторное лечение;
- ♦ проведение профилактической и санитарно-информационной работы среди населения;
- ♦ разработка, испытание, внедрение новых методов лечения и диагностики.

В соответствии с Уставом АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО» имущество, переданное Организации Уч-





редителем, является собственностью организации. Учредитель не сохраняет прав на имущество, переданное им в собственность организации. Организация использует имущество и денежные средства для достижения целей, определенных Уставом АНО. Полученная организацией прибыль не подлежит передаче учредителю и может быть использована исключительно в уставных целях. Организация вправе самостоятельно распоряжаться принадлежащим ей имуществом только для достижения целей, предусмотренных Уставом.

В Уставе АНО определены права и обязанности организации, контроль за использованием имущества, обязательства по ведению бухгалтерского учета и статистической отчетности результатов хозяйственной и иной деятельности.

Высшим органом управления организации является совет, созданный из 3 членов, со сроком полномочий – 1 год.

Основная функция совета – обеспечение соблюдения организацией целей, в интересах которых она была создана. Заседания совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в год.

К компетенции совета относится решение следующих вопросов:

- ♦ изменение устава организации;
- ♦ определение приоритетных направлений деятельности организации, принципов формирования и использования ее имущества;
- ♦ избрание директора и досрочное прекращение его полномочий;
- ♦ утверждение годового отчета и годового бухгалтерского баланса;
- ♦ утверждение финансового плана организации и внесение в него изменений;
- ♦ создание филиалов и открытие представительств;
- ♦ участие в других организациях;
- ♦ реорганизация и ликвидация организации.

Исполнительным органом организации является директор, который первоначально назначается учредителем. В дальнейшем директор назначается Советом. Директор осуществляет текущее руководство деятельностью организации и подотчетен совету. Срок полномочий директора – 1 год. Директор организации освобождается от должности советом. Трудовые отношения с ним регулируются трудовым договором (контрактом), который заключается от лица организации председателем совета.

В соответствии с Законом «О некоммерческих организациях» в Уставе определено понятие «заинтересованные лица», их обязанности в отношении целевой деятельности АНО, и возможных нанесениях убытков.

Органом надзора за деятельностью организации является ревизор, кандидатура которого утверждается советом. Срок полномочий ревизора – 2 года. Ревизор осуществляет свою деятельность посредством проведения регулярных (1 раз в год) и внеочередных проверок финансовой деятельности организации. Внеочередные проверки могут быть проведены по собственной инициативе ревизора или по поручению совета.

Реорганизация и ликвидация организации производятся на основании и в порядке, предусмотренном Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях» и другими Федеральными законами. Организация может быть реорганизована по решению совета. Реорганизация Организации может быть осуществлена в форме слияния, присоединения, разделения, выделения и преобразования.

Организация вправе преобразоваться в общественную или религиозную организацию (объединение) либо в фонд.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. № 27, на основании лицензии №Г 153837 С – 1 НП и положения о ме-



медицинской деятельности АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО» оказывает платные медицинские услуги населению.

Платные медицинские услуги населению предоставляются в виде консультативной и лечебно-диагностической помощи в рамках договоров с физическими и юридическими лицами, в дальнейшем Заказчиками.

Оказываемые услуги не входят в перечень услуг, гарантированных системой ОМС.

«Клиника ННИИТО» обеспечивает соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ. Цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с прейскурантом, утвержденным директором «Клиники ННИИТО».

Информация о видах и стоимости оказываемой медицинской помощи вывешена в доступном для обозрения месте.

Предоставление платных медицинских услуг осуществляется на основании договора, заключаемого клиникой с заказчиками / пациентами / в письменной форме. Для получения более подробной информации о порядке оказания услуг и заключения договора пациент обращается в регистратуру.

Сотрудник регистратуры обеспечивает пациента бесплатной информацией о режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, порядке оплаты, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведениями о квалификации специалистов.

Медицинские услуги по стационарному лечению или обследованию предоставляются только по направлению врача-консультанта согласованному с ведущим специалистом Клиники после заключения договора и оплаты предоставляемой медицинской услуги.

«Клиника ННИИТО» ведет всю необходимую медицинскую документацию, отражающую деятельность по оказанным платным медицинским услугам. В соответствии с законодательством Российской Федерации «Клиника ННИИТО» несет ответственность перед Пациентом и Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора. Претензии и споры, возникшие между пациентом, заказчиком и «Клиника ННИИТО», решаются по согласованию сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В соответствии с договором аренды нежилых помещений между Арендодателем (территориальным Управлением имущественных отношений), Балансодержателем (ННИИТО МЗ РФ) и арендатором (АНО).

В договоре определены взаимные права, обязанности и форма ответственности с 09.02.2004 г. до 12.03.2004 г. КРУ.МЗ РФ проведена ревизия финансово-хозяйственной деятельности ГУ ННИИТО за 2003 г. По результатам проверки фактов нарушений Законодательства со стороны ННИИТО, в том числе в учреждении АНО «Клиника» не отмечено.

С момента учреждения и организации АНО «Клиника ННИИТО» МЗ РФ прошло 3 года. За указанный период число пролеченных больных ежегодно возрастало.

Так в 2000 году было пролечено 3000 больных, то в 2003 г. – 3183, за 6 мес. 2004 г. – 1326. Распределение пролеченных больных по источникам финансирования следующее: бюджетных больных было в 2000 г. – 1288, в 2003 г. – 1722, по внебюджетным источникам – 788 и 1225 человек, соответственно.

Таким образом, институт и учрежденное АНО «Клиника» полностью выполнили государственный заказ по лечению больных с оказанием высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Проведенный анализ деятельности трех профильных институтов с аналогичным числом коек





(260 – ННИИТО; 260 – СНИИТО; 275 – ГФ УН НИИТО) показал более выраженную динамику положительных результатов как хозяйственно-финансовой, так и клинической деятельности ННИИТО. Так, количество пролеченных пациентов за 3 года в ННИИТО увеличилось на 183 человека, СНИИТО – на 89 человек, а в НИИТО уменьшилось с 2747 больных в 2000 г. до 2622 – в 2003 г., то есть на 75 человек. В ННИИТО на 60% возрос удельный вес пациентов с эндопротезированием, тогда как в НИИТО – число таких больных уменьшилось на 30%.

Важным показателем эффективности использования всех видов ресурсов является сокращение календарных дней, проведенных на стационарном этапе лечения. В НИИТО этот показатель уменьшился (на фоне увеличения числа пролеченных больных) с 52 863 календарных дней в 2000г. до 48185 в 2003г.; в СНИИТО – увеличился с 86291 до 87564; в ННИИТО увеличился – с 86495 до 89958 при снижении числа пролеченных больных. Такая же закономерность и в показателях оборота койки (ННИИТО – 12,2 в 2003г.; НИИТО – 9,9 и 9,5 в 2003г.).

Анализ операционной активности показал позитивную тенденцию в ННИИТО (с 70,8 до 91,8 в 2003г.) и в СНИИТО этот показатель составил в 2003г. всего 51,1; в НИИТО – 59,1.

Важное значение для развития высокотехнологических видов медицинской помощи имеет обновление лечебно-диагностического оборудования.

Приведенные ниже цифры весьма демонстративны: затраты на оборудование в ННИИТО в 2003 г. составили 89822 тыс. руб., в СНИИТО – 8600 руб.; НИИТО – 11878 руб. Затраты на расходные материалы по институтам составили: ННИИТО – 141 581 тыс. руб., СНИИТО – 800 тыс.руб; НИИТО – 21 851 тыс. руб.

Общий объем финансирования за период 2000–2003 гг. увеличился приблизительно одина-

ково в части бюджетных средств и абсолютно отличается в части внебюджетных источников финансирования: в ННИИТО – увеличение в 2,5 раза и составило в 2003 г. 25 273 тыс. руб.; СНИИТО – 12 735, НИИТО – 11 111 тыс. руб., в том числе по платным медицинским услугам – 23 892 (ННИИТО); 1 077 (СИИТО), 4 106 (НИИТО).

Проведенный анализ показал, что замена оборудования и увеличение затрат на расходные материалы в ННИИТО стали возможными за счет внебюджетных средств.

Оценка роста уровня доходов медицинского персонала показала, что у врачей ННИИТО доходы увеличились за 3 года более, чем в 3 раза, в СНИИТО – в 2 раза, в НИИТО – в 2,1 раза. У младшего персонала: в 4 раза (ННИИТО), в 1,5 раза в СНИИТО, в 3,5 раза в НИИТО.

Значительные различия установлены в динамике балансовой стоимости основных средств.

Так, в ННИИТО балансовая стоимость основных средств увеличилось за 3 года с 96 373 тыс. руб. до 235 029 тыс. руб., в СНИИТО – в 2003 г. этот показатель составил 55 051 тыс. руб., в НИИТО – 121 736 тыс. руб.

Анализ показателей работы учреждений свидетельствует об значительных различиях этих данных: темп роста пролеченных больных в 2003 г. составил в ННИИТО – 5%, СНИИТО – уменьшился на 2%, в НИИТО – уменьшение составило 11%. темп роста оборота койки в ННИИТО – +5%, СНИИТО – 2%, в НИИТО – 11%. Темп роста заработной платы врачей: в ННИИТО в 2003 г. – 141%, в СНИИТО – 7%, НИИТО – 18%.

В Новосибирском НИИТО с 2004 г. введено приказом директора «Руководство по качеству», которое включает систему менеджмента качества; ответственность руководства; менеджмент ресурсов; процесс жизненного цикла продукции; измерение, анализ и совершенствование на основе мониторинга удовлетворенности потребителя.



Проведенный анонимный опрос пациентов в рамках мониторинга удовлетворенности больных, показал, что в среднем этот показатель составил $71,1 \pm 15,0\%$. Отлично оценили – $53,3\%$; хорошо – $22,6\%$; удовлетворительно – $18,5\%$; плохо – $3,6\%$, очень плохо – $2,1\%$.

Закключение

Комплексная оценка деятельности ННИИТО МЗ РФ и учрежденной АНО «Клиника травматологии, ортопедии и нейрохирургии ННИИТО» свидетельствует о том, что оптимизация правового положения медицинских учреждений создала новые экономические отношения в сфере оказания медицинских услуг, в частности высоких технологий в травматологии и ортопедии, развивает мотивационные стимулы в работе медицинского персонала.

Рост внебюджетной составляющей консолидированного бюджета является основой обновления материально-технической базы, роста заработной платы сотрудников, развития их инициативы; развитию конкуренции между ЛПУ одного профиля.

В то же время получено подтверждение, что работа ЛПУ в рамках бюджета и финансирование через казначейство тормозит финансовый рост, разработку и внедрение новых технологий, а также ограничивает возможности привлечения инвесторов. Проведенный анализ показал, что переход к работе в рамках АНО создал условия, когда теневые платные услуги полностью исчезли, а доходы медицинского персонала устойчиво увеличиваются.

Важнейшим подтверждением целесообразности развития в отрасли автономной организация является рост числа пациентов, получающих медицинскую помощь за счет бюджета, позитивная динамика всех показателей, характеризующих эффективность работы медицинского учреждения, в данном случае – это ННИИТО.

Проведенная оценка эффективности деятельности ННИИТО показала неоспоримые преимущества данной правовой формы по сравнению с ННИ аналогичного профиля, но функционирующими в рамках ГУ.

Очевиден факт, что автономные некоммерческие организации в значительной мере повышают самостоятельность и оперативность финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ, стимулируют выработку стандартов медицинской помощи и соблюдение принципов финансирования за конечный результат; освобождают от затратного, ограничивающего инициативу, предпринимательскую свободу бюджетного кодекса.

Установлено, что создание АНО нацелено на удовлетворение потребности пациентов и заинтересовано в высоком качестве медицинских услуг, приемлемых ценах на платные услуги и обеспечивает достойный уровень жизни сотрудников.

Применение комплексного, замкнутого организационного и технологического циклов, организационно-финансового взаимодействия структур в рамках АНО направлено на достижение конкретных медико-социального и финансового результатов.

Создана реальная возможность объединения разных финансовых источников (бюджетных и внебюджетных) и создание устойчивого цивилизованного бизнеса в рамках высших медицинских технологий в травматологии и ортопедии.

Для повышения эффективности использования ресурсов реализована, разработанная в ННИИТО оптимальная схема материально-технического снабжения, где АНО является генеральным поставщиком.

**И.о. директора ЦНИИОЗ МЗ РФ,
д.м.н., профессор,
Ю.В.Михайлова**



Ю.В.МИХАЙЛОВА,

д.м.н, профессор, и.о. директора ЦНИИОИЗ МЗ и СР РФ, г.Москва,

Н.Г.ФОМИЧЕВ,

д.м.н., профессор, директор НИИТО, г.Новосибирск

М.А.САДОВОЙ,

д.м.н., профессор, зам. директора по науке НИИТО, г.Новосибирск

С.Е. ПОСКОЧИН,

зам. директора по развитию и финансам НИИТО, г.Новосибирск

К ВОПРОСУ О НОВЫХ ПРАВОВЫХ ФОРМАХ ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Неудовлетворенность ведомственных властных структур системы федерального, регионального муниципального здравоохранения, руководителей медицинских учреждений (без различия их профиля) медицинских работников, научных сотрудников, медицинских общественных организаций проводимыми в здравоохранении преобразованиями связано с неразрешимостью сложившегося противоречия: традиционную систему здравоохранения с ее архаичной организационно-правовой и экономической основой, базирующейся на жестких принципах бюджетного кодекса стремятся адаптировать к новым социально-экономическим условиям на рыночных принципах.

В историческом ракурсе этот вопрос был стержневым в конце 70 – годов, когда стала очевидной низкая эффективность функционирования отрасли. Даже в условиях диктата административного управления стал очевиден факт – без свободы управленческих и финансовых действий на основе нового правового положения государственных медицинских учреждений сохранится низко эффективная, затратная система здравоохранения, а нищенское положение медицинс-

ких работников «обеспечит» нарастающее снижение качества медицинской помощи.

Разумным и принципиально верным решением того периода были разработка и внедрение в отрасли нового хозяйственного механизма, стержнем которого и было расширение самостоятельности ЛПУ, то есть создание экономической мотивации оптимального использования ресурсов, в том числе имущества, и стимулирование работы медработников на конечный результат на основе введения мотивационной оплаты труда.

Достаточно вернуться к результатам внедрения нового хозяйственного механизма в экспериментальных территориях того периода, чтобы убедиться в поразительных позитивных его результатах. Довольны были все, а главное пациенты, реально ощутившие повышение качества медицинской помощи.

Принятие Закона о медицинском страховании предполагало развитие нового хозяйственного механизма. Как один из разработчиков Закона автор статьи не могла даже предполагать, что так будут извращены экономические принципы медицинского страхования, а медицинские учреждения закуют в казначейские кандалы.

© Ю.В.Михайлова, Н.Г.Фомичев, 2004 г.

© М.А.Садовой, С.Е. Поскочин, 2004 г.



Система здравоохранения ярко демонстрирует, что не может быть реформы в каком-то звене, если цепь прогнила в целом.

Решение об оптимизации правового положения медицинских организаций, создание новых правовых условий в экономических отношениях в сфере оказания медицинских услуг является неотъемлемым условием как повышения эффективности использования огромного имущества в отрасли, так и развития мотивационных стимулов в работе медицинского персонала.

Совершенно очевиден и тот факт, что существующая всеобъемлющая имущественная ответственность государства и муниципальных образований в сфере здравоохранения не только не способствует эффективному развитию, но и является сдерживающим фактором адаптации отрасли к рыночным условиям, ориентированных на свободу в выборе наиболее эффективных форм хозяйствования.

Таким образом, вопрос новых правовых форм юридических лиц в сфере здравоохранения требует безотлагательного решения. Вместе с тем, проведенный анализ публикаций в СМИ, заявления ЦК профсоюзов медработников, президиума правления РМА, выступления некоторых ученых не могут быть оставлены без внимания. И вот почему.

Опыт нецивилизованной приватизации и разгосударствления в других сферах народного хозяйства, обогащение кучки одних и обнищание огромной части населения создали негативный психологический настрой общества, составной частью которого являются и медицинские работники. Это вызывает нездоровые ассоциации при попытках любых изменений правовых форм медицинских учреждений. Не считается с мнением оппонентов в такой социально-чувствительной сфере, как здравоохранение, было бы большой ошибкой, последствия которой могут быть непредсказуемые и в самое ближайшее время.

Опыт нецивилизованной приватизации и разгосударствления в других сферах народного хозяйства, обогащение кучки одних и обнищание огромной части населения создали негативный психологический настрой общества, составной частью которого являются и медицинские работники. Это вызывает нездоровые ассоциации при попытках любых изменений правовых форм медицинских учреждений. Не считается с мнением оппонентов в такой социально-чувствительной сфере, как здравоохранение, было бы большой ошибкой, последствия которой могут быть непредсказуемые и в самое ближайшее время. Данная сложная ситуация ни в коем случае не означает «ничего не менять».

Данная сложная ситуация ни в коем случае не означает «ничего не менять». Она диктует лишь необходимость всесторонней проработки законопроектов о государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организациях и об автономных учреждениях по основополагающим положениям:

1. Новые имущественные отношения и формы передачи собственности.

Законопроект определяет в п.5 ст.2. «О государственных (муниципальных), автономных негосударственных организациях (АНО)» передачу имущества организации в частную собственность. Такая норма определяет фактически приватизацию, правда в размытой форме.

Соответственно в Законе должна быть определена другая норма:

- ♦ определяющая передачу собственности, либо безвозмездно в аренду (временное пользование) без права реализации, но с правом выкупа некоммерческой организации, либо как возмездная аренда с правом выкупа некоммерческой организации;





♦ основные фонды должны принадлежать органу управления здравоохранением по иерархическим уровням власти, которые определяют стратегию и контроль их использования.

Прибыль, полученная в результате деятельности, направляется на уставные цели некоммерческой организации и принадлежит только ей.

2. Обеспечение социальных гарантий в получении медицинской помощи и невозможности ущемления конституционного права граждан на бесплатную медпомощь.

С этой целью необходимо детализировать п.1 ст.3, с отдельным пунктом разъяснения государственного заказа; ответственности по его выполнению, источникам финансирования и формам расчета за оказанные услуги. Непонятно выделение в Законе социального страхования и отсутствие ОМС, как источника финансирования. Данный раздел Закона должен быть ключевым с однозначной трактовкой и не содержать неясных формулировок, (таких как «частично платных услуг», «задания учредителя»). Существующее изложение основополагающей 3 статьи «Закон» не снимает вопроса о возможности двойной оплаты одних и тех же услуг и медпомощи в целом пациентами, за счет бюджета и средств ОМС.

3. Отчетность АНО и контроль за их деятельностью.

Данный раздел неправомерно отсутствует в Законе в части неимущественных отношений, связанных с целевой деятельностью – охраной здоровья.

Необходимо разделение контроля и отчетности по целевой деятельности и финансовой деятельности:

- ♦ сплошная паспортизация учреждения;
- ♦ основные, оборотные средства;
- ♦ результаты финансово-хозяйственной деятельности;
- ♦ бухгалтерские отчеты;

♦ сетевые показатели по лечебной деятельности;

- ♦ отчет по научной деятельности;
- ♦ штат и структура учреждения.

Форма контроля:

- ♦ утверждение Устава организации;
- ♦ утверждение (назначение) директора организации;
- ♦ утверждение годового баланса – Агентство;
- ♦ балансовая комиссия;
- ♦ квартальные отчеты (бухгалтерский, статистический, финансовый) – финансовый департамент Агентства;
- ♦ научная деятельность (планы НИР, гранты, патенты, новые технологии, метод. рекомендации и пособия) – департамент науки и образования;
- ♦ ежегодный обязательный аудит – финансовый департамент Агентства;
- ♦ квартальные заседания попечительского совета.

Заключение

Преобразование ГУ системы здравоохранения должно носить альтернативный характер для возможности выбора организационно-правовой формы государственных учреждений.

В то же время очевиден факт, что АНО и АНУ в значительной мере повышают самостоятельность и оперативность финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ; стимулируют выработку стандартов медпомощи и соблюдение принципов финансирования за конечный результат; освобождают от затратного, ограничивающего инициативу, предпринимательскую свободу, бюджетного кодекса.

Проведенная оценка эффективности деятельности НИТО и учрежденной им АНО показали неоспоримые преимущества данной правовой формы по сравнению с НИИ аналогичного профиля, но функционирующие в рамках ГУ.



В.И.СТАРОДУБОВ, В.О.ФЛЕК, Н.А.КРАВЧЕНКО,
И.Г.АРАПОВА, А.С.ЯНОВСКИЙ

АКТУАЛЬНЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РАЗГРАНИЧЕНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Развитие здравоохранения в условиях перехода к рыночным отношениям в экономике сопровождается появлением ряда проблем, острота которых усиливается в условиях дефицита бюджетных средств, направляемых на здравоохранение, что неизбежно влечет за собой нарастание негативных тенденций в здоровье нации.

Процесс перехода российского здравоохранения на принципы медицинского страхования, в отличие от большинства западных моделей медицинского страхования, имеет свою специфику, которая заключается не только в том, что необходимо предотвратить коммерциализацию здравоохранения и разрастание стихийного рынка медицинских услуг, но и в том, чтобы создать саморегулирующийся механизм функционирования отрасли и защиты прав граждан на охрану здоровья. К сожалению, государство, несмотря на первостепенное значение состояния здоровья нации для судьбы всей страны, в течение многих лет применяло и по сей день приме-

няет дискриминационный принцип остаточного финансирования здравоохранения.

Специфика функционирования рынка медицинских услуг состоит в том, что он не саморегулируется по законам открытого конкурентного рынка. Это связано прежде всего с тем, что предмет регулирования является не товарное производство, а «общественные блага», когда необходимость обеспечения так называемых «заслуженных населением социальных благ» становится государственным приоритетом. Сюда следует отнести услуги, предоставляемые здравоохранением, ценность которых для общества превышает оценку, даваемую им индивидуальными потребителями. Например, первичная профилактика заболеваний, вакцинация, ранняя диагностика, реабилитация особенно ценны для общества, так как предотвращают потерю трудового потенциала страны, но сегодня индивидуум может этого и не осознавать. Если стандартный рынок характеризуется наличием хорошо информированных покупателей, множеством производителей и продав-



© В.И.Стародубов, В.О.Флек, Н.А.Кравченко, 2004 г.

© И.Г.Арапова, А.С.Яновский, 2004 г.



цов товаров, свободным доступом продавцов на рынок, однородностью товаров и т.д., то на рынке медицинских услуг существует вполне объяснимая и допустимая асимметрия информации у производителя и потребителя медицинских услуг. Имеет место фактическая «монополия производителя» (медработника) на выбор форм и методов медицинского обеспечения пациента.

Главным образом это проявляется в ограничении свободного выбора пациентом высококвалифицированной помощи или врача, особенно в сельской местности.

Кроме того, этот «выбор» регулируется законодательными ограничениями допуска на рынок медицинских услуг специалистов, которым требуется наличие специального образования, лицензии и сертификата на право заниматься медицинской практикой, что значительно снижает конкуренцию. Следует также отметить неоднородность медицинских услуг, назначаемых пациентам при одном и том же заболевании.

Главной особенностью здравоохранения, не подвластной законам открытого рынка, является то, что в нем нет прямой корреляции между затратами на медицинскую помощь и уровнем здоровья населения, а потребность в ресурсах здравоохранения формируется не столько потребностью в медицинской помощи, сколько ее предложением. Опыт США, Великобритании и Японии в этом плане очень показателен: здоровье населения и расходы на здравоохранение в этих странах имеют обратную корреляционную зависимость.

Второй особенностью «медицинского рынка», в отличие от конкурентного рынка, является то, что потребности в медицинской помощи у «покупателя» почти полностью формируются «продавцом». Последний этим пользуется, активно завышая потребность в видах и объемах своих услуг. Такое поведение продавца на рынке характерно для любой отрасли. Однако там, в отли-

чие от медицины, вступают в действие два мощных регулятора свободного рынка, ограничивающих аппетит производителя:

- ♦ **первый** – конкуренция между производителями, которая снижает цену при чрезмерном производстве товаров и услуг;

- ♦ **второй** – платежеспособный спрос населения, или доходы потребителя, сверх которых он не может тратить на ту или иную услугу. В результате чего на определенный период устанавливается так называемая равновесная цена, по которой товар продается.

Ни один из этих двух важнейших регуляторов свободного рынка в здравоохранении не действует и действовать не может в силу вышеописанной специфики «рынка» медицинских услуг. Не работает в здравоохранении и «закон отложенного спроса» – практически в 95–100% случаев медицинская помощь нужна здесь и сейчас, иначе развязка может быть трагической.

Особо следует отметить роль медицинского страхования как регулятора спроса на медицинскую помощь. Экономисты большинства стран отмечают, что с введением обязательного (государственного) медицинского страхования доходы населения как ограничитель спроса на медицинскую помощь перестали регулировать медицинский рынок. И происходит это из-за разности интересов участников системы медицинского страхования: так как за пациента (потребителя услуг) платит третья сторона (государство, работодатель или другой страхователь), то пациенты стремятся воспользоваться наиболее дорогостоящей помощью и как можно раньше, а производители медицинских услуг стараются предложить наиболее дорогие технологии, которые к тому же повышают престиж медицинского учреждения и авторитет работника.

Таким образом, создается нежелательная, с позиций общественного интереса, ситуация, когда и спрос, и цена на медицинские услуги стре-



мятся к бесконечности. Заинтересованные в доходах страховщики также начинают завышать ставки страхового тарифа либо отказывают в медицинской помощи «сложному пациенту», больше других нуждающемуся в ней. И в том, и в другом случае коммерческое медицинское страхование перестает выполнять социальные функции: универсальность охвата населения страны медицинской помощью и социальной ответственности за нее. К тому же, как показал опыт многих развитых стран, рынок медицинских услуг перестал саморегулироваться, а так как здоровье граждан является «товаром» социальным, а не коммерческим, то в развитие здравоохранения все активнее вмешиваются правительства, вводя различные модификации социального страхования. Регулирование экономики здравоохранения в современном мире идет в следующих двух направлениях:

1. Регламентирование деятельности страховщиков и медиков посредством:

- ♦ заключения различного рода контрактов;
- ♦ разработки оснований для отказа в страховании (если таковой вообще допускается);
- ♦ контроля за уровнем цен и объемов предложений конкретных видов помощи;
- ♦ применения тех или иных технологий, методик лечения и др.

2. Дотирование или полное возмещение затрат на медицинскую помощь путем:

- ♦ изъятия взносов на медицинское страхование из налогооблагаемого дохода;
- ♦ покрытия взноса страхования определенным группам населения (престарелым, бедным);
- ♦ всеобъемлющего государственного страхования всего населения из бюджетных средств и др.

Вышеизложенное позволяет утверждать, что демонтаж административно-командного стиля управления и государственно-монополистических структур, господствовавших в экономическом механизме и во многом исказивших суть понятия «общественные потребности», вовсе не

означает полную, никем не контролируемую децентрализацию и отказ от централизованного регулирования хозяйственной жизни страны.

В России предстоит создать гибкую систему государственного целеполагания и косвенного регулирования, предписывающую всем участникам воспроизводственного процесса достаточно стабильные «правила игры» и осуществляющую в необходимых пределах перераспределение внутреннего валового продукта.

Хозяйственный механизм современного общества, на наш взгляд, должен создать адекватную модель функционирования и развития научно-индустриальных сил. Он должен соединить два противоречивых начала: план (волевою регулирующую деятельность центра – программно-целевое планирование) и рынок (совокупность автоматических регуляторов – подсистему прямых и обратных связей между производителем услуг и их потребителем). Сбои заложены в каждом из них. Непросто осуществить их стыковку, особенно в столь сложной сфере, как здравоохранение, однако без объединения этих двух составляющих хозяйственного механизма любой отрасли не могут существовать ни экономика, ни общество.

Сегодня стало очевидным, что именно рынок, закон стоимости и конкурентный механизм обеспечивают поддержание основных народнохозяйственных пропорций между производством, потреблением и накоплением, между сбережением и инвестициями, между различными отраслями производственной и социальной сферы, стимулируют производителей, генерируют технический прогресс, определяют критерии эффективности производства, «вымывают» неэффективные звенья, saniруют экономику. Однако все это уменьшает значение второго компонента хозяйственного механизма современной экономики – централизованного регулирования в масштабе отрасли. Именно регулирование определяет «правила игры», которым должны подчиняться все участники





процесса в интересах эволюции и прогресса всей системы.

Централизованное регулирование позволяет на более или менее продолжительный срок выводить стратегически важные отрасли производства (фундаментальная наука, новые наукоемкие производства и т.п.) и сферу потребления (социальная инфраструктура) из-под жестких ограничений рыночного механизма, стимулировать производителей повышенной рентабельностью, а потребителей – адекватной или пониженной ценой. Оно обеспечивает экономическую базу для реализации целей общества.

Переход от государственной, монопольной системы к многоукладной децентрализованной системе здравоохранения призван обеспечить более высокое качество медицинской помощи и активное вовлечение работодателей и всех граждан в охрану здоровья через их экономические интересы, стимулы и ценности.

Всеобъемлющий характер и глубина проводимой в стране реформы здравоохранения требуют взвешенных, научно обоснованных решений, способных вывести отрасль из кризиса.

И, как это ни парадоксально на первый взгляд, в условиях децентрализации и демократизации общества именно в здравоохранении необходимо повысить уровень государственного целеполагания, программирования и управления на единой научно-методологической основе, стержнем которой явилось бы сочетание принципов федерализма и местного самоуправления с хозяйственной самостоятельностью медицинской организации. Это важно потому, что при переводе здравоохранения на экономические методы управления в 1987–1992 гг. явно прослеживались тенденции отмены и отбрасывания всего, что было ранее предложено наукой и апробировано на практике. Особенно это касалось вопросов планирования и прогнозирования на основе нормативного (целевого) подхода. Эта тенден-

ция не преодолена и сегодня, в ходе реформы здравоохранения на принципах медицинского страхования.

Итак, мы полагаем, что наиболее актуальными задачами «молодого» Российского государства являются социально-экономический анализ ресурсной базы здравоохранения, анализ потребности населения в медицинской помощи и оценка финансовых возможностей на основе программно-целевого планирования для обоснования формирования основных направлений новой, экономически ориентированной модели развития здравоохранения, которая должна органично сочетать экономические интересы государства, отрасли и отдельно взятого человека, как главной производительной силы общества.

На сегодняшний день единственным механизмом, обеспечивающим конституционное право граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь, является реализация Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. №1096 (далее – Программа государственных гарантий, система государственных гарантий). Программа предусматривает единые подходы к планированию расходов на здравоохранение за счет бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, а также к определению гарантируемых государством объемов медицинской помощи и требуемых для их выполнения финансовых ресурсов.

Именно в Программе государственных гарантий обозначены виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно за счет бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, нормативы объемов медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования их оказания.



Группой специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования проведена комплексная экспертная оценка уровня реализации Территориальных программ государственных гарантий за 2001 и 2002 гг. по методике, разработанной профессором В.О.Флеком. Оценка полученных данных обратила наше внимание на дефицит финансовых средств из государственных источников финансирования на реализацию Территориальных программ государственных гарантий.

В этой связи возникает вопрос: «За счет каких источников восполняется имеющийся дефицит?». Для ответа на данный вопрос нами проведен сопоставительный анализ государственных и негосударственных расходов на здравоохранение.

В качестве основы такого сопоставительного анализа нами использованы данные Минфина России, Госкомстата России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования о финансировании здравоохранения в Российской Федерации в 2002 году из всех источников (табл. 1).

Расходы субъектов Российской Федерации на здравоохранение из средств консолидированных бюджетов территорий и средств ОМС в 2002 году (без учета средств федерального бюджета) составили 304,98 млрд. рублей (с учетом средств федерального бюджета – 335,71 млрд. рублей.).

Расходы граждан из личных средств на здравоохранение, по данным Госкомстата России, составили 195,2 млрд. рублей, из которых израсходовано: на платные медицинские услуги и ДМС, физкультуру и спорт – 53,2 млрд. рублей (из которых непосредственно на платные услуги и ДМС – 33,1 млрд. рублей), санаторно-оздоровительные услуги – 22,9 млрд. рублей, на приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения – 119,1 млрд. рублей.

Совокупные расходы на здравоохранение без

учета средств федерального бюджета составили в 2002 году 500,2 млрд. рублей. Суммарные подушевые показатели расходов на здравоохранение составили 3474,6 руб. (2118,6 руб. – из государственных источников финансирования, 1356 руб. – из личных средств граждан).

Исходя из того, что доля негосударственных расходов на финансирование в общих расходах на здравоохранение составила в 2002 году 39,0%, возникают следующие вопросы:

Каков дефицит финансовых средств на реализацию Территориальных программ государственных гарантий?

Является ли увеличение доли негосударственных средств на нужды здравоохранения фактором, свидетельствующим о реализации конституционного права граждан Российской Федерации на свободное развитие личности в виде получения дополнительных благ в сфере охраны их здоровья наряду с гарантируемыми государством объемами бесплатной медицинской помощи, или эти средства лишь покрывают дефицит финансовых средств на функционирование системы государственных гарантий?

Путем сопоставления расчетной стоимости Программы государственных гарантий (346,0 млрд. руб.) и фактических расходов на ее реализацию (311,02 млрд. руб.) нами определен дефицит финансовых средств в целом по Российской Федерации, который составил в 2002 году 35 млрд. руб. (10,1%).

По результатам проведенного исследования можно констатировать, что предоставляемые населению платные медицинские услуги и медицинская помощь, оказываемая в рамках программ добровольного медицинского страхования, не являются в настоящий момент дополнительными к гарантируемым государством объемам бесплатной медицинской помощи и, следовательно, фактором, свидетельствующим об использовании гражданами Российской Федерации сво-





Таблица 1

Расходы субъектов Российской Федерации из государственных источников финансирования и граждан из личных средств на здравоохранение в 2002 году (без учета средств федерального бюджета)

Субъекты Российской Федерации	Численность населения на 01.01.2002 года (тыс.)	Расходы государства (млн.руб.):			Подушевые расходы (гр.2+гр.3) ×1000/гр.1) (руб. на 1 жителя)	Расходы граждан (по данным Госкомстата России), (млн.руб.):				Подушевые расходы (платные услуги) (гр.9×1000/гр.1) (руб. на 1 жителя)
		из консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение (без учета страховых взносов на ОМС неработающих граждан) (по данным Минфина, www.minfin.ru)	из средств системы ОМС (включая страховые взносы), (по данным ФОМС)	ВСЕГО (гр.2+гр.3)		на платные медуслуги	на санаторно-оздоровительные услуги	на приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения	ВСЕГО (гр.6+гр.7+гр.8)	
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Российская Федерация	143 954,4	171 775,8	133 211,4	304 987,2	2 118,6	53 150,8	22 902,0	119 144,4	195 197,2	1 356,0
Центральный округ	36 481,8	53 932,5	32 189,1	86 121,7	2 360,7	15 999,6	7 575,3	33 447,1	57 022,0	1 563,0
Белгородская область	1 498,0	901,1	1 390,2	2 291,3	1 529,6	216,5	77,7	1 291,5	1 585,7	1 058,5
Брянская область	1 410,3	945,9	873,9	1 819,8	1 290,3	257,1	49,1	991,7	1 298,0	920,3
Владимирская область	1 573,9	1 411,4	901,4	2 312,8	1 469,5	234,7	107,1	787,6	1 129,5	717,6
Воронежская область	2 414,7	1 853,5	1 755,9	3 609,4	1 494,8	492,8	315,8	1 805,5	2 614,1	1 082,6
Ивановская область	1 191,2	860,0	752,1	1 612,1	1 353,4	235,6	75,7	483,0	794,2	666,8
Калужская область	1 058,9	649,9	993,1	1 643,0	1 551,6	240,1	123,6	949,7	1 313,4	1 240,3
Костромская область	766,4	743,1	382,3	1 125,3	1 468,3	100,4	40,5	293,2	434,1	566,4
Курская область	1 284,5	739,6	632,9	1 372,5	1 068,5	180,8	155,9	2 252,1	2 588,7	2 015,4
Липецкая область	1 228,9	1 286,0	1 066,7	2 352,8	1 914,5	197,9	110,6	696,9	1 005,4	818,1
Московская область	6 409,7	7 887,4	5 795,4	13 682,9	2 134,7	1 352,2	3 828,0	7 830,5	13 010,7	2 029,8
Орловская область	883,5	442,3	847,6	1 289,9	1 460,0	98,0	33,8	496,5	628,2	711,0
Рязанская область	1 255,0	1 151,7	633,1	1 784,8	1 422,1	633,7	62,0	930,6	1 626,3	1 295,9
Смоленская область	1 098,3	878,1	706,0	1 584,1	1 442,3	272,6	97,9	336,6	707,2	643,9
Тамбовская область	1 240,7	1 012,6	597,4	1 610,0	1 297,6	140,5	125,4	780,6	1 046,5	843,5
Тверская область	1 552,3	1 437,7	785,5	2 223,3	1 432,2	262,8	302,5	956,3	1 521,7	980,3
Тульская область	1 690,0	1 671,7	1 217,5	2 889,3	1 709,6	392,9	121,6	1 307,8	1 822,3	1 078,3
Ярославская область	1 386,3	1 668,1	899,1	2 567,2	1 851,8	352,0	111,7	1 559,4	2 023,1	1 459,4
г.Москва	8 539,2	28 392,3	11 959,1	40 351,4	4 725,4	10 338,8	1 836,4	9 697,7	21 872,9	2 561,5
Северо-Западный округ	14 259,1	16 912,7	14 707,1	31 619,8	2 217,5	6 027,3	2 043,2	13 926,4	21 996,9	1 542,7
Республика Карелия	756,4	1 322,5	554,0	1 876,5	2 480,8	208,7	118,1	505,8	832,6	1 100,7
Республика Коми	1 117,2	1 789,3	1 801,6	3 590,9	3 214,2	501,1	124,1	981,2	1 606,4	1 437,8



Таблица 1 (продолжение)

А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Архангельская область	1 384,0	1 681,3	1 183,7	2 865,0	2 070,1	373,3	51,2	1 370,9	1 795,3	1 297,2
Вологодская область	1 301,1	1 463,5	1 194,9	2 658,4	2 043,2	551,8	176,0	956,3	1 684,1	1 294,4
Калининградская область	943,2	790,5	660,0	1 450,4	1 537,8	315,2	182,0	289,1	786,2	833,6
Ленинградская область	1 649,6	1 535,5	1 145,5	2 681,0	1 625,3	323,7	126,6	1 484,9	1 935,1	1 173,1
Мурманская область	977,6	1 400,5	1 357,8	2 758,4	2 821,6	312,0	91,0	1 038,9	1 442,0	1 475,0
Новгородская область	710,9	405,0	609,1	1 014,1	1 426,5	225,4	64,8	1 116,2	1 406,5	1 978,4
Псковская область	778,0	747,9	516,6	1 264,5	1 625,3	178,7	144,4	381,3	704,5	905,5
г.Санкт-Петербург	4 596,2	5 575,2	5 533,9	11 109,1	2 417,0	3 035,7	965,0	5 636,7	9 637,4	2 096,8
Ненецкий АО	44,9	201,6	150,0	351,6	7 830,6	1,6	0,1	165,1	166,8	3 716,0
Южный округ	21 471,3	14 121,7	14 851,6	28 973,3	1 349,4	4 599,8	4 060,5	13 141,3	21 801,6	1 015,4
Кабардино-Балкарская Республика	782,0	484,4	410,1	894,4	1 143,8	74,7	224,6	57,3	356,6	456,0
Карачаево-Черкесская Республика	428,6	251,5	1 225,6	1 477,1	3 446,4	184,3	24,9	178,4	387,6	904,3
Республика Адыгея	444,9	295,5	230,6	526,1	1 182,6	98,9	8,0	233,4	340,3	764,9
Республика Дагестан	2 179,5	1 168,9	540,3	1 709,2	784,2	56,5	4,8	123,6	184,9	84,8
Республика Ингушетия	466,3	338,0	278,8	616,8	1 322,7	4,8	0,9	0,6	6,3	13,5
Республика Калмыкия	305,6	326,9	361,0	687,9	2 251,1	13,5	2,0	219,0	234,5	767,3
Республика Северная Осетия (Алания)	678,2	649,7	340,5	990,2	1 460,1	85,9	67,3	192,3	345,5	509,4
Чеченская Республика	624,6	539,2	138,3	677,5	1 084,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Краснодарский край	4 987,6	3 648,1	4 153,9	7 802,0	1 564,3	1 098,3	1 192,5	4 352,4	6 643,2	1 331,9
Ставропольский край	2 642,6	1 679,4	1 695,4	3 374,8	1 277,1	659,5	1 949,1	1 693,9	4 302,5	1 628,1
Астраханская область	1 008,7	720,6	855,8	1 576,3	1 562,7	232,3	185,5	413,6	831,4	824,2
Волгоградская область	2 636,5	1 733,5	1 606,7	3 340,1	1 266,9	1 016,0	227,6	2 869,0	4 112,6	1 559,9
Ростовская область	4 286,2	2 286,0	3 014,6	5 300,6	1 236,7	1 075,1	173,4	2 807,8	4 056,3	946,4
Приволжский округ	31 641,8	27 764,2	27 412,6	55 176,8	1 743,8	8 963,7	3 674,4	23 562,6	36 200,6	1 144,1
Республика Башкортостан	4 090,6	3 041,2	4 013,1	7 054,3	1 724,5	1 721,3	740,6	2 470,7	4 932,6	1 205,8
Республика Мордовия	910,0	1 096,5	327,3	1 423,8	1 564,7	76,4	64,1	447,3	587,8	645,9
Республика Марий Эл	750,3	669,5	336,8	1 006,2	1 341,1	99,8	81,2	338,1	519,1	691,8





Таблица 1 (продолжение)

А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Республика Татарстан	3 768,2	3 716,3	5 739,7	9 456,0	2 509,4	801,5	447,0	2 426,3	3 674,9	975,2
Республика Удмуртия	1 616,2	2 324,3	1 025,1	3 349,4	2 072,4	380,4	131,7	830,9	1 343,0	831,0
Республика Чувашия	1 346,3	1 040,3	763,6	1 803,9	1 339,9	498,5	121,3	848,1	1 467,8	1 090,3
Кировская область	1 560,0	1 921,3	692,1	2 613,4	1 675,2	277,9	107,8	912,0	1 297,7	831,8
Нижегородская область	3 598,3	2 335,7	2 989,4	5 325,1	1 479,9	1 274,0	264,0	2 266,7	3 804,7	1 057,4
Оренбургская область	2 199,4	2 130,9	2 169,0	4 299,9	1 955,0	497,9	174,4	1 168,0	1 840,3	836,7
Пензенская область	1 504,1	1 103,0	722,2	1 825,2	1 213,5	586,4	74,1	940,5	1 601,0	1 064,4
Пермская область	2 775,9	3 351,2	2 166,4	5 517,6	1 987,7	986,7	591,7	2 145,8	3 724,2	1 341,6
Самарская область	3 258,7	690,3	4 586,2	5 276,5	1 619,2	1 084,5	482,8	5 907,9	7 475,1	2 293,9
Саратовская область	2 676,4	2 308,1	959,2	3 267,3	1 220,8	362,6	143,0	1 999,9	2 505,5	936,1
Ульяновская область	1 439,6	1 764,3	856,1	2 620,5	1 820,3	312,5	250,7	823,9	1 387,1	963,6
Коми-Пермяцкий АО	147,8	271,2	66,5	337,7	2 285,1	3,4	0,0	36,5	39,9	269,7
Уральский округ	12 520,2	22 436,2	16 579,8	39 015,9	3 116,2	5 272,6	2 021,8	12 622,0	19 916,4	1 590,7
Курганская область	1 074,4	1 135,1	426,6	1 561,7	1 453,6	213,3	97,2	591,7	902,3	839,8
Свердловская область	4 544,9	4 486,2	3 855,6	8 341,8	1 835,4	2 468,3	598,4	4 746,2	7 812,9	1 719,0
Тюменская область	1 339,5	2 299,2	1 801,4	4 100,6	3 061,3	445,3	425,9	1 146,6	2 017,7	1 506,3
Челябинская область	3 628,7	2 314,8	3 310,0	5 624,8	1 550,1	1 145,6	677,3	3 553,1	5 375,9	1 481,5
Ханты-Мансийский АО	1 423,8	9 366,0	5 156,2	14 522,2	10 199,6	826,0	140,6	1 985,6	2 952,2	2 073,4
Ямало-Ненецкий АО	508,9	2 834,8	2 029,9	4 864,7	9 559,3	174,2	82,4	598,8	855,4	1 680,9
Сибирский округ	20 542,1	23 139,5	18 655,7	41 795,2	2 034,6	10 097,2	2 694,2	15 640,9	28 432,3	1 384,1
Республика Алтай	204,9	338,0	188,2	526,2	2 567,9	15,3	0,1	50,0	65,3	318,7
Республика Бурятия	1 019,4	1 093,8	1 160,3	2 254,0	2 211,1	111,3	129,5	353,8	594,6	583,2
Республика Тыва	310,3	713,3	346,7	1 060,0	3 415,9	14,2	19,9	50,3	84,4	272,0
Республика Хакасия	575,4	454,6	527,2	981,7	1 706,2	119,7	131,0	219,0	469,7	816,3
Алтайский край	2 621,0	1 930,6	2 164,4	4 095,0	1 562,4	498,0	172,0	1 098,8	1 768,8	674,9
Красноярский край	2 952,8	4 206,6	3 434,2	7 640,7	2 587,6	1 622,4	776,0	2 957,2	5 355,6	1 813,7
Иркутская область	2 570,4	3 179,5	2 169,8	5 349,3	2 081,1	1 150,2	403,6	2 082,6	3 636,5	1 414,7
Кемеровская область	2 940,5	2 961,9	2 547,7	5 509,5	1 873,7	726,5	339,7	2 000,9	3 067,0	1 043,0
Новосибирская область	2 717,4	2 037,9	2 947,6	4 985,6	1 834,7	4 597,6	344,5	3 442,6	8 384,7	3 085,6
Омская область	2 127,0	2 485,4	997,3	3 482,6	1 637,4	621,8	178,6	2 246,8	3 047,2	1 432,6
Томская область	1 060,8	907,3	1 055,7	1 963,0	1 850,5	454,6	127,8	599,6	1 181,9	1 114,2
Читинская область	1 157,6	2 006,8	832,0	2 838,8	2 452,3	152,8	64,9	420,3	638,0	551,2
Агинский Бурятский АО	79,6	127,3	26,5	153,8	1 931,7	2,3	4,0	32,5	38,8	487,3



Таблица 1 (окончание)

А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Таймырский (Долгано-Ненецкий) АО	44,3	386,4	108,6	495,0	11 173,7	3,3	0,0	28,8	32,0	723,4
Усть-Ордынский Бурятский АО	142,5	168,0	106,4	274,4	1 925,3	7,0	2,7	46,2	55,8	391,4
Эвенкийский АО	18,2	142,3	43,4	185,7	10 202,1	0,1	0,0	11,8	11,9	655,3
Дальневосточный округ	7 038,1	13 469,0	8 815,4	22 284,5	3 166,3	2 190,6	832,7	6 804,1	9 827,5	1 396,3
Республика Саха (Якутия)	982,9	3 393,8	2 012,6	5 406,3	5 500,4	208,6	182,1	949,1	1 339,8	1 363,1
Приморский край	2 124,7	2 313,2	1 993,6	4 306,8	2 027,0	620,2	116,6	3 693,4	4 430,3	2 085,1
Хабаровский край	1 485,8	2 257,7	1 790,6	4 048,3	2 724,6	517,2	201,3	939,7	1 658,2	1 116,0
Амурская область	982,2	1 413,8	900,8	2 314,6	2 356,6	160,9	41,7	204,0	406,6	413,9
Камчатская область	351,7	603,4	558,3	1 161,7	3 303,1	130,5	78,6	242,5	451,6	1 284,1
Магаданская область	229,2	891,4	319,8	1 211,2	5 284,6	83,1	12,6	128,5	224,3	978,5
Сахалинская область	584,7	1 519,3	561,1	2 080,4	3 558,1	431,4	120,3	420,5	972,2	1 662,7
Еврейская АО	194,6	217,0	248,7	465,7	2 392,9	28,8	76,3	118,4	223,4	1 148,2
Корякский АО	28,5	182,3	56,7	239,1	8 388,8	0,3	0,0	12,9	13,1	461,1
Чукотский АО	73,8	677,2	373,1	1 050,3	14 232,3	9,7	3,2	95,1	108,0	1 463,8

их конституционных прав на свободное развитие личности в сфере охраны здоровья и здравоохранения, которые должны реализовываться за рамками системы государственных гарантий. По сути, население оплачивает из личных средств ту медицинскую помощь, которая должна предоставляться гражданам бесплатно в рамках Программы государственных гарантий.

Кроме того, нами установлено, что в субъектах Российской Федерации с высоким уровнем реализации Территориальной программы государственных гарантий доля расходов населения в финансировании здравоохранения составила менее 30% от совокупных расходов, в то время как в субъектах Российской Федерации с низким уровнем реализации Территориальной программы государственных гарантий аналогичный показатель составил более 50%.

Таким образом, стала очевидной необходимость разграничения платных медицинских услуг,

медицинских услуг, оказываемых в рамках добровольного медицинского страхования, и бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы государственных гарантий, федеральных и региональных целевых программ. В настоящее время разрабатываются проекты Федеральных Законов «Об обязательном медицинском страховании граждан Российской Федерации», «О государственных гарантиях медицинской помощи» и проект Постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг».

Совершенствование и обновление законодательной базы здравоохранения в значительной мере будут способствовать прежде всего защите конституционных прав граждан Российской Федерации на качественную и доступную медицинскую помощь и защите прав медицинских работников на достойную жизнь.



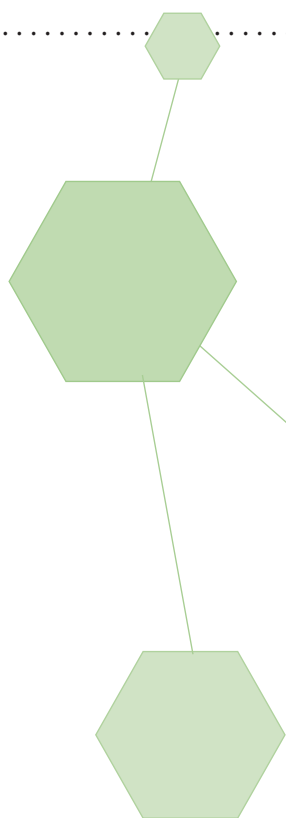
Н.Ф.ГЕРАСИМЕНКО,

д.м.н., академик РАМН, заведующий кафедрой основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М. Сеченова, заместитель председателя Комитета Государственной Думы по охране здоровья

О.Ю.АЛЕКСАНДРОВА,

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

ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ. ПЕРСПЕКТИВЫ БЛИЖАЙШИХ ЛЕТ



Решение проблем охраны здоровья граждан и реформирование здравоохранения неразрывно связаны с возможностями их законодательного обеспечения.

На сегодняшний день просматриваются следующие основные направления развития законодательства в сфере охраны здоровья на ближайшие годы.

Во-первых, усиление с помощью принятия ряда важнейших федеральных законов правовых методов управления здравоохранением и социальной сферой.

Именно правовые методы, а не административные должны лечь в основу восстановления управляемости здравоохранением. Построением не административной управленческой вертикали, что уже невозможно на сегодняшний день, а построением жесткой правовой вертикали с формированием системы нормативно-правовых актов, базирующихся на их юридической силе. Единство системы государственной власти в Российской Федерации обеспечивается тем, что Конституция Российской Федерации и Федеральные законы как акты Федеральной государственной власти обязательны на всей территории Российской Федерации. При этом законы и иные нормативные правовые акты субъектов Российской Федерации (принятие которых возможно по предметам совместного ведения, к которым относится здравоохранение) не должны противоречить федеральным законам.

Принятие основополагающих федеральных законов по вопросам здравоохранения (закона о здравоохранении в Российской

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



Федерации, нового закона о медицинском страховании, закона о государственных гарантиях предоставления медицинской помощи гражданам) не позволит субъектам федерации не исполнять нормы, изложенные в этих федеральных законах.

Полное и четкое законодательное разграничение полномочий и определение границ компетенции региональной власти не позволит субъектам РФ выводить законодательство о здравоохранении отдельных территорий за пределы единой государственной системы. Таким образом, с построением четкой правовой вертикали без административных решений решаются проблемы реализации государственной политики в области здравоохранения на региональном уровне.

Во-вторых, развитие законодательства в сфере охраны здоровья в ближайшие годы является совершенствование существующей законодательной базы. Развитие и упорядочение действующего законодательства приведет к созданию единого документа с внутренней четко определенной структурой.

В настоящий момент идет планомерная системная работа по формированию Кодекса законов об охране здоровья населения.

Кодекс включает в себя следующие блоки законов:

- ♦ надзорные законы, направленные на обеспечение безопасных условий жизни и среды обитания человека (о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения, об охране атмосферного воздуха, о питьевой воде, о радиационной безопасности населения);

- ♦ законы профилактической направленности (об иммунопрофилактике инфекционных болезней, о предупреждении распространения заболеваний, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), о предупреждении распространения в Российской Фе-

дерации туберкулеза, об ограничении курения табака, о наркотических средствах и психотропных веществах, о качестве и безопасности пищевых продуктов);

- ♦ законы, защищающие права граждан в сфере охраны здоровья (о правах пациентов, о защите прав потребителей, о рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств, о незаконном прекращении подачи электроэнергии учреждениям здравоохранения);

- ♦ законы, определяющие права и ответственность медицинских работников, а также ответственность юридических и физических лиц за правонарушения в сфере охраны здоровья (соответствующие статьи в Уголовном Кодексе, в Кодексе об административных правонарушениях, закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников, закон о профессиональной медицинской этике (клятве врача), законы о пенсиях за выслугу лет для всех медицинских работников;

- ♦ законы, регламентирующие деятельность национальной системы здравоохранения (Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, закон о здравоохранении в Российской Федерации, о регулировании частной медицинской деятельности, о лекарственных средствах, о медицинских изделиях);

- ♦ законы, регулирующие финансирование здравоохранения (обновленное законодательство о медицинском страховании граждан, законы о бюджете, о тарифах фондов ОМС и бюджетах Федерального фонда обязательного медицинского страхования, соответствующие статьи в Налоговом Кодексе);

- ♦ законы, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности (о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, о донорстве крови и ее компонентов, о





трансплантации органов и (или) тканей человека).

Окончательное формирование кодекса можно ожидать в ближайшие 5–10 лет, когда будут завершены подготовка и принятие основных законов, составляющих разработанную структуру кодекса, стабилизируется социально-экономическая обстановка в стране и устоится концепция развития здравоохранения. На сегодняшний день работа над формированием Кодекса законов об охране здоровья населения активно продолжается. За последние восемь лет Государственной Думой принято и вступило в силу 36 федеральных законов.

Наиболее важные из них:

- ♦ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»;
- ♦ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;
- ♦ «О предупреждении распространения в Российской Федерации туберкулеза»;
- ♦ «О лекарственных средствах»;
- ♦ «Об ограничении курения табака»;
- ♦ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»;
- ♦ «О временном запрете на клонирование человека».

Внесены изменения и дополнения к действующим законам:

- ♦ «О внесении изменений и дополнений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» введено поправками в статьи 5, 6, 7, и 20 понятие «программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», которая утверждается в субъектах Российской Федерации законодательными собраниями, а для программы федерального уровня – Правительством;

- ♦ «О внесении дополнений в Федеральный закон «О лекарственных средствах», который

впервые закрепил на законодательном уровне необходимость государственного регулирования цен на жизненно важные и необходимые лекарственные препараты.

Для обсуждения Государственной Думой во втором чтении готовится законопроект «О здравоохранении в Российской Федерации» (данный законопроект был принят в первом чтении еще в 1999 году). По нему в Государственную Думу поступило свыше 1700 поправок.

В настоящее время он готовится ко второму чтению с учетом проводящейся реформы исполнительной власти. Законопроект устраняет разобщенность и раздробленность государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и восстанавливает их управляемость. При этом восстанавливается понятие о Единой системе здравоохранения Российской Федерации с определением приоритета государственного регулирования, провозглашаются принципы государственной политики в области здравоохранения, в соответствии с которыми устанавливается ответственность государства за здоровье населения и здравоохранение, а также ответственность граждан за их здоровье. В законопроекте, в том числе ставится задача по повышению доли совокупных государственных расходов на здравоохранение до 5% от ВВП для реального выполнения программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению. Кроме того, предусматривается мораторий на приватизацию медицинских учреждений, выполняющих программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью.

В 2004 году Государственной Думой будут рассмотрены новые законопроекты: о медицинском страховании, о государственных гарантиях предоставления бесплатной медицинской помощи гражданам, о некоммерческих медицинских организациях.



Среди законопроектов, подготавливаемых к рассмотрению в первом чтении, находятся такие, как:

- ♦ «О регулировании частной медицинской деятельности»;
- ♦ «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников»;
- ♦ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «О лекарственных средствах»;
- ♦ «О внесении изменений в статью 5 Федерального закона «О погребении и похоронном деле», которым устраняются разночтения между Федеральным законом «О погребении и похоронном деле» и законом Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» в части уточнения условий проведения вскрытий, посмертного забора органов или тканей, что позволит сохранить патологоанатомическую службу и послужит дальнейшему развитию трансплантологии.

Во-третьих, развитие законодательства в сфере охраны здоровья является слияние его с законодательством, обеспечивающим социальную защиту населения с формированием единого социального законодательства.

В современном международном праве наблюдается комплексный подход к обеспечению полноценной жизнедеятельности людей, который проявляется, в том числе, во включении права на охрану здоровья в единую систему социальных прав.

В ч. 1. ст. 39 Конституции РФ указано, что каждому гарантируется социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца, для воспитания детей и в иных случаях, установленных законом.

Таким образом, согласно Конституции РФ, охрана здоровья является неотъемлемой частью социальной политики, тесным образом связанной с единым комплексом социального обеспе-

чения населения, что указывает на вхождение права на охрану здоровья в систему социальных прав.

Конституционная нормативная линия получила развитие и в других законодательных актах, и в решениях органов государственной власти. В частности, в соответствии с принятой в 2000 г. Частью второй Налогового кодекса РФ установлен единый социальный налог (взносы), зачисляемый в государственные внебюджетные фонды (Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ и фонды обязательного медицинского страхования РФ), консолидировавший страховые взносы по разным отраслям социального страхования, включая медицинское. Целью данной реформы была мобилизация средств для реализации прав граждан на социальное обеспечение. Объединение двух существовавших ранее отдельно министерств – Министерства здравоохранения и Министерства труда и социального развития – в единое Министерство здравоохранения и социального развития, на практике подтверждает идею единства целей этих двух направлений социальной защиты населения.

Являясь подотраслью социального права, правовое обеспечение охраны здоровья населения осуществляет непосредственное взаимодействие с другими сферами социально-правового регулирования.

В первую очередь на состояние здоровья населения активно воздействует формирующееся правовое пространство, регулируемое законодательством о социальном обеспечении.

Все девять основных социальных рисков, с целью покрытия которых создавалась система социального обеспечения в той или иной степени связаны со здоровьем. Из девяти отраслей социального обеспечения (Конвенция № 102 Международной организации труда), которые охватывают собой все стандартные риски, при





наступлении которых работники не могли обеспечить себя и членов своих семей, пять напрямую связано с оказанием медицинской помощи. Это потребность в медицинском обслуживании, потеря трудоспособности вследствие болезни, производственной травмы, уходу за детьми и материнству, инвалидности. В случае пенсий по старости и потери кормильца, семейных пособий и пособий по безработице существует косвенная связь, так как эти выплаты направлены на обеспечение надлежащего питания и поддержания состояния здоровья получателей.

Очевидно, что повышение уровня социальной поддержки населения будет оказывать весьма позитивное влияние на улучшение здоровья нации. Это является дополнительным аргументом не только близости правового регулирования охраны здоровья и социального обеспечения населения, но и объединения их в единую правовую отрасль.

Большое влияние на систему охраны здоровья населения оказывает медико-социальное законодательство, осуществляющее правовое регулирование вопросов здравоохранения как социальных институтов.

Создание в начале 90-х годов новой для России отрасли социального страхования – обязательного медицинского страхования – явилось элементом строительства современной системы социальной защиты, основанной на международном опыте и международных правовых нормах. Доступ к медицинскому обслуживанию рассматривается как социальная проблема, гарантия доступа к медицинской помощи в зависимости от потребности и независимо от способности нуждающегося в ней лица финансировать эту помощь одна из целей социального страхования.

К вопросам, регулируемым медико-социальным законодательством, можно отнести защиту прав пациентов, защиту прав и обеспече-

ние профессиональной деятельности медицинских работников, установление причин и групп инвалидности и временной нетрудоспособности, медико-социальную защиту инвалидов.

Таким образом, законодательство об охране здоровья граждан неразрывно связано с законодательством о социальном обеспечении и медико-социальным законодательством и является неотъемлемой частью правовой системы Российской Федерации. Перспективным является формирование единого социального законодательства в рамках самостоятельной правовой отрасли – социального права, направленной на обеспечение государством наиболее полноценной физической и духовной жизни своих граждан. Это особенно актуально в современных условиях, когда происходящие изменения в демографической ситуации и рост социально значимой патологии свидетельствует о необходимости усиления социальной ориентации государственной политики, в том числе через законодательный компонент.

Таковы, на наш взгляд основные направления развития законодательства в сфере охраны здоровья на ближайшие годы. Но в каком бы направлении не развивалось нормотворчество, при формировании законодательства в столь важной сфере необходимо соблюдать следующие принципы:

- ♦ защита прав человека и гражданина в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- ♦ приоритет профилактических мер в сфере охраны здоровья граждан;
- ♦ доступность медико-социальной помощи населению;
- ♦ ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.



А.С.ЯМЩИКОВ,

заместитель начальника по экономическим и финансовым вопросам

И.Г.ПОПЕНКО,

заведующая экономическим отделом,

Главное управление здравоохранения администрации г.Красноярска

СИСТЕМНЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

На современном этапе, несмотря на наличие обозначенных Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации приоритетных направлений федеральной политики в сфере здравоохранения, в большинстве регионов отсутствует не только стратегия, но и сколько-нибудь четкое понимание системных проблем в отрасли. Необходимо говорить, что причиной такого состояния является отчасти и несовершенство федерального законодательства в области охраны здоровья, медицинского страхования, последние тенденции в области бюджетной политики. Стремления региональных органов управления здравоохранением чаще всего тяготеют либо к административным методам влияния на систему, либо к самоустранению от управления процессами, порой разрушительных, происходящих в ней. При этом очень редко прибегают к анализу научных подходов, использованию принципов доказательной медицины, позволяющих выявить влияние рыночных, квази-рыночных и других условий функционирования системы на комплексную эффективность происходящих в ней процессов.

Прежде всего необходимо обозначить основной принцип, который должен быть заложен в основу любого стратегического направления развития здравоохранения. Заключается он в балансе

интересов государства, общества и личности. Однако анализ современных исследований отечественных ученых в области определения национальных интересов показывает, что часто за основу по образцу западных научных школ берутся цели, достижение которых возможно только при наличии мощного экономического базиса. В России на современном этапе развития подобные цели практически недостижимы и их постановка сейчас только дезориентирует общество и приводит к неправильному формированию государственной экономической политики и соответственно политики в сфере охраны здоровья граждан. Ярким проявлением такого подхода является несоответствие федеральной, а следовательно, территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью и их финансового наполнения. Следствием этого является разнонаправленная тенденция выражения индивидуальных, общественных и государственных интересов. Индивидуальные интересы: интересы врача, платежеспособного пациента, сегодня не способствуют реализации государственных, что делает невозможным удовлетворение интересов общества в целом. Широкомасштабное замещение государственных расходов частными приводит к неэффективному использованию всех ресурсов системы.

© А.С.Ямщиков, И.Г.Попенко, 2004 г.





Проблемы эффективности в здравоохранении понимаются постоянно. Для системного анализа, который позволит подвести научный фундамент под практику управления региональным, муниципальным здравоохранением, целесообразно, на наш взгляд, выделить уже существующие подходы к оценке эффективности в здравоохранении.

С позиций комплексного подхода к оценке эффективности наиболее приемлемыми, по-нашему, являются понятия локальной и структурной эффективности. Локальная (внутренняя) эффективность определяется как эффективность на микроуровне, минимальное использование финансовых ресурсов в конкретном медицинском учреждении при обеспечении производства требуемого объема услуг установленного качества. Структурная эффективность характеризует результаты использования ресурсов в системе здравоохранения в целом. Различные экономисты вкладывают в данные понятия разную специфику, однако, при этом часто упускают базовую предпосылку системного характера. Поэтому, развивая эти понятия, необходимо установить, что локальная и структурная эффективность имеют одну природу. Помимо наличия между ними противоречия, нельзя говорить о достижении структурной эффективности без наличия локальной, и наоборот, невозможно в здравоохранении с позиций системного управления обеспечить эффективность функционирования каждого отдельного медицинского учреждения без целенаправленных действий государства по планированию развития и функционирования системы.

Достижение баланса интересов обеспечивает минимизацию противоречия между структурной и локальной эффективностью. Такое состояние предлагается характеризовать понятием системная эффективность. При этом суть этого понятия будет предполагать не только структурную и локальную эффективность, а совокупность всех характеристик эффективности системы на всех ее уровнях. При этом содержание локальной и структурной эффек-

тивности должно быть значительно расширено. Здесь необходимо учитывать оптимальное сочетание клинической и экономической эффективности, границу производственных возможностей системы, внешние эффекты и т.п.

Таким образом, понятие «системная эффективность в здравоохранении» можно сформулировать как «совокупность характеристик общественной системы охраны здоровья, описывающих результат управления в ней, который проявляется в экономическом росте».

Цели социально-экономического развития формируются в конкретный исторический период и не являются постоянными. На базе поставленных целей с учетом экономико-географических, социально-экономических, политических и других факторов формируются общественные интересы, в том числе в сфере охраны здоровья. Следовательно, состояние равновесия в системе на каждом этапе обладает различными качественными характеристиками.

Если события 85-летней давности предопределяли в качестве приоритета борьбу с инфекциями, то уже в 1922 году Нарком здравоохранения Н.А. Семашко обозначил необходимость в развитии санитарного дела, охране почвы, воды и воздуха, охране труда, усилении санитарного надзора [1]. Сегодня произошло осознание влияния глобальных тенденций в экономике, демографии, экологии, информатизации и т.д. на процессы, происходящие в здравоохранении страны, региона и города.

Таким образом, воздействия на систему могут быть как внутренними, так и внешними, системными и факторными и т.д. Следовательно, возникает необходимость в определении параметров различных состояний системы на основе синтеза объективных законов развития экономики и общества и конкретных, соответствующих современному этапу социально-экономического развития общественных интересов. Только тогда появится возможность определить показатели, которые могли бы служить



индикаторами процессов, представляющих эффективность или угрозу в системе.

Анализируя состояние системы охраны здоровья в России, большинстве ее регионах, вряд ли можно говорить об эффективном, долгосрочном и устойчивом развитии. Скорее речь вести можно о безопасном состоянии, при котором относительный баланс интересов исключает наличие деструктивных процессов в системе и создает условия для рационального в данных условиях использования ресурсов в системе. Иными словами, безопасное состояние здравоохранения, соответствующее современному этапу социально-экономического развития, можно определить как гомеостатическое равновесное состояние системы с постоянно меняющейся внешней средой, при котором соблюдается баланс интересов, обеспечивающих оптимальный уровень потребления и инвестирования.

Уровень потребления в современных условиях должен быть максимально (в пределах безопасного значения) снижен, что позволит приблизиться к безопасному уровню инвестиций. Так, в г.Красноярске износ медико-технологического оборудования в отрасли составляет 80%, в том числе автотранспорт – 85%, износ зданий – 60%, что требует значительных капитальных затрат. Только для того, чтобы осуществить замену запрещенного к эксплуатации оборудования, произвести капитальный ремонт зданий, находящихся в аварийном и предаварийном состоянии в городе, необходимо 90 млн.руб. Обновление основных фондов в соответствии с лицензионными требованиями требует затрат порядка 300 млн.руб., что составляет 18% от консолидированного исполненного бюджета отрасли. Фактически сложившаяся доля инвестиций в общем объеме составляет 5%. В целом по Красноярскому краю при еще более удручающем состоянии материально-технической базы доля капитальных вложений в отрасль составляет 2%. Очевидно, что о безопасном состоянии системы здравоохранения в данном случае говорить нельзя.

Последствия такого состояния достаточно предсказуемы – это выход из строя оборудования, рост кредиторской задолженности, лишение медицинских учреждений лицензий и т.д. Для обеспечения планомерного обновления основных фондов, при их износе в среднем 70%, придерживаясь при этом приоритетов, обозначенных Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, оптимальным с позиций безопасности соотношением потребления и инвестирования является соотношение 70 и 30%, соответственно. Однако, учитывая необходимость удерживания уровня потребления не ниже минимально допустимого, такое соотношение требует дополнительных вливаний в сферу здравоохранения не менее 40%. При существующем финансовом обеспечении отрасли пороговое значение инвестиций составляет 20% при условии направления их исключительно в развитие ресурсосберегающих технологий.

Выделяя государственную региональную систему здравоохранения из общественной системы охраны здоровья, которая представляет собой сложную, открытую, вероятностную динамическую систему, необходимо определять внешние факторы, во-первых, с целью выяснения их влияния на внутренние факторы; во-вторых, определения взаимосвязи всего комплекса внешних и внутренних факторов.

При определенных условиях открытая система может достигать состояния подвижного равновесия. Специфика государственного здравоохранения заставляет вносить некоторые корректировки в понимание равновесия в данной системе. Исходя из тезиса о том, что высшим критерием эффективности в здравоохранении является социальный результат, характеризующий степень удовлетворения потребностей населения в здоровье, нельзя говорить о равновесии, соответствующем полному удовлетворению данных потребностей. Потребности здравоохранения практически полностью измеримы,





причем они возрастают столь же быстро или даже еще быстрее, чем предоставляемые в распоряжение здравоохранения ресурсы. Во всяком случае они возрастают значительно быстрее, чем национальный доход.[2] Возрастающие финансовые влияния в здравоохранение вступают в противоречие с другими областями социальной сферы: образованием, культурой, жилищно-коммунальным хозяйством, транспортом и т.д. Более того, внутри социального сектора ресурсы необходимо распределять между пенсиями, пособиями, выплатами, здравоохранением, что вынуждает делать выбор, который становится все более затруднительным. И, наконец, внутри самого сектора здравоохранения имеется множество приоритетов и потребностей, которые не могут быть все сразу удовлетворены.

При этом, отдавая предпочтение одним, приходится жертвовать другими. Эта необходимость выбора предоставляет широкое поле деятельности для руководящих органов здравоохранения, ответственных за принятие решений в области социальной политики. Организация здравоохранения создает все больше и больше проблем выбора (профилактика – лечение, дорогостоящие технологии – широкая доступность медицинской помощи и т.д.). Вместе с тем при отсутствии рациональных критериев выбора часто возникает соблазн укрыться за их неопределенностью и требовать у государства и общества все больше и больше ассигнований на здравоохранение, гораздо больше, чем они могут дать, ошибочно при этом полагая, что увеличение инвестиций в здравоохранение приведет к улучшению состояния здоровья населения. Однако даже в этом случае неизбежно возникают альтернативы выбора под давлением определенных групп населения [2].

Таким образом, равновесное состояние в сфере спроса и предложения в государственной системе здравоохранения на современном этапе, на наш взгляд, можно определить как полное обеспечение государством (бесплатность, доступность, ка-

чество) провозглашенных гарантий в сфере государственного здравоохранения. В системе платной медицины равновесие будет достигнуто при удовлетворении платежеспособного спроса на медицинские услуги, с учетом государственного влияния в этой сфере. Исходя из необходимости достижения такого состояния, должны формулироваться приоритеты развития отрасли, разрабатываться экономические, организационные и правовые механизмы реализации этих приоритетов. Система контроля должна включать в себя качественный мониторинг всего спектра показателей системной эффективности.

Не распыляясь на анализ всего комплекса обозначенных проблем и вариантов их решения, в рамках данной статьи предложено видение практической реализации механизма управления структурной и локальной эффективностью.

В основу механизма управления локальной эффективностью должна быть положена действенная контрактная система руководителей учреждений здравоохранения. Такая система должна предусматривать стимулирование и ответственность главных врачей за достижение вполне конкретных (медицинских и экономических) показателей деятельности (например, достижение определенного значения показателя «младенческая смертность», «хирургическая активность», средняя длительность госпитализации, структура стоимости пролеченного больного, остаток средств на счету и т.п.). Общая система показателей разрабатывается для всей сети и в соответствии с ней принимаются наборы показателей эффективной работы для каждого конкретного учреждения, которые будут закреплены в контрактах с руководителями. Система показателей корректируется ежегодно с учетом особенностей развития отрасли на современном этапе и опираясь на основные тенденции в динамике показателей, характеризующих состояние здоровья населения и деятельность системы здравоохранения. Система мониторинга позволит управлять



структурной эффективностью, производить текущий контроль, формировать рейтинги медицинских учреждений.

Одним из условий достижения системной эффективности является кардинальная смена существующих принципов оплаты медицинской помощи, включающая экономические рычаги. Контрактная система найма руководителей учреждений здравоохранения позволит мобилизовать административный ресурс. На наш взгляд, именно такой подход в настоящее время создаст условия для эффективного функционирования как конкретного медицинского учреждения, так и всей системы.

Очевидна необходимость управленческого инструмента, позволяющего оценивать состояние отрасли и эффективность ее функционирования по разработанным критериям с учетом влияния внешних факторов, необходимости учета региональных особенностей в нормировании ресурсов и планировании затрат в условиях недостатка средств.

Существующие способы оценки эффективности несут чисто отраслевой характер и не позволяют:

- ♦ дать объективную оценку состояния отрасли «Здравоохранение» и эффективности ее функционирования в любой момент времени, а также обоснованную оценку принимаемых региональных программ с точки зрения их влияния на положение дел в отрасли;
- ♦ прогнозировать состояние отрасли «Здравоохранение» в будущем при выборе тех или иных альтернативных путей развития;
- ♦ выявлять конкретные «точки неэффективности» в работе как отдельного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), отделения, так и профильной службы отрасли;
- ♦ оценить влияние внешних факторов.

Поэтому становится актуальным создание специализированного инструментария, который позволил бы руководству отрасли «Здравоохранение» оперативно получать требуемую информа-

цию для принятия обоснованных решений как в тактическом, так и в стратегическом планах. Основой подхода к решению проблемы является рассмотрение отрасли «Здравоохранение» как открытой системы. Очевидно, что без учета влияния факторов, внешних по отношению к отрасли, получить объективную оценку ее состояния невозможно. Таким образом, должно быть учтено влияние экономических, социальных, экологических и других факторов на функционирование отрасли «Здравоохранение».

При рассмотрении систем, являющихся внешними по отношению к отрасли «Здравоохранение», должны быть учтены как вертикальная, так и горизонтальная структуры. В первом случае речь идет о вертикали: федеральный уровень управления – региональное управление здравоохранением – муниципальное управление здравоохранением. Во втором случае подразумевается функционирование отрасли «Здравоохранение» в окружении других отраслей на одном уровне иерархии управления. В настоящее время в главном управлении здравоохранения администрации г.Красноярска ведется работа по созданию системы мониторинга, которая предназначена для выполнения указанной задачи. В данной работе важная роль отводится применению экономико-математических методов, в частности, метода Data Envelopment Analysis (DEA) [3]. В настоящее время общепринятого русского эквивалента английскому термину нет. Предлагается следующий вариант – «анализ среды функционирования».

Рассмотрим суть метода DEA на примере лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Пусть имеются данные для K входных параметров и M выходных параметров для каждого из N ЛПУ. Для i -го ЛПУ они представлены вектор-столбцами x_i и y_i , соответственно. Тогда матрица X размерности $K \times N$ представляет матрицу входных параметров для всех N ЛПУ, а матрица Y размерности $M \times N$ представляет матрицу выходных парамет-





ров для всех N ЛПУ. Можно прийти к задаче математического программирования и, используя теорию двойственности, сформулировать ее в такой форме [3]:

$$\begin{aligned} \min_{\theta, \lambda} & \theta, \\ & -y_i + Y\lambda \geq 0, \\ & \theta x_i - X\lambda \geq 0, \\ & \lambda \geq 0, \end{aligned} \quad (1)$$

где θ – скаляр, а λ является вектором констант размерности $N \times 1$. Значение θ , полученное при решении задачи, и будет мерой эффективности i -го ЛПУ. При этом эффективность не может превышать единицы. Важно помнить, что аналогичная задача решается N раз, то есть для каждого ЛПУ.

Те ЛПУ, для которых значение показателя эффективности оказалось равным единице, находятся на так называемой границе эффективности. В результате может быть сформирована кусочно-линейная граница эффективности.

Точки, соответствующие тем ЛПУ, у которых показатель эффективности оказался меньше единицы, можно спроектировать на границу эффективности таким образом, что каждая из этих точек будет равна линейной комбинации $X\lambda$, $Y\lambda$, где λ является весовым коэффициентом для тех ЛПУ, которые входят в эту линейную комбинацию с ненулевыми весовыми коэффициентами. В результате для неэффективных ЛПУ могут быть установлены цели, которые заключаются в пропорциональном сокращении их входных факторов на величину q при сохранении выходных значений на прежнем уровне. Чем ближе данная точка к границе эффективности, тем выше ее мера эффективности [3].

Приведенная модель называется моделью, ориентированной на вход и принимающей наличие постоянного эффекта масштаба. Для того, чтобы учесть возможность переменного эффекта масштаба,

нужно в данную модель ввести еще одно ограничение:

$$\sum \lambda = 1 \quad (2)$$

Метод DEA имеет ряд привлекательных свойств, а именно:

- ♦ позволяет вычислить один агрегированный показатель для каждого ЛПУ в терминах использования входных факторов (независимые переменные) для производства желаемых выходных продуктов (продукции) (зависимые переменные);
 - ♦ может одновременно обрабатывать много входов и много выходов, каждый при этом может измеряться в различных единицах измерения;
 - ♦ позволяет учитывать внешние по отношению к рассматриваемой системе переменные (факторы окружающей среды);
 - ♦ не требует априорного указания весовых коэффициентов для переменных, соответствующих входным и выходным параметрам при решении задачи оптимизации;
 - ♦ не налагает никаких ограничений на функциональную форму зависимости между входами и выходами;
 - ♦ при необходимости позволяет учесть предпочтения менеджеров, касающиеся важности тех или иных входных или выходных переменных;
 - ♦ производит конкретные оценки желательных изменений во входах/выходах, которые позволили бы вывести неэффективные ЛПУ на границу эффективности;
 - ♦ множество точек, соответствующих эффективным ЛПУ, является оптимальным по Парето;
 - ♦ концентрируется на выявлении примеров так называемой лучшей практики (best practice), а не на каких-либо усредненных тенденциях [4].
- При решении конкретных задач предполагается применять целый комплекс методов: метод наблюдения макроэкономических показателей и сравнение их с пороговыми значениями, системный анализ, логико-аналитический метод, метод



дискриминантного анализа, метод экспертных оценок, метод, построенный на основе принципов размытой обучаемой классификации, метод многомерного статистического анализа и другие методы.

При использовании статистических данных за несколько лет появляется возможность проследить перемещение границы эффективности во времени. На основании направления этих перемещений можно определить, имеет ли место прогресс в отрасли или же регресс. Данный метод также позволяет определить, за счет чего достигнут прогресс: за счет улучшения управления, за счет приведения масштаба ЛПУ к оптимальному либо за счет изменения технологии (например, внедрения нового оборудования). Кроме того, можно определить так называемую распределительную эффективность, то есть эффективность использования ресурсов, если известны их стоимости.

Авторами был выполнен первый этап оценки эффективности функционирования ЛПУ г. Красноярска, на котором для анализа были выбраны более двадцати ЛПУ общего профиля. Была проведена оценка эффективности использования больничных коек и эффективности работы персонала. Для анализа первого показателя были выбраны такие входные переменные: общее число пролеченных больных, количество коек в ЛПУ, затраты (зарплата, начисления на зарплату, затраты на питание и медикаменты на одного пролеченного и др.). В качестве выходных переменных были взяты количество пролеченных больных и средняя длительность лечения. После проведения расчетов по модели были получены значения интегрального показателя эффективности использования коечного фонда в различных ЛПУ г. Красноярска.

При оценке эффективности работы персонала ЛПУ в качестве входных переменных были взяты такие, как количество врачей, количество среднего медицинского персонала, количество млад-

шего медицинского персонала и количество прочего персонала, а в качестве выходных переменных – такие, как общее число пролеченных больных и количество коек в ЛПУ.

Затем те же модели были применены на уровне отделений ЛПУ. Было выявлено, что в тех ЛПУ, которые в целом показали себя эффективными, неоднократно встречались неэффективные отделения. Имела место и обратная картина: эффективные отделения в неэффективных ЛПУ.

Конечно, трудно в рамках одной статьи дать подробное описание результатов применения метода Data Envelopment Analysis в системе здравоохранения г. Красноярска, однако попытаемся интерпретировать основные результаты на примере детских стационаров города.

В нашей работе мы применяем два метода:

1. Метод, ориентированный на снижение издержек, при неизменных выходных параметрах.
2. Метод, ориентированный главным образом на изменение количества пролеченных больных при неизменном количестве коек.

Рассмотрим метод, ориентированный на снижение издержек, при неизменных выходных параметрах. Заметим, что метод учитывает эффект масштаба. Для наглядности возьмем для примера четыре отделения городских детских больниц. При проведении расчетов, учитывая, что параметры смягчены, мы получили следующую картину (см. табл. 1).

Со 100%-ной эффективностью сработало МУЗ «Городская детская больница № 4» – отделение отоларингологии. В данном учреждении оптимальное количество коек, оптимальный объем затрат на обеспечение лечебного процесса для лечения данного количества больных при фактически сложившейся средней длительности лечения.

В МУЗ «Городская детская больница № 1» – отделение неврологии эффективность близка к единице. Проведенный анализ показал, что с це-





Пример расчета показателя эффективности использования коечного фонда при неизменных показателях средней длительности лечения и количества пролеченных

№ п/п	Заданные параметры	Имеющиеся данные	Прогнозируемые данные	Отклонение	%
1	МУЗ «Городская детская больница № 1» —отделение гастроэнтерологии (детство)				
	Показатель эффективности использования коечного фонда	0,878049	1,0	0,121951	-
	Количество коек, шт.	35	30,73171	-4,26829	-12,20%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	1612935	1340702	-272233	-16,88%
	Средняя длительность лечения, дней	15	15	0	0,00%
	Число пролеченных больных	0,9	0,9	0	0,00%
2	МУЗ «Городская детская больница № 1» —отделение неврологии (детство)				
	Показатель эффективности использования коечного фонда	0,98645	1,0	0,01355	-
	Количество коек, шт.	30	29,5935	-0,4065	-1,36%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	1968326	1224759	-743567	-37,78%
	Средняя длительность лечения, дней	19,5	19,5	0	0,00%
	Число пролеченных больных	0,6	0,6	0	0,00%
3	МУЗ «Городская детская больница № 7» —отделение оториноларингологии (детство)				
	Показатель эффективности использования коечного фонда	1,0	1,0	0	-
	Количество коек, шт.	90	90	0	0,00%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	3641102	3641102	0	0,00%
	Средняя длительность лечения, дней	8,9	8,9	0	0,00%
	Число пролеченных больных	3,7	3,7	0	0,00%
4	МУЗ «Городская детская больница № 8» —отделение гастроэнтерологии (детство)				
	Показатель эффективности использования коечного фонда	0,890696	1,0	0,109304	-
	Количество коек, шт.	30	26,72087	-3,27913	-10,93%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	1384783	1181963	-202820	-14,65%
	Средняя длительность лечения, дней	15,6	15,6	0	0,00%
	Число пролеченных больных	0,7	0,7	0	0,00%

В МУЗ «Городская детская больница №1» – отделение неврологии и в МУЗ «Городская детская больница № 8» – отделение гастроэнтерологии эффективность использования коечного фонда близка к 0,9, но для достижения зафиксированных показателей количества пролеченных

Рассмотрим метод, ориентированный на изменение количества пролеченных больных при неизменном количестве коек (табл.2).

С коэффициентом эффективности, равным единице, выполнили работу те же отделения, тех же муниципальных учреждений здравоохранения, в частности, МУЗ «Городская детская больница № 4» – отделение отоларингологии, МУЗ «Городская детская больница № 1» – гастроэнтерологическое отделение. При предложенном входном параметре – количество коек мы полу-



чаем следующие результаты: отделение работает с эффективностью 0,91. При этом предлагается для достижения 100%-ной экономической эффективности снизить затраты на 8,6%, среднюю длительность лечения и количество пролеченных больных увеличить на 10%.

МУЗ «Городская детская больница № 1» – отделение неврология. Неврологическое отделение работает с общей эффективностью, близкой к 1,0, в связи с оптимальным количеством коек, пролеченных больных и средней длительностью лечения. Но ситуация повторяется и для достижения коэффициента экономической эффективности, равного 1, предлагается использовать имеющийся потенциал в структуре расходов отделения на 37,17%.

В МУЗ «Городская детская больница № 8» – отделение гастроэнтерологии эффективность использования коечного фонда – 0,92. Для достижения коэффициента эффективности, равного 1, предлагается снизить затраты на 7,5% и увеличить количество пролеченных больных и среднюю длительность лечения на 8,6%. Используя результаты проведенного анализа в комплексе с итогами проведенных целенаправленных исследований в области организации лечебного процесса в службе детства и родовспоможения, его технологического обеспечения, в г.Красноярске был разработан и реализован целый комплекс проектов, включающий в себя реорганизацию акушерской службы, создание центров пренатальной диагностики, отделений реанимации ново-

Таблица 2

Пример расчета показателя эффективности использования коечного фонда при неизменном количестве коек

№ п/п	Заданные параметры	Имеющиеся данные	Прогнозируемые данные	Отклонение	%
МУЗ «Городская детская больница № 1» – отделение гастроэнтерологии (детство)					
1	Показатель эффективности использования коечного фонда	0,907814	1,0	0,092186	-
	Количество коек, шт.	35	35	0	0,00%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	1612935	1474234	-138700	-8,60%
	Средняя длительность лечения, дней	15	16,52321	1,523211	10,15%
	Число пролеченных больных	0,9	0,991393	0,091393	10,15%
МУЗ «Городская детская больница № 1» – отделение неврологии (детство)					
2	Показатель эффективности использования коечного фонда	0,990157	1,0	0,009843	-
	Количество коек, шт.	30	30	0	0,00%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	1968326	1236678	-731648	-37,17%
	Средняя длительность лечения, дней	19,5	19,69384	0,193837	0,99%
	Число пролеченных больных	0,6	0,605964	0,005964	0,99%
МУЗ «Городская детская больница № 4» – отделение оториноларингологии (детство)					
3	Показатель эффективности использования коечного фонда	1,0	1,0	0	-
	Количество коек, шт.	90	90	0	0,00%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	3641102	3641102	0	0,00%
	Средняя длительность лечения, дней	8,9	8,9	0	0,00%
	Число пролеченных больных	3,7	3,7	0	0,00%
МУЗ «Городская детская больница № 8» – отделение гастроэнтерологии (детство)					
4	Показатель эффективности использования коечного фонда	0,920604	1,0	0,079396	-
	Количество коек, шт.	30	30	0	0,00%
	Затраты (110100+110200+110320+110330+110340), руб.	1384783	1281681	-103102	-7,45%
	Средняя длительность лечения, дней	15,6	16,9454	1,345403	8,62%
	Число пролеченных больных	0,7	0,760371	0,060371	8,62%

Таким образом, первый опыт использования метода Data Envelopment Analysis в системе здравоохранения г. Красноярска можно считать положительным.



1. Мирский М.Б. Главный доктор республики//Экономика здравоохранения. – 2002. – № 12. – С. 8–12.
2. Степанов В.Е. Финченко Е.И. Некоторые аспекты роста расходов на здравоохранение и обязательное медицинское страхование//Экономика здравоохранения. – 2001. – № 4 – С. 22–24.
3. Coelli T., Prasada Rao D.S., Battese G.E. An introduction to efficiency and productivity analysis. – Boston: Kluwer Academic Publishers, 1998. – P.58–67.
4. Charnes A., Cooper W.W., Lewin A.Y., Seiford L.M. Data envelopment analysis: theory, methodology, and application. – Boston: Kluwer Academic Publishers, 1994. – P.114–247.



И.А.ТОГУНОВ,

д.м.н., профессор Владимирского государственного университета

КРИТЕРИЙ «ДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДСТВ» В СИСТЕМАХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В последние пятнадцать лет сфера функционирования отечественной системы здравоохранения обуславливается:

социально-экономическими преобразованиями в России приведшими наряду с прочим к определенной разбалансированности народного хозяйства;

- ♦ крайне устаревшей и несовершенной ресурсной базой здравоохранения, не отвечающей требованиям и задачам современности;

- ♦ наличием управленческих кадров, традиционно ориентированных со времен социалистического ведения хозяйства на плановое количественное наращивание мощностей и потенциала лечебно-профилактических учреждений;

- ♦ методами и формами управленческих решений, в определенной степени соотнесенными с реальным кризисным состоянием системы здравоохранения.

Следует признать, что сегодняшнее материально-кадровое и экономическое состояние лечебно-профилактических учреждений в Российской Федерации не позволяет в целом обуславливать развитие системы здравоохранения **по экстенсивному принципу**. Это относится как к отдельно взятым медицинским учреждениям на муниципальном уровне, так и системы здравоохранения в целом.

Одним из основных аргументов критиков благополучного состояния отечественного здравоохранения является тезис о недостаточном финансировании медицины.

Было бы опрометчиво утверждать, что обосновано достаточное количество финансовых средств в здравоохранении обязательно повысит качество медицинской помощи.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) World Health Organization на 2001 год (более свежие сравнительные данные недоступны), общая сумма медицинских расходов на душу населения в США составила \$4 887 в год. По этим показателям на втором месте в мире, после США, со значительным отставанием идет Норвегия – \$2920. На третьем – Германия: \$2 820. Для России этот показатель составляет \$454, для Беларуси – \$464, для Грузии – \$108, для Латвии – \$509, для Литвы – \$478, для Украины – \$176, для Эстонии – \$562. Для сравнения: Франция \$2567, Израиль – \$1839, Польша – \$629, Китай – \$224 [1].

И тем не менее, как бы не разнились уровни финансирования национальных систем здравоохранения, исследования позволяет выявить общую проблемную закономерность, выражающуюся, во-первых, в определенном недовольстве населения системой здравоохранения своей стра-





ны, во-вторых, признанием **нехватки финансовых средств**, выделяемых обществом на здравоохранение своей страны.

Бурное развитие научно-технического прогресса, активное внедрение в медицину современного дорогостоящего медицинского оборудования и предметов медицинского назначения, высоко затратные методов и средства диагностики и лечения, повышение качества медицинской помощи – день ото дня приводит к постоянному удорожанию медицинских услуг. Естественное желание медицинских работников к повышению своего благосостояния, также ведет к определенному повышению цены медицинских услуг особенно в частных практиках.

Финансовые средства не гарантируют успеха в идеальной организации системы здравоохранения. Исследования ВОЗ показывают, что качество медицинской помощи не всегда зависит от размеров страны, численности населения и состояния экономики. Не существует некой универсальной модели организации здравоохранения, которая может принести успех и процветание всем государствам.

Вместе с тем нехватка средств на медицинские расходы в разных странах обусловлена различными причинами.

Так в странах с преобладанием государственной системой здравоохранения подобный дефицит объясняется либо состоянием экономики, либо отсутствием приоритетности финансирования социальной сферы по сравнению с другими отраслями общественного устройства.

В государствах с медицинским страхованием, медико-социальным страхованием населения и особенно при частных формах медицинской помощи, уровень финансового насыщения системы здравоохранения устанавливается и регулируется рынком в соответствии с экономическими законами, учитывающими уровень экономики и маркетинговые отношения в сфере производства и

потребления медицинских услуг. Тем не менее, какие бы механизмы не обеспечивали установление и регулирование уровня финансовых средств в системе здравоохранения конкретного государства, уровень этот в конечном итоге соотносится с валовым национальным продуктом (ВНП) и находится в конкретном долевым соответствии с объемами финансирования иных сфер общества.

В авторитарных структурах государственно-го устройства такое соответствие устанавливается директивно, в либеральных – в основном в соответствии с объективными общественными и экономическими законами.

Поиск путей и механизмов дополнительных источников финансирования здравоохранения, помимо бюджетного, вызвали к жизни в России в 80–90-х годах прошлого века новые формы отношений медицинского работника и пациента, одними из которых явились новый хозяйственный механизм в здравоохранении и в последствии система обязательного медицинского страхования.

Предполагалось, что введение в России системы медицинского страхования населения станет предпосылкой для создания рынка медицинских услуг, что, в свою очередь, даст возможность субъектам медицинского страхования вступить между собой в договорные отношения, в основе которых лежит **принцип оплаты за медицинские услуги в зависимости от выполненных объемов и качества медицинской помощи**.

При этом предполагалось, что в медицинских учреждениях оплата труда медицинских работников в большей степени станет зависеть от количества предоставленных медицинских услуг, от качества выполненной работы. На практике оплата врачебного труда в определенной степени стала зависеть от чисто количественных показателей: числа врачебных амбулаторно-поликлинических посещений либо количества дней, прове-



денных пациентом в стационаре. «Руководители всех уровней ставят врачей в унизительное положение, при котором они всячески увеличивают количество этих самых посещений, чтобы больше заработать» [2].

Прогрессивное по своей сути осторожное движение в направлении либерализации отношений в здравоохранении, вместе с тем повсеместно на практике сохранило законодательно обусловленное действие положения, определяющее заработную плату врачебных кадров в соответствии с единой тарифной сеткой (ЕТС) оплаты труда.

Сегодня, как и в начале введения системы обязательного медицинского страхования, до реального становления рыночных отношений в здравоохранении России еще далеко. Довольно большое количество исследователей сходятся на том, что для создания полнокровного рынка медицинских услуг необходимо медицинским учреждениям получить право самостоятельно хозяйствующих субъектов, то есть быть собственником производимых ими медицинских услуг.

В отсутствии правовой неопределенности возможная определенная самостоятельность лечебно-профилактических учреждений, предоставление относительно свободного распоряжения руководством ЛПУ заработанных финансовых средств может привести к перераспределению долей средств в структуре тарифа медицинской услуги, а следовательно и постатейного расхода.

С большой долей вероятности можно предположить, что такое перераспределение средств будет произведено не в сторону статей, обеспечивающих диагностику и лечение больных, а пойдет на увеличение заработной платы самих медицинских работников. Такое предположение подтверждает проведенное частное исследование изменения доли средств ОМС на одного застрахованного жителя Владимирской области в 2000 и 2003 годах. Владимирский областной фонд обязательного медицинского страхования средства-

ми системы ОМС в структуре тарифа медицинских услуг финансирует пять статей:

- ♦ оплату труда работников лечебно-профилактического учреждения,
- ♦ начисления на заработную плату;
- ♦ расходы на медикаменты для лечения пациентов;
- ♦ расходы на питание пациентов в стационарах;
- ♦ расходы на мягкий инвентарь.

В 2000 году в системе ОМС Владимирской области израсходовано средства обязательного медицинского страхования на одного застрахованного жителя области в сумме – **249.36 руб.**

Доля средств, в структуре постатейного расхода, представлена следующим образом (рис. 1):

С 2000 по 2003 годы расход средства в системе ОМС Владимирской области на одного застрахованного жителя вырос в 2,8 раза – с 249.36 руб. до 704.46 руб.

Вместе с тем, оплата труда медицинских работников выросла в 3,8 раза, расходы на медикаменты только в 1,5 раза, расходы на питание в 2,1 раз, расходы на мягкий инвентарь в 2,1 раза.

Анализ показывает, что со значительным увеличением средств на расходы оплаты медицинских услуг за пролеченных застрахованных жителей Владимирской области, последние в структуре тарифа перераспределяются в сторону повышения вознаграждения медицинских работников в ущерб расходом на диагностику, медикаментозное лечение и питание больных.

Доля средств, в структуре постатейного расхода, в 2003 году по сравнению с 2000 годом представлена на рисунке 2.

В течение трех лет доля оплаты труда в структуре постатейного расхода претерпела изменения от 39,6% до 52,8%. Такое резкое увеличение заработной платы медицинских работников, несомненно обеспечено за счет сокращения доли



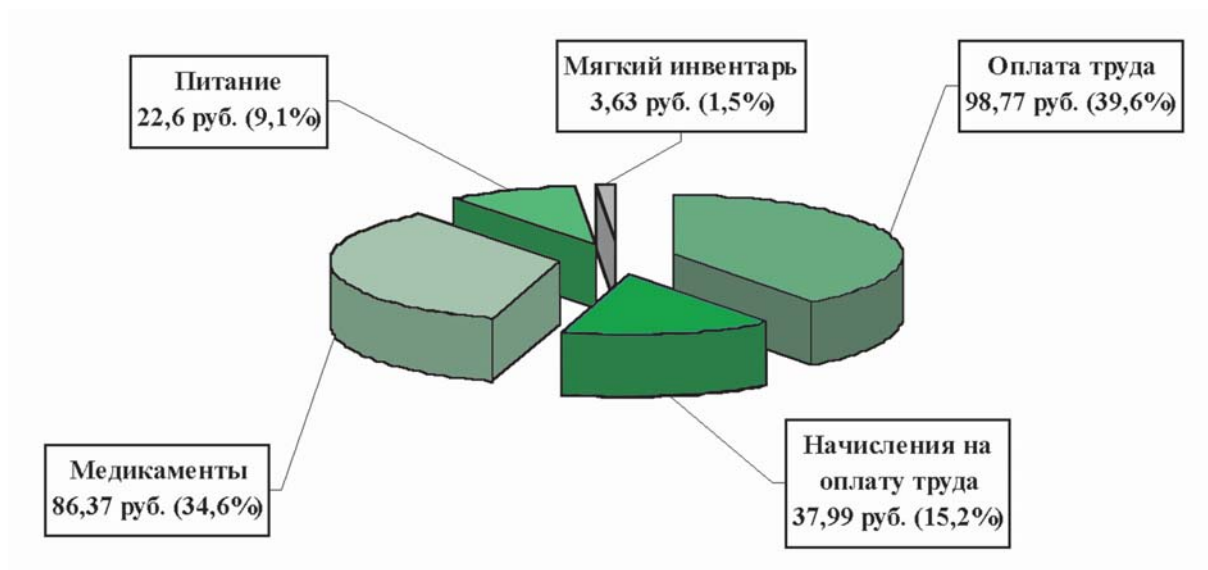


Рис. 1. Доля средств, в структуре постатейного расхода тарифа медицинских услуг в системе ОМС Владимирской области в 2000 году

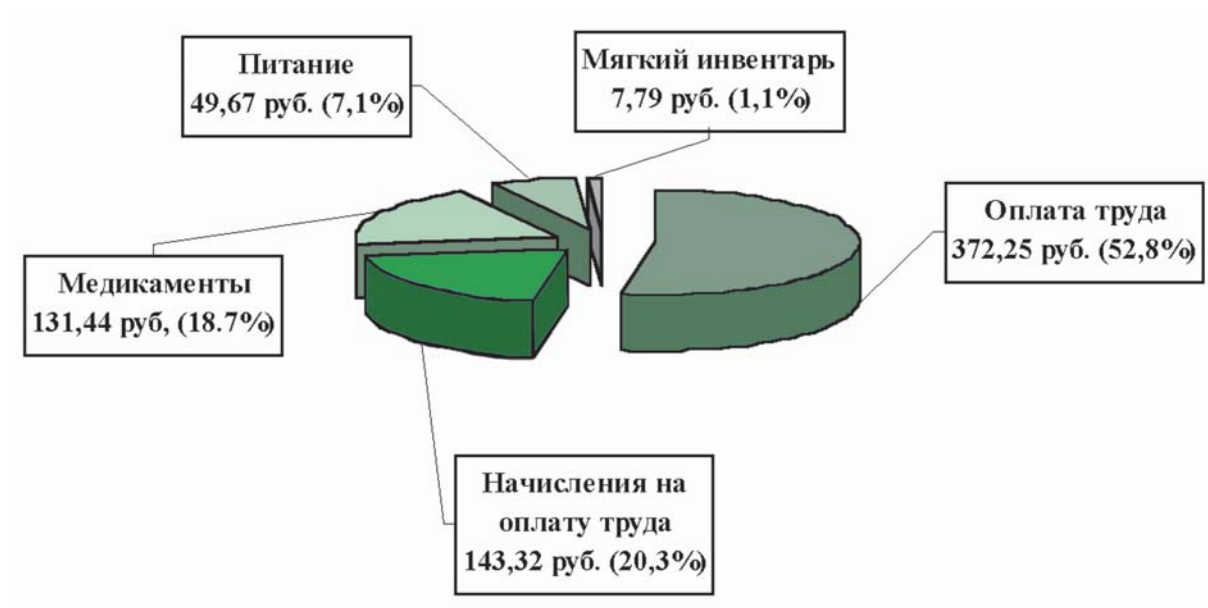


Рис.2. Доля средств, в структуре постатейного расхода тарифа медицинских услуг в системе ОМС Владимирской области в 2003 году



средств на медикаменты, питание и мягкий инвентарь пациентов.

Не смотря на абсолютное увеличение средств на постатейные расходы, доля расходов на мягкий инвентарь практически не претерпела изменений (1,1% против 1,5%), доля расходов на питание уменьшилась с 9,1% до 7,1%, а доля расходов на медикаменты (истинное лечение) резко сократилось – с 34,6% до 18,7%.

Исследование показало, что даже при наличии утвержденных «Методических рекомендаций по расчету тарифа на случай амбулаторно-поликлинического обслуживания в системе обязательного медицинского страхования» однозначного применения этих рекомендаций на практике не наблюдается.

Таким образом, экстраполируя результаты проведенного исследования на возможное изменение структуры тарифа медицинских услуг при дальнейших увеличивающихся объемов финансирования системы обязательного медицинского страхования, в условиях отсутствия научно-обоснованных и правовых форм установления оптимального уровня такого соотношения, неминуемо приведет к перераспределению средств в пользу медицинских работников, а не застрахованных пациентов.

С целью предотвращения профессионального лоббирования финансовых интересов медицин-

ских работников в лечебно-профилактических учреждениях, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования необходима выработка определенной системы сдерживания подобного возможного развития событий. К некоторым из таких направлений могут быть отнесены следующие мероприятия:

- ♦ научное обоснование структуры экономически оптимального постатейного распределения средств в тарифе медицинских услуг;

- ♦ обоснование дифференцирования постатейного распределения средств в тарифе медицинских услуг и проработка возможных механизмов регулирования этого научно установленно-го соответствия;

- ♦ выработка и практическая реализация форм и методов обеспечения установленного расчетного соответствия постатейного расходования средств на уровне конкретного ЛПУ;

- ♦ выработка и применение механизма определения (посредством контрольно-ревизионной деятельности) и восстановления (посредством досудебной и судебной практики) нецелевого расходования средств страхования, допущенных лечебно-профилактическими учреждениями.

В противном случае, сколько бы средств не было направлено в систему охраны общественного здоровья, в отечественном здравоохранении постоянно будет ощущаться их нехватка.



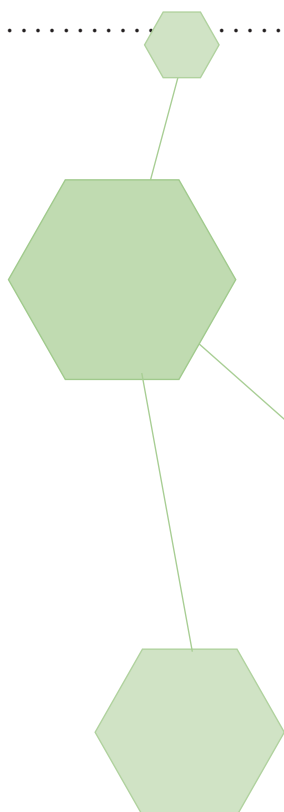
ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.charter97.org/rus/news/2004/01/16/glavnoe>
2. Массино В.Л. Поликлиника – не слабое звено// Медицинская газета №1. – 2004.



С.И.СТУПАКОВ,
НЦССХ им. А.Н.Бакулева, г.Москва

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ



Сердечно-сосудистая хирургия – относительно молодое и чрезвычайно ресурсоемкое научно-практическое направление в медицине и здравоохранении, для которого актуальным является разработка принципов организации процесса внедрения и оценки медицинских инноваций. Проведенный анализ литературы позволил выявить, что инновации, в отличие от новаций (изобретений), обладают экономической сущностью, предлагая потребителям новые выгоды. Оценка новых выгод при внедрении инноваций в медицине часто затруднена, выгоды для потребителей инноваций (пациента, общества в целом, медицинского учреждения, производителя) могут различаться. Высокотехнологичная медицинская инновационная деятельность не всегда приводит к экономической эффективности и часто обеспечивает лишь незначительный положительный клинический эффект.

Для оценки результатов инноваций в сердечно-сосудистой хирургии были использованы данные МЗ РФ и банка данных, созданного в НЦССХ им. А.Н.Бакулева. Изучение факторов, влияющих на распространение инноваций, основывалось на данных анкетирования врачей, аспирантов, ординаторов, руководителей медицинских учреждений; интервьюировании руководителей и научных сотрудников, занятых производством медицинской техники и экспериментальными исследованиями; нормативной базы медицинской инновационной деятельности в области сердечно-сосудистой хирургии.

© С.И.Ступаков, 2004 г.



Таблица 1

Динамика госпитальной летальности в отделениях с преимущественно традиционными технологиями лечения и отделениях, использующих преимущественно инновационные технологии

Показатель	Традиционные отделения	Вновь созданные отделения	Достоверность различий между отделениями
Госпитальная летальность 2000 г.	3,6 ± 1,5	10,7 ± 2,3	p = 0,001
Госпитальная летальность 2003 г.	3,0 ± 1,8 (p = 0,66)	9,0 ± 4,1 (p = 0,52)	p = 0,04

При анализе деятельности НЦССХ им. А.Н.Бакулева выявлено, что на базе федерального медицинского учреждения сформировалась практика реализации полноразмерных инновационных технологических циклов. В учреждении осуществляются как предшествующие этапы (фундаментальные, экспериментальные и прикладные научные исследования, научно-технические, конструкторские разработки), так и сама инновационная деятельность: технологическое освоение новых процессов-методик, производство «продуктов» (биоматериалов, полимеров, электронных устройств для имплантатов и т.д.), их модернизация, внедрение новшеств для удовлетворения рыночных потребностей в новых медицинских услугах, изменение первоначальной структуры производственной системы.

На основании комплексной оценки результатов инновационной медицинской деятельности были получены данные, которые согласуются с результатами зарубежных исследований: результаты инновационной деятельности в кардиохирургии зависят от опыта работы клиники с новыми технологиями и улучшаются по мере приобретения опыта.

Так, пациенты в 2003 г. имели более высокие шансы на успешное проведение лечения по сравнению с 2000 г., было зафиксировано достоверно меньшее число осложнений, снижение показателей смертности (госпитальная с 5,8 до 4,8%; $\chi^2 = 2,9$; $p > 0,05$; операционная с 6,4 до 5,4%); улучшились показатели работы клиники: снизилась продолжительность пребывания пациента в клинике (с 21,7 до 17,4 дня); в отделении реанимации (с 4,0 до 2,4 дня). Это позволило частично компенсировать возросшие связи с применением новых технологий издержки. Однако,

провести полный клинко-экономический анализ эффективности инновационной деятельности за изучаемый период было невозможно из-за инфляции и несопоставимости цен на момент начала исследования и его окончания.

В табл. 1 представлены сравнительные данные о летальности в отделениях, в которых большинство видов операций считаются «отработанными», и в отделениях, которые начали применять новые методики лечения для больных, которые ранее считались неоперабельными. Госпитальная летальность в отделениях слабо коррелировала с долей выполняемых в отделениях операций с ИК ($r = 0,4$; $p > 0,05$).

Летальность между группами отделений достоверно различалась как с учетом взрослых отделений, так и отдельно среди детских отделений; как в год создания отделений, так и через четыре года их функционирования. Несмотря на тот факт, что летальность в обеих группах отделений снизилась, различие по годам статистически незначимо. Это объясняется тем, что в каждом из отделений ежегодно внедряются те или иные инновации, что, с одной стороны, позволяет оперировать все более тяжелых больных, а с другой, влияет на конечные результаты деятельности отделений.

Проведенный анализ взаимосвязи между интегрированным показателем медицинской эф-





фективности деятельности отделений (средний койко-день, процент выполнения плана, летальность, осложнения) и их экономической рентабельностью (табл. 2) не выявил абсолютной (функциональной) корреляции ($r = 0,6$; $p < 0,01$).

При сопоставлении показателей медицинской и экономической эффективности, определенных по методике, разработанной ВНИИ им. И.А.Семашко, в динамике выявлены противоположные тенденции (табл. 3.).

Полученные данные подтверждают мнение многих отечественных и зарубежных ученых о том, что медицинская инновационная деятельность (новые технологии диагностики, лечения) не всегда приводит к экономической эффективности и часто обеспечивает лишь незначительный положительный клинический эффект. Однако социально-психологический эффект инновационной деятельности не вызывает сомнений: и врачи, и пациенты получают возможность оказания помощи при ранее неизлечимых болезнях.

Деятельность системы оказания кардиохирургической помощи представляет расширенный инновационный процесс, который заключается в том, что однажды освоенная и использованная инновация передается по коммуникационным каналам между членами социальной системы во времени.

Было показано, что общее число операций увеличилось с 1997 по 2002 гг. на 59%, однако между количеством операций и числом зарегистрированных больных ВПС, ППС, ИБС не существует положительной корреляции ($r = -0,21$) (табл.4).

Вероятно, имеет место не только «биологическое» состояние (тяжесть течения болезни пациента, при котором может быть показано либо операция, либо консервативная терапия), но и такие социальные моменты, как приоритеты общества, отношение к болезни пациента или его родственников.

Таблица 2

Показатели медицинской и экономической эффективности работы отделений

Отделения	Интегрированный показатель (в баллах)	Условная рентабельность (в %)
ОТА	25	19,8
ВПС	32	11,7
нх ДРВ	32	34,6
ОНА	33	25,9
КДО	39	12,8
ППС нх	48	33,5
ОРХН	55	26,8
ОНИК	57	6,1
ППС рх	60	10,5
ДРВ	60	8,5
ОЛГ	61	9,5
ЭХН	62	16,8
КМП	63	- 40
ППС к	68	1,6

Различия в применении отдельных видов вмешательств клиниками чрезвычайно высоки (коэффициент вариации = 411% для операций при ВПС, 155% – ППС, 129% – АКШ, 302% – эндоваскулярные вмешательства при ИБС, 145% – при имплантации ЭКС). Так, единственная клиника (НЦССХ им А.Н.Бакулева) выполняет несколько тысяч операций в год, в то время как 45% клиник выполняют менее 100 операций в год, а 30% – единичные операции.

Обращает внимание тот факт, что в некоторых учреждениях выполнялись единицы и десятки вмешательств, затем количество вмешательств уменьшалось, либо прекращалась всякая хирургическая активность, несмотря на высокую заболеваемость в регионе. В целом количество учреждений, имеющих тенденцию к росту числа операций, достоверно больше ($27,5 \pm 7,0$) ($p = 0,006$) числа учреждений, имеющих тенденцию к снижению числа операций ($8,2 \pm 3,5$). По мнению сотрудников региональных клиник, проходивших



обучение на базе НЦССХ им. А.Н.Бакулева и согласившихся на интервью, это связано с личностными факторами. (При организации клиники решение принималось на основании личных контактов лидера клиники с вышестоящей организацией либо финансирующей стороной; закупалось оборудование, выделялись штаты, впоследствии при уходе лидера или изменении характера личных контактов в клинике происходили кадровые изменения, а финансирование не покрывало текущие потребности). Следовательно, выбор в освоении (внедрении, развитии) методики может быть сделан не на основании потребности населения в той или иной инновации, а на основании предпочтений финансирующих организаций или квалификационных умений персонала.

При изучении путей распространения инноваций в клиническую практику выявлены способствующие факторы и барьеры, препятствующие внедрению инноваций.

Среди ответивших на вопросы анкет число практических врачей составило 622 (86,03%), научных сотрудников 42(5,81%), организаторов здравоохранения 59(8,16%). Из них 75% считали, что внедряли инновации в свою практику. Распределение ответов на вопрос: «Приходилось ли Вам внедрять инновацию

Таблица 3

Динамика показателей медицинской и экономической эффективности

Показатель	2000 г.	2003 г.
Показатель медицинской эффективности (ПМЭ)	76%	82% $\chi^2 = 6,2$ $p < 0,01$
Показатель экономической эффективности (ПЭЭ)	236%	194% $\chi^2 = 1631$ $p < 0,001$

Таблица 4

Абсолютные числа зарегистрированных ВПС, ППС и ИБС и количество выполненных операций

Абсолютное число зарегистрированных больных	Число операций (абс. число и % от зарегистрированных заболеваний)
ВПС –161 080	7733 (4,8%)
ППС –221 063	4740 (2,1%)
ИБС –5 754 950	12 272 (0,21%) (включая эндоваскулярные вмешательства)

Таблица 5

Частота внедрения инноваций среди врачей-специалистов

Специальность	Варианты ответов на вопрос			
	Да		Нет	
	количество	%	количество	%
Организация здравоохранения	48	81,4	11	18,64
Сердечно-сосудистая хирургия	137	70,3	58	29,7
Кардиология	168	82,4	36	17,64
Анестезиология –реанимация	83	70,94	34	29,06
Функциональная диагностика	58	85,3	10	14,7
Ультразвуковая диагностика	35	73	13	27
Педиатрия	17	53,13	15	46,87
Итого:	546	516,74	177	183,61

в свою практику?» в зависимости от врачебной специальности представлено в табл. 5.

По мнению врачей, наибольшее влияние на распространение новой технологии оказывают научные доклады (лекции) ведущих ученых (более 55%) и научные статьи в журналах (48%). Почти каждый второй из ответивших (49,37%) считает, что проявление собственной инициативы играет большую роль в распространении инноваций. Только 22,54% практических врачей считают, что





рекламные компании фирм-производителей оказывают влияние на распространение инноваций.

Мнение о диффузии инноваций отечественных производителей товаров и мнение врачей как представителей потребителя различаются. Врачи считают, что основным препятствием для внедрения инноваций в кардиохирургии является недостаток ресурсов. Кроме того, препятствием для распространения части инноваций, по мнению 58,4% респондентов, является сложность использования технологии в реальной клинической практике.

При проведении неформализованных интервью с представителями отечественных производителей медицинских товарных инноваций выявлено, что успех внедрения инновационных кардиохирургических технологий (продуктов) зависит как от объективных характеристик товара, так и от субъективного мнения участников внедрения инноваций. При проведении неформализованного интервью с представителями отечественных производителей (ООО «Роскардиоинвест», МТФ «Элестим») выявлено, что в условиях превосходящих финансовых ресурсов иностранные производители способны значительно влиять на субъективную позицию врача. Этому способствует, по мнению интервьюируемых, и то, что в России не проводится адекватная оценка сравнительной эффективности продукции отечественных и иностранных производителей.

Все опрошенные (и врачи, и производители медицинской техники) высказали мнение, что одним из барьеров, препятствующих внедрению инноваций, является отсутствие национальных рекомендаций к применению той или иной технологии, четких показаний и противопоказаний, рыночно-ориентированного процесса маркетинга инноваций.

При изучении нормативно-методической базы выявлено, что основным документом, регламентирующим внедрение инновационного продук-

та на медицинский рынок, является ГОСТ «Система разработки и постановки на производство продукции медицинского назначения». Основной целью испытаний в соответствии с ГОСТ Р15.013-94 является всесторонняя оценка безопасности изделия для человека. Прибор (приспособление, имплантат) рассматривается с технической точки зрения и после того, как разработчик получил результаты по техническим испытаниям, переходят к этапу медицинских испытаний, проводимых в клинике. Таким образом, тщательно регламентируя оценку «приборов» на техническую безопасность для человека, ни один нормативно-правовой документ в России сегодня не предусматривает оценку медицинской и экономической эффективности внедрения самой инновационной технологии, защиту прав пациентов при проведении клинических испытаний. Внедрение иностранных технологий основано на результатах клинических исследований, проведенных в зарубежных клиниках.

Таким образом, совершенствование инновационной деятельности на отдельной стадии или отдельных участках не обязательно повышает результативность процесса в целом. Несмотря на внедрение ряда кардиохирургических инновационных технологий, их доступность для населения остается низкой. Разнообразие и количество применяемых клиниками видов операций слабо коррелируют с уровнем заболеваний, при которых потенциально могут потребоваться определенные кардиохирургические виды лечения. Скорость диффузии нововведений зависит не только от свойств самого нововведения, но и отражает социальные процессы в обществе: форма принятия решений, способы передачи информации, совместимость со сложившейся практикой, сложность, опыт внедрения. Отсутствие технологии внедрения инноваций в области кардиохирургии значительно замедляет их диффузию в клиническую практику.



Л.П.СУХАНОВА,

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения МЗРФ,
г.Москва

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ОЦЕНКЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА РОССИИ НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ

Неблагоприятная демографическая ситуация в России в 90-х годах – сохраняющийся долгосрочный режим депопуляции в результате снижения рождаемости и роста смертности, с также негативные тенденции в состоянии здоровья населения страны определяют актуальность проблемы восстановления репродуктивного потенциала населения. Для объективной оценки режима воспроизводства населения первостепенное значение имеют, прежде всего, количественные характеристики процесса репродукции (число родившихся живыми, число мертворожденных и умерших детей), а также показатели, характеризующие качество здоровья рождающегося поколения – структура родившихся по параметрам физического развития, гестационному возрасту, заболеваемость новорожденных, причины мертворождаемости и смертности и т.д.

Качественной особенностью перинатального периода как критического этапа жизни является максимальная зависимость процессов развития плода не только от наследственных, но и от средовых и медико-организационных факторов. В связи с этим наблюдавшееся в нашей

стране существенное изменение условий жизни не могло не отразиться на показателях, характеризующих степень жизнеспособности рожденного поколения.

В настоящей работе изучены показатели здоровья и смертности всех родившихся в России в 1991–2002 гг. плодов и детей – на основании данных статистической формы №32, учитывающей массу тела и гестационный возраст родившихся плодов и детей. Всего за 12 лет с 1991 по 2002 гг. в России родилось живыми 16336598 детей (среднегодовое значение – 1361383) и мертвыми 126205 (среднегодовая величина – 10517, среднегодовой показатель 7,76‰). Число плодов массой тела 500–999г, родившихся в акушерских стационарах и учитываемых в статистической форме №32, составило: живых – 43219 (среднегодовое значение – 3602), мертвых – соответственно 224841 (18737). Недоношенными живыми родилось 978418 детей (81535 в среднем за год, или 5,94% по среднегодовому показателю), живыми и мертвыми – 1061292 (соответственно 88441, или 6,54%). Изучены уровень и структура общей заболеваемости, мертворожденно-

© Л.П.Суханова, 2004 г.





сти и неонатальной смертности отдельно для доношенных и недоношенных детей; показатели перинатальной смертности проанализированы также по представляемым в отчетной форме весовым категориям.

При анализе гистограмм выявлен нелинейный характер изменения по годам показателей физического развития и выживаемости плодов и детей.

Изучение характера распределения всех родившихся (живыми и мертвыми) по массе тела при рождении в динамике выявило устойчивое снижение весовой группы «3500 г и более» (с 40,2% в 1991 г. до 36,3% в 1999 г.) при одновременном увеличении доли детей массы тела 3000–3499 г (с 36,5% до 38,7% за те же годы) с некоторой тенденцией к восстановлению их исходного соотношения в течение последних трех лет (2000–2002 гг.).

В 1999 г. в России предельно возросла численность родившихся детей малой массы тела – «менее 2500 г», которые в сумме с плодами 500–999 гр. составили 8,13% от всех родившихся (табл.1), а также детей весовой категории 2500–2999 гр. (до 16,9%).

Чрезвычайно важным для оценки особенностей репродуктивного процесса и степени жизнеспособности потомства, рожденного в России в течение 90-х годов, является статистически достоверное увеличение числа плодов 500–999 гр.

– с $1,63 \pm 0,009\%$ среди живых и мертвых в 1991 г. до $1,92 \pm 0,011\%$ в 1992 г. ($p < 0,001$) и менее выраженное повышение показателя с $1,60 \pm 0,001$ в 1996 г. до $1,69 \pm 0,010\%$ в 1998 г. ($p < 0,05$).

Наибольшие изменения в течение анализируемых лет претерпела численность детей «относительно крупных» – 3500 г и более – и «относительно маловесных» – массой тела менее 3000 г. Учитывая разнонаправленные изменения их удельного веса, для общей оценки весовой структуры родившихся детей мы использовали их соотношение – коэффициент «СКММ» (соотношение числа относительно крупных новорожденных – «3500 гр. и более» – и числа детей с относительно малой массой тела – до 2999 гр.), являющийся интегральным показателем физического развития всех родившихся в популяции детей.

Прогрессивное уменьшение показателя СКММ с 1,85 в 1991 г. до 1,54 в 1999 г. с последующим ростом до 1,71 в 2002 г. (92,4% от уровня 1991 г.) отражает общую устойчивую тенденцию роста числа маловесных детей в стране при одновременном снижении числа родившихся с большой массой тела в России в течение 90-х годов. Положительный коэффициент корреляции ($r = +0,66$) величины СКММ с показателем средней продолжительности предстоящей жизни, рассчитанный по 75 регионам России за 2002 г., позволяет характеризовать

Таблица 1

Распределение всех родившихся в России (живыми и мертвыми) по массе тела (в %)

Вес	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Соотношение 2002–1991 г. (в %)
500–999 гр.	1,63	1,92	1,86	1,74	1,60	1,60	1,64	1,69	1,48	1,42	1,30	1,26	77,3
1000–1499 гр.	0,54	0,55	0,60	0,62	0,59	0,61	0,64	0,61	0,64	0,60	0,62	0,59	109,3
1500–2499 гр.	5,24	5,39	5,50	5,58	5,60	5,56	5,64	5,70	6,01	5,76	5,76	5,64	107,6
2500–2999 гр.	16,0	15,6	15,8	15,9	16,4	16,2	16,0	16,4	16,9	16,5	16,4	16,2	101,2
3000–3499 гр.	36,5	38,0	38,2	38,2	38,7	38,6	38,5	38,7	38,7	38,6	38,4	38,6	105,8
3500 гр. и более	40,2	38,5	38,0	37,9	37,1	37,4	37,6	36,9	36,3	37,2	37,5	37,7	93,8
Сумма	7,4	7,85	7,96	7,94	7,79	7,77	7,92	8,0	8,13	7,78	7,68	7,49	101,2



структуру родившихся по массе тела и предложенный показатель СКММ как интегральный критерий здоровья населения, объективно отражающий репродуктивный потенциал популяции.

Анализ родившихся по сроку гестации также выявил неравномерный характер изменения доли недоношенных детей в России в течение анализируемого периода. Необходимо отметить, что при общей положительной динамике основных перинатальных и репродуктивных показателей в России (снижение перинатальной и младенческой смертности) уровень недоношенности среди живорожденных недоношенных не только не снизился, но даже увеличился с 5,55% в 1991 г. до 5,76% в 2002 г. – при «волнообразном» типе кривой с повышением уровня в 1993–1994 гг. (до 6,13–6,22%) и 1998–1999 гг. (до 6,53–6,30%).

Чрезвычайно важным фактом является то, что при сопоставлении показателя недоношенности (без учета плодов 500–999 гр.) и доли детей массой тела 1000–2499 гр. среди родившихся живыми выявлено изменение их соотношения в течение анализируемого периода. Если до 1998 г. число родившихся недоношенными превосходило число «маловесных», то с 1999 г. отмечено

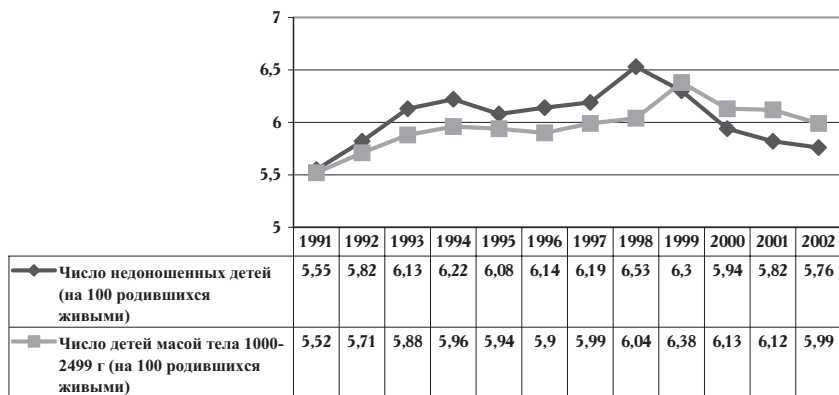


Рис.1. Динамика удельного веса недоношенных детей и родившихся с малой массой тела (1000–2499 гр. в 1991–2002 гг. (по данным статистической формы №32), на 100 родившихся живыми

преобладание числа «маловесных» детей над числом недоношенных, сохраняющееся до настоящего времени. Этот факт, во-первых, согласуется с ростом частоты замедления роста и недостаточности питания среди новорожденных (с 23,6% в 1991 г. до 88,9% в 2002 г.) и означает, что часть доношенных детей имеет массу тела при рождении менее 2500 гр., а во-вторых, учитывая, что степень превышения числа «крупных» детей над «маловесными» характеризует уровень здоровья популяции, свидетельствует о сохраняющемся снижении уровня здоровья населения России (рис.1).

Отмеченные изменения комплекса перинатальных показателей – статистически достоверное нарастание доли плодов и маловесных детей в популяции, а также рост мертворождаемости в этих весовых группах в годы наиболее выраженного экономического кризиса в стране – являются общебиологическим признаком уменьшения репродуктивного потенциала популяции – снижения жизнеспособности плода, в результате чего уже на ранних сроках гестации (22–27 недель) отмечается выраженное нарушение его жизнедеятельности и внутриутробная гибель. Увеличение частоты «сверхранней» антенатальной гибели глубоко недоношенных плодов, клиническим эквивалентом которой является рост невынашивания и недонашивания беременности в 90-е годы, согласуется с увеличением распространенности патологии бере-





менных – гестоза, анемии, сопровождающихся, как известно, плацентарной недостаточностью и ростом патологии плода.

Сохраняющийся до настоящего времени высокий удельный вес детей низкой массы тела при рождении в популяции (выше уровня 1991 г.), во-первых, свидетельствует о продолжающемся негативном влиянии социальных факторов на здоровье воспроизводимого потомства, во-вторых, предопределяет высокий уровень заболеваемости детей и рост уровня детской инвалидности. Масса тела ребенка при рождении является определяющим показателем условий внутриутробного развития плода, и увеличение числа «маловесных» детей среди родившихся отражает социальное неблагополучие в популяции рождающих женщин – дефицит питания, и прежде всего недостаток белков, являющихся незаменимым пластическим материалом для плода. Выявленная положительная коррелятивная связь числа маловесных детей в регионе с

числом беременных, страдающих анемией, подтверждает положение, что нарушение физического развития обусловлено алиментарными факторами и соответственно для коррекции замедления роста и недостаточности питания плода необходимы меры по нутриентной поддержке беременной женщины.

Анализ уровня и структуры репродуктивных потерь в России в течение 1991–2002 гг. выявил общие положительные тенденции снижения показателей перинатальной смертности (с 17,9 до 12,1%), младенческой (с 17,8 до 13,3%) и фетоинфантильных потерь (с 26,5 до 19,7%) с годовыми колебаниями их уровня – увеличением в 1993 г. и 1999 г. (табл.2).

Снижение показателя перинатальной смертности в РФ достигнуто преимущественно за счет уменьшения ранней неонатальной смертности (на 35,9%) и в меньшей степени за счет снижения мертворождаемости (на 26,4%) за те же годы. Соответственно удельный вес мертворож-

Таблица 2

Динамика и структура основных репродуктивных потерь в России

Название	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Перинатальная смертность(‰) (ГКС)	17,5	17,2	17,4	16,7	15,8	15,9	15,8	15,0	14,2	13,2	12,8	12,1
Перинатальная смертность(‰) (МЗРФ)	17,9	17,6	17,9	17,4	16,1	16,0	15,8	14,8	14,3	13,8	12,9	12,1
- ранняя неонатальная смертность(‰)	8,9	8,9	9,6	9,3	8,5	8,1	7,8	7,5	7,1	6,6	6,2	5,7
- мертворождаемость (‰)	8,7	8,3	7,8	7,8	7,4	7,8	8,0	7,5	7,2	6,7	6,6	6,4
- антенатальная мертворождаемость (‰)	5,67	5,91	5,31	5,28	5,17	5,40	5,98	5,72	5,84	5,25	5,17	5,10
- % антенатальной мертворождаемости в мертворождаемости	64,5	70,1	66,8	66,9	68,4	68,5	74,2	75,8	79,7	77,6	77	78,8
- % доношенных в перинатальной смертности	23,7	24,9	30,3	29,6	40,1	41,9	42,3	41,2	40,4	42,5	43,7	43,5
Перинатальная смертность с плодами*	31,8	34,4	33,8	32,3	29,7	29,7	29,9	29,5	26,7	25,2	23,8	22,6
- мертворождаемость с плодами*	22,9	25,4	23,7	22,2	20,5	21,0	21,4	21,6	19,2	18,5	17,2	16,6
- ранняя неонатальная смертность с плодами* (‰)	9,2	9,2	10,3	10,3	9,4	8,9	8,6	8,1	7,6	7,1	6,7	6,2
Фетоинфантильные потери (‰)	26,5	26,5	28,1	26,2	25,5	25,1	25,0	23,7	24,2	21,8	21,4	19,7
Фетонеонатальные потери* (‰)	34,5	37,5	37,8	35,8	33,2	33,3	33,4	33,2	30,6	28,8	27,7	26,4
Младенческая смертность (‰)	17,8	18,0	19,9	18,6	18,1	17,4	17,2	16,5	16,9	15,3	14,6	13,3

* с плодами 500–999 г



денных среди всех перинатально погибших продолжал увеличиваться в течение анализируемого периода и с 1996 года (по данным статистической формы №32) превысил долю умерших в раннем неонатальном периоде, составив в 2002 г. 57,5%. Чрезвычайно неблагоприятным является наблюдающееся в России изменение структуры мертворождаемости в сторону увеличения доли антенатальной гибели плода – с 64,5% в 1991 г. до 78,8% в 2002 г., или в 1,22 раза. Показатель антенатальной мертворождаемости снизился за эти годы лишь на 10,0% – с 5,67% до 5,1, при снижении интранатальных потерь с 3,13% до 1,38%, или в 2,3 раза, что, безусловно, связано с увеличением частоты абдоминального родоразрешения в России. В структуре всей перинатальной смертности в России доля антенатальных потерь возросла с 34,5% в 1991 г. до 46,5% в 2002 г. (с колебаниями по годам).

Волнообразная динамика уровня антенатальной мертворождаемости (максимальные значения показателя в 1992 г. – 5,91% и в 1997–1999 гг. – 5,98–5,84%) четко отражает не только ухудшение репродуктивного здоровья населения в эти годы, но и снижение качества перинатальной службы в 90-е годы, и прежде низкой эффективности пренатального обследования плода и амбулаторного наблюдения за беременной.

Принципиальной особенностью перинатальной смертности в России в 90-е годы, также характеризующей организационные дефекты службы, является увеличение уровня и удельного веса перинатальных потерь доношенных детей. Отмечаемое в стране снижение перинатальных потерь в течение последних 12 лет происходит за счет недоношенных детей, что связано с успехами клинко-организационной тактики лечения этого контингента детей (Баранов А.А., Барашнев Ю.И., 1999); в то же время, при такой концентрации внимания и ресурсов здравоохранения на невынашивании беременности и недоношенных детях, в кризисные годы значительно возросли потери доношенных плодов и детей (табл.3).

Снижение перинатальной смертности недоношенных детей (с 200,6% в 1991 г. до 101,8% в 2002 г.) произошло в равной степени за счет ранней неонатальной смертности (с 93,2 до 45,5%) и мертворождаемости (с 118,4 до 59,1%). Рост перинатальных потерь доношенных (с 4,16 до 5,09%) за те же годы произошел за счет двукратного увеличения мертворождаемости (с 1,5‰ до 3,07‰) при снижении ранней неонатальной смертности с 2,66 до 2,02%. При этом доля доношенных среди всех перинатально погибших плодов и детей неуклонно возрастала – с 23,7% в 1991 году до 43,5% в 2002 году, или в 1,8 раза (с неболь-

Таблица 3

Динамика и структура перинатальной смертности доношенных и недоношенных детей в акушерских стационарах России (на 1000 родившихся)

Название	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Перинатальная смертность доношенных	4,16	4,27	5,22	5,02	6,29	6,53	6,55	5,97	5,59	5,43	5,44	5,09
Мертворождаемость доношенных	1,5	1,29	2,35	2,19	3,43	3,8	3,87	3,5	3,3	3,18	3,26	3,07
Ранняя неонатальная смертность доношенных	2,66	2,98	2,88	2,84	2,88	2,75	2,69	2,48	2,3	2,26	2,19	2,02
Перинатальная смертность недоношенных	200,6	185,8	168,6	164,5	135,8	129,8	127	122,2	115,1	109,6	107,2	101,8
Мертворождаемость недоношенных	118,4	111,4	86,4	86,5	67,4	66,7	67,5	65,8	63,7	60,3	59,7	59,1
Ранняя неонатальная смертность недоношенных	93,2	83,7	89,9	85,4	73,4	67,6	63,8	60,4	54,9	52,5	50,6	45,5





шими колебаниями показателя по годам), а среди родившихся мертвыми – с 15,95% до 45,6% (в 2,9 раз) за те же годы. (Следует отметить, что существующие статистические отчетные формы не выделяют перенашивание беременности в особую рубрику, и переносные плоды вынужденно включаются в число доношенных, однако среди перинатально погибших, особенно антенатально, значительна доля переносных плодов).

Обсуждая проблему перинатальной смертности, следует отметить, что на уровень этого показателя в России существенно влияет то, что он учитывает лишь погибших массой тела 1000 г. и выше. С учетом числа родившихся в акушерских стационарах плодов 500-999 г (согласно статистической форме №32) показатель перинатальной смертности (табл.1) составил 31,8% в 1991 г. и 34,4% в 1992 г., отражая в большей степени «нелинейный» характер происходивших в стране в 90-е годы репродуктивных процессов и потерь плодов и детей за счет сверхранней внутриутробной смертности в 1992 и 1998 гг.

Существенным фактором, влияющим на структуру перинатальной смертности в современных условиях, является «перераспределение» умерших новорожденных из раннего неонатального периода в поздний (не учитываемый в перинатальных потерях) – за счет эффективных реанимационных технологий, способных искусственно поддерживать жизненно важные функции ребенка в течение первой недели жизни («отсроченная» перинатальная смерть). Именно с этим фактором связан рост доли детей, умерших после 7 дня жизни, в 1,47 раз в структуре неонатальной смертности (с 19,4% среди всех умерших новорожденных 0-27 дня в 1991 г. до 28,6% в 2002 г.) и в 1,45 раз в структуре младенческой смертности за те же годы. В связи с этим, а также учитывая причин-

ную связь смерти детей в позднем неонатальном периоде с перинатальными причинами, при анализе уровня перинатальных потерь логично учитывать и детей, умерших в возрасте 7–27 дней.

Исходя из целесообразности учитывать, с одной стороны, всех родившихся с 22 недель гестационного возраста (срока жизнеспособного плода) массой тела 500–999 гр., с другой – умерших новорожденных 7–27 дня жизни, мы использовали суммарный показатель фетонеонатальных потерь (ФННП), который рассчитывался как сумма всех родившихся мертвыми (с плодами 500–999 гр.) и умерших в возрасте 0–27 дней (с учетом плодов) на 1000 всех рожденных (плодов и детей). Максимальные значения показателя ФННП отмечены в 1992–1993 гг. с последующим его снижением, наиболее значительным в течение 1999–2002 гг., следует отметить, что изменения ФННП наблюдались раньше и были более выражены, чем показатель фетоинфантильных потерь. Применение предложенного нами показателя ФННП позволяет оценить уровень фактических перинатальных потерь, то есть жизнеспособность рожденного потомства и уровень репродуктивных потерь в популяции, в отличие от применяемого показателя фетоинфантильных потерь, учитывающего мертворожденных лишь свыше 1000 гр., а также показателя перинатальной смертности, не учитывающего плодов 500–999 гр. и умерших после 7 дня.

Уровень фетоинфантильных потерь в России снизился с 26,5% в 1991 г. до 19,7 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2002 г., или на 25,7%, в равной степени за счет снижения мертворождаемости на 26,4% и младенческой смертности на 25,3%. В возрастной структуре младенческой смертности отмечается снижение доли ранней неонатальной смертности (с 49,2% в 1991 г. до 43,0% в 2002 г.) при отмеченном



ранее увеличении в 1,45 раза доли поздней неонатальной смертности (7–27 дней) и постнеонатальной смертности, особенно в 1993 г. и 1999 г. Полный учет фактических потерь плодов и детей необходим для принятия оптимальных управленческих решений, способствующих совершенствованию перинатальной службы и снижению заболеваемости и смертности детей.

Таким образом, наблюдающееся в течение 90-х годов в России изменение показателей физического развития родившихся детей – рост числа новорожденных низкой массы тела при одновременном снижении числа детей крупной массы, увеличение числа родившихся недоношенными и сохраняющееся до настоящего времени превышение числа «маловесных» детей над числом недоношенных новорожденных свидетельствует о продолжающемся негативном влиянии социально-экономических факторов на репродуктивный потенциал страны и диктует необходимость принятия эффективных мер по социальной поддержке беременных женщин.

Парадоксальная динамика уровня перинатальной смертности доношенных и недоношенных – снижение перинатальных потерь недоношенных детей и увеличение их среди

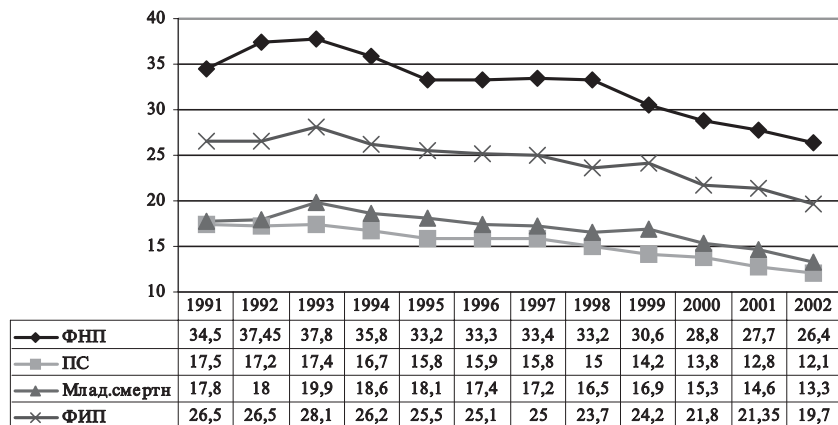


Рис.2. Динамика показателя фетонеонатальных потерь (ФНП), перинатальной смертности (ПС), младенческой (МС) и фетоинфантильных потерь (ФИП) в России в 1991–2002 гг. (на 1000 родившихся)

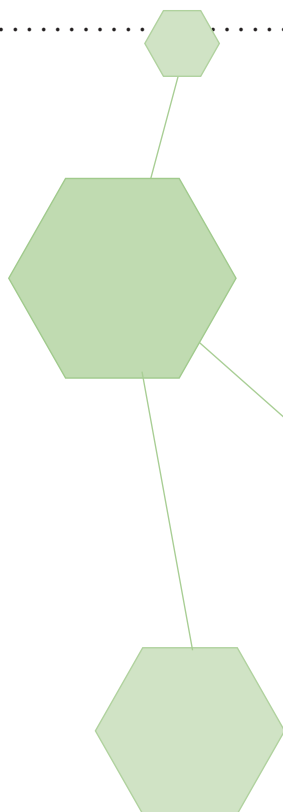
доношенных – свидетельствует о растущей дифференциации акушерской и перинатальной помощи в стационарах высшего уровня, где концентрируются преждевременные роды, и учреждениях первого-второго уровня, где рождается большинство доношенных детей, а также о низком качестве амбулаторного наблюдения, ответственного за антенатальную мертворождаемость.

Следовательно первостепенное значение на современном этапе развития перинатальной службы имеет повышение качества первичной акушерской помощи в женской консультации и стационарах первого уровня – так называемых «физиологических» родильных домах и ЦРБ, то есть в общей сети здравоохранения.

В заключение следует отметить, что показатели перинатальной демографии, будучи обусловлены состоянием здоровья населения и уровнем социально-экономического развития общества, являются объективным критерием степени благополучия популяции в настоящем времени, и в то же время определяют репродуктивный потенциал страны и здоровье нации на перспективу. Кроме того, структура и уровень перинатальной патологии отражают уровень медицинского обслуживания и являются индикатором качества акушерской и неонатальной помощи в стране.



РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДОХОДОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ



Одним из важных вопросов финансового менеджмента является использование доходов, полученных от оказания платных услуг. В частности, речь идет о распределении доходов, формировании прибыли и выборе каналов ее использования. Действительно, как распределяется доход, на какие цели можно использовать прибыль, и в каких нормативных документах это отражено?

Покажем на рис.1 общую схему распределения доходов медицинского учреждения, полученных от оказания платных медицинских услуг.

А теперь дадим основные определения.

Валовой доход (чистая продукция) – стоимость оказанных медицинских услуг за вычетом материальных затрат. По экономическому содержанию – это вновь созданная стоимость, которая распадается на заработную плату с начислениями и балансовую прибыль.

Фонд возмещения материальных затрат – стоимость использованных в процессе оказания медицинских услуг материальных затрат (лекарства, продукты питания, коммунальные услуги и т.д.).

Расходы (затраты) – выраженная в денежной форме величина ресурсов, потребленных в процессе оказания медицинской помощи. Затраты состоят из затрат овеществленного труда (материальных ресурсов) и живого труда (денежной формой возмещения которого является заработная плата).

© Ф.Н.Кадыров, 2004 г.



Прибыль – финансовый результат от всех видов деятельности учреждения. Это полученный доход (за вычетом налогов и платежей, уплачиваемых до начала возмещения затрат: налог с оборота, налог с продаж, акцизы и т.д.), уменьшенный на величину произведенных расходов.

Балансовая прибыль – общая сумма прибыли учреждения по всем видам деятельности, отражаемая в его балансе.

Чистая прибыль – прибыль, остающаяся в распоряжении учреждения после уплаты налогов, экономических санкций и других платежей в бюджет.

Фонд – резерв денежных средств, предназначенных на определенные цели, которые обычно отражены в названии соответствующего фонда (фонд накопления, фонд потребления и т.д.).

Фонд накопления – часть прибыли, направляемой на расширение производства медицинских услуг.

Фонд потребления – часть прибыли, направляемой на потребление, в результате чего она в прямой форме больше не участвует в процессе дальнейшего производства (воспроизводства) медицинских услуг. Фонд накопления и фонд потребления относятся к фондам экономического стимулирования.

Резервный фонд – часть прибыли, временно или навсегда выбывающая как из процесса расширения производства, так и потребления и рассчитанная на непредвиденные ситуации.

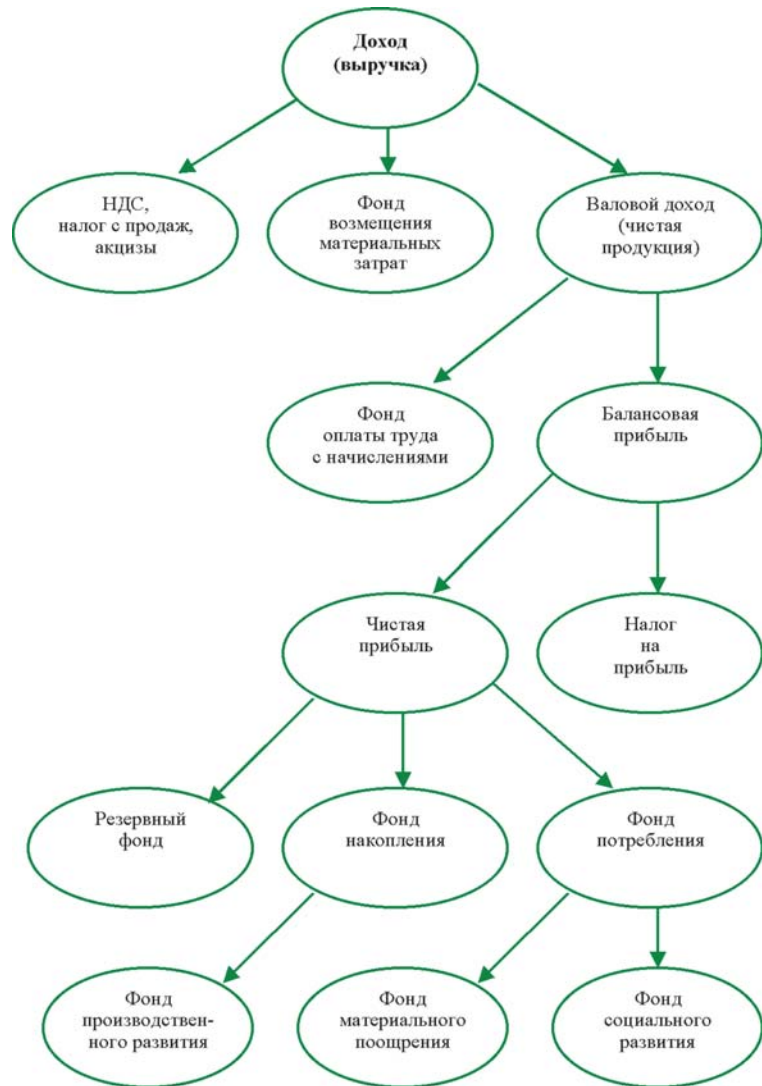


Рис. 1. Схема распределения дохода от оказания платных услуг

Деление чистой прибыли на резервный фонд, фонд накопления и фонд потребления отражает их роль в процессе производства медицинских услуг.

Фонд производственного развития – конкретная форма выражения фонда накопления, предназначенная





для целей развития производства медицинских услуг (расширенного воспроизводства).

Фонд социального развития – часть фонда потребления, предназначенная для целей решения социальных задач коллектива.

Фонд материального поощрения – часть фонда потребления, предназначенная для целей материального стимулирования и вознаграждения, а также оказания материальной помощи.

Фонд материального поощрения, фонды социального и производственного развития – конкретизированные формы фонда потребления и фонда накопления.

Таким образом, за счет полученной прибыли, как правило, формируются следующие основные фонды:

1. Резервный фонд (фонд непредвиденных мероприятий).
2. Фонд материального поощрения.
3. Фонд производственного развития.
4. Фонд социального развития.

Основные направления использования средств этих фондов следующие:

- ♦ Резервный фонд (фонд непредвиденных мероприятий):
 - выплата штрафов, пеней;
 - доначисление сумм налогов и платежей;
 - покрытие убытков и т.д.
- ♦ Фонд материального поощрения:
 - оказание материальной помощи;
 - начисление премий.
- ♦ Фонд производственного развития – улучшение содержание материально-технической базы:
 - приобретение основных средств;
 - приобретение оборотных средств.
- ♦ Фонд социального развития:
 - выдача ссуд;
 - содержание объектов социальной сферы;

- улучшение жилищных условий;
- медицинское обслуживание;
- приобретение путевок;
- компенсация работникам транспортных расходов;
- компенсация расходов работников на питание и т.п.

Закономерно встает вопрос: насколько изложенная схема, создание указанных фондов и их использования соответствуют нормативным документам?

Прежде всего, отметим, что бюджетные медицинские учреждения точно также как и частные и коммерческие организации имеют право на самостоятельное использование доходов, полученных за счет внебюджетных источников, что отражено в Бюджетном кодексе РФ. В ст.161 Бюджетный Кодекса записано «Бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников». Следует обратить внимание на то, что бюджетные учреждения, являясь некоммерческими организациями, не распределяют полученную прибыль между участниками, то есть между учредителями (ст.50 Гражданского кодекса РФ). В связи с этим целесообразно, чтобы право на самостоятельное использование прибыли должно быть отражено в учредительных документах медицинского учреждения (устав, положение), а также во внутриучрежденческих документах (например, в Положении о распределении доходов, полученных от предпринимательской деятельности).

Направления использования прибыли, полученной бюджетными учреждениями, отражены в ряде нормативных документов. Укажем некоторые из них.

Инструкция о годовой, квартальной и месячной бухгалтерской отчетности бюджетных учреждений и иных организаций, получающих



финансирование из бюджета в соответствии с бюджетной росписью. Утверждена Приказом Министерства финансов Российской Федерации от 15 июня 2000 г. № 54н (в ред. Приказа Минфина РФ от 10.09.2001 № 73н).

«20. По окончании отчетного периода определяется результат (прибыль или убыток) от реализации продукции, выполнения работ, оказания услуг и от прочих операций – превышение доходов над расходами или расходов над доходами соответственно по дебету субсчета 400 «Доходы отчетного периода» и кредиту субсчета 410 «Прибыли и убытки» или дебету субсчета 410 и кредиту субсчета 400; производится начисление налогов в порядке, установленном налоговым законодательством по дебету субсчета 410 и кредиту субсчета 173 «Расчеты по платежам в бюджет»; формируются средства на материальное поощрение и социальные выплаты, а также на содержание и развитие материально – технической базы с отражением операций по дебету субсчета 410 и кредиту субсчетов 240, 241».

Приказ Министерства финансов Российской Федерации от 30 декабря 1999 г. № 107н «Об утверждении инструкции по бухгалтерскому учету в бюджетных учреждениях».

«173. На субсчете 223 «Расходы за счет средств, формируемых из прибыли» учитываются расходы, производимые по сметам доходов и расходов за счет средств на материальное поощрение и социальные выплаты, средств на содержание и развитие материально-технической базы. К таким расходам относятся: оказание материальной помощи, начисление премий, выдача ссуд, содержание материально-технической базы, приобретение основных средств, малоценных предметов, содержание объектов социальной сферы, улучшение жилищных условий, медицинское обслуживание, приобретение путевок и т.п., а также расхо-

ды, связанные с начислением штрафных санкций, пеней, доначислением сумм налогов и платежей».

Приведем выдержку из еще одного документа, имеющего непосредственное отношение к формированию прибыли бюджетных медицинских учреждений.

Налоговый Кодекс РФ

«Статья 321.1. Особенности ведения налогового учета бюджетными учреждениями.

1. Налогоплательщики – бюджетные учреждения, финансируемые за счет средств бюджетов всех уровней, государственных внебюджетных фондов, выделяемых по смете доходов и расходов бюджетного учреждения, и получающие доходы от иных источников, в целях налогообложения обязаны вести отдельный учет доходов (расходов), полученных (произведенных) в рамках целевого финансирования и за счет иных источников.

В целях настоящей главы иными источниками – доходами от коммерческой деятельности признаются доходы бюджетных учреждений, получаемые от юридических и физических лиц по операциям реализации товаров, работ, услуг, имущественных прав, и внереализационные доходы.

Налоговая база бюджетных учреждений определяется как разница между полученной суммой дохода от реализации товаров, выполненных работ, оказанных услуг, суммой внереализационных доходов (без учета налога на добавленную стоимость, налога с продаж и акцизов по подакцизным товарам) и суммой фактически осуществленных расходов, связанных с ведением коммерческой деятельности.

В налоговом учете учет операций по исчислению доходов от коммерческой деятельности и расходов, связанных с ведением этой деятельности, ведется в порядке, установленном настоящей главой».



Что относится к представительским расходам?

Перечень расходов, относимых к представительским в целях налогообложения, приведен в п.2 статьи 264 Налогового кодекса РФ.

К представительским расходам относятся расходы налогоплательщика на официальный прием и (или) обслуживание представителей других организаций, участвующих в переговорах в целях установления и (или) поддержания взаимного сотрудничества, а также участников, прибывших на заседания руководящего органа налогоплательщика, независимо от места проведения указанных мероприятий. К представительским расходам относятся расходы на проведение следующих мероприятий:

- ♦ проведение официального приема (завтрака, обеда или иного аналогичного мероприятия) для указанных лиц, а также официальных лиц организации – налогоплательщика, участвующих в переговорах;
- ♦ транспортное обеспечение доставки этих лиц к месту проведения представительского мероприятия и (или) заседания руководящего органа и обратно;
- ♦ буфетное обслуживание во время переговоров;
- ♦ оплата услуг переводчиков, не состоящих в штате налогоплательщика, по обеспечению перевода во время проведения представительских мероприятий.

К представительским расходам не относятся расходы на организацию развлечений, отдыха, профилактики или лечения заболеваний. Представительские расходы в течение отчетного (налогового) периода включаются в состав прочих расходов в размере, не превышающем 4% от расходов налогоплательщика на оплату труда за этот отчетный (налоговый) период.

В последнее время много пишут о том, что одной из перспективных организационно-правовых форм в здравоохранении являются автономные некоммерческие организации. Что они собой представляют?

Целый ряд особенностей этой организационно-правовой формы отражен в самом названии «автономная некоммерческая организация». Во-первых, это организации, относящиеся к некоммерческим. Во-вторых, это организации, обладающие широкой самостоятельностью в осуществлении своей деятельности (автономностью). Юридическое определение особенностей автономных некоммерческих организаций дано в статье 10 Федерального закона РФ «О некоммерческих организациях». Автономной некоммерческой организацией признается не имеющая членства некоммерческая организация, учрежденная гражданами и (или) юридическими лицами на основе добровольных имущественных взносов в целях предоставления услуг в области образования, здравоохранения, культуры, науки, права, физической культуры и спорта и иных услуг. Имущество, переданное автономной некоммерческой организации ее учредителями (учредителем), является собственностью автономной некоммерческой организации. Учредители автономной некоммерческой организации не сохра-



няют прав на имущество, переданное ими в собственность этой организации. Учредители не отвечают по обязательствам созданной ими автономной некоммерческой организации, а она не отвечает по обязательствам своих учредителей. Автономная некоммерческая организация вправе осуществлять предпринимательскую деятельность, соответствующую целям, для достижения которых создана указанная организация. Надзор за деятельностью автономной некоммерческой организации осуществляют ее учредители в порядке, предусмотренном ее учредительными документами. Учредители автономной некоммерческой организации могут пользоваться ее услугами только на равных условиях с другими лицами.



Чем различаются между собой надбавки и доплаты?

Основное целевое назначение надбавок – стимулирование работников к повышению квалификации, к работе на постоянном месте, а также компенсация более высокой интенсивности труда в связи с выполнением особо важных работ и т.д. К основным видам надбавок относятся:

- ♦ надбавки за стаж непрерывной работы в учреждениях здравоохранения – устанавливаются в процентах к окладу (ставкам);
- ♦ надбавки стимулирующего характера (за применение в работе достижений науки и передовых методов труда, высокие достижения в работе, выполнение особо важных или срочных работ, напряженность в труде).
- ♦ надбавки за условия труда (см. п. 6.3 Положения – приказ Минздрава РФ № 377 от 15.10.99.). Этот вид надбавок не следует путать с повышениями окладов (ставок) в связи с опасными для здоровья и особо тяжелыми условиями труда. Хотя, строго говоря, эти виды выплат все же находятся ближе к повышениям, чем к надбавкам.

Все виды надбавок начисляют на оклад (ставку) без учета других повышений, надбавок и доплат. Доплаты служат в основном средством компенсации дополнительных трудовых затрат или работы в условиях, отличающихся от нормальных. К основным видам доплат относятся:

- ♦ за дежурство на дому в нерабочее время;
- ♦ за работу в ночное время;
- ♦ за рабочий день с разделением смены на части;
- ♦ за работу сверх нормального рабочего времени медработником морских и речных судов и т.д.);
- ♦ доплата врачам-руководителям за ведение работы по специальности – до 25% оклада врача;
- ♦ за совмещение профессий (должностей), расширение зоны обслуживания или увеличение объема работ, а также за выполнение наряду со своей работой обязанностей временно отсутствующего работника. Кро-





ме того, существуют так называемые гарантийные доплаты. К ним относятся доплаты несовершеннолетним работникам в связи с сокращением их рабочего дня, доплаты при невыполнении норм не по вине работника, доплаты при переводах на нижеоплачиваемую работу и т.д.

Наконец, следует сказать о так называемых региональных доплатах, устанавливаемых региональными или местными органами власти в целях повышения общего уровня оплаты труда работников бюджетной сферы.

Чем различаются между собой понятия «трудовой договор» и «трудовое соглашение»?

Договор – это соглашение сторон, определяющие их взаимоотношения между собой. Как видим, в смысловом значении термины «договор» и «соглашение» – это синонимы. Однако в терминологическом плане они могут иметь различное содержание. Дело в том, что в области трудовых отношений имеется достаточное большое разнообразие видов договоров и соглашений, что нередко ведет к их смешению.

Так, термином «трудовое соглашение» нередко называют самые разнообразные договоры: как регулируемые трудовым правом, так и гражданско-правовые договоры. Между тем, название договоров должно соответствовать их содержанию. Несоблюдение этого требования может вызвать большие негативные последствия как для администрации, так и работников. Поэтому для того, чтобы избежать ошибок, нужно четко придерживаться терминологии, принятой в трудовом и гражданском законодательстве. Нужно иметь в виду, что термином «соглашение» в трудовом законодательстве обозначается правовой акт, регулирующий социально-трудовые отношения между работниками и работодателями и заключаемый на уровне Российской Федерации, субъекта Российской Федерации, территории, отрасли, профессии. В зависимости от сферы регулируемых социально – трудовых отношений могут заключаться соглашения: генеральное, региональное, отраслевое (межотраслевое), территориальное и иные. Основными видами договоров, заключаемых в медицинских учреждениях в целях регулирования трудовых отношений являются:

1. Договоры, регулируемые трудовым законодательством
 - ♦ трудовой договор;
 - ♦ коллективный договор.
2. Договоры, регулируемые гражданским законодательством:
 - ♦ договор подряда;
 - ♦ договор поручения и т.д.

Таким образом, использование термина «трудовое соглашение» является не совсем корректным. Речь должна идти либо о «соглашении», либо о «трудовом договоре».

16–17 октября 2004
Москва, гостиница «Космос»

Anti-age терапия – область медицины будущего

Anti-age медицина с каждым годом привлекает все большее внимание как отдельное направление, находящееся на стыке наук – биологии, медицины, химии. Очень часто в России под термином anti-age скрываются интенсивные внешние методики борьбы со старением. Но надо понимать, что это не решает в полной мере данную проблему. Распознавание ранней симптоматики и своевременная переориентировка пациентов на замедление процессов старения, предоставление клиентам новых возможностей для пополнения жизненной энергией – вот приоритеты anti-age медицины.

Только Russian Anti-age Conference – это событие, которое соберет медицинских специалистов разных направлений. Запланированы выступления всемирно известных институтов и ведущих специалистов Европы и России.

Программа Конференции:

- Генетика и старение
- Иммунная система при старении организма
- Гормональный статус мужчины и женщины в процессе старения
- Питание как составная часть комплексной anti-age терапии
- Эстетические технологии в anti-age медицине:
 - инъекционные методы
 - мезотерапия в решение возрастных проблем кожи
 - косметические программы anti-age терапии
 - Тестирование и экспресс-диагностика при назначении и проведении anti-age терапии.

Стоимость билета на два дня **150 евро**, включая годовую подписку на журнал «Косметика и медицина» (для жителей России). Билет дает право посетить конференцию, специализированную выставку, программу мастер-классов. В стоимость включен кофе-брейк.

Организатор

marelis
а г е н с и ю

Москва, Нижний Кисловский пер., 8
Тел./факс: (095) 290-01-06, 291-61-85. E-mail: marelis@list.ru

При содействии
гостиницы «Космос»

Информационный
спонсор





**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ**
6-7 октября 2004г., Москва



**«Инфекционные болезни и антимикробные
средства»**

**Вторая научно-практическая конференция.
Тематическая выставочная экспозиция**

Организаторы конференции:

**Правительство Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы
Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»**

Выставочная экспозиция: В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов лекарственных средств, медицинских изделий и медицинской техники.

Основные темы докладов:

актуальные инфекции мегаполиса; основные группы болезней, система оказания медицинской помощи взрослым и детям; стандартизация методов диагностики и лечения инфекционных заболеваний; социальноопасные инфекции; вирусные инфекции; детские инфекционные заболевания; профилактика, медикаментозная терапия; инфекционные заболевания в гастроэнтерологии; современные лечебные средства в клинике острых кишечных инфекций; медицинские иммунобиологические препараты в диагностике, профилактике и лечении инфекционных заболеваний; инфекции передаваемые половым путем; зоонозные инфекции; инфекции неустановленной этиологии; фармакологические аспекты лечения инфекционных заболеваний.

Цель конференции: информирование специалистов отрасли новыми данными о состоянии с инфекционными заболеваниями в мегаполисе, о современных методах профилактики и лечения инфекционных заболеваний, о внедрении современных медицинских технологий в клиническую практику.

Информационная поддержка: Ремедиум, Лечащий врач, Больница, Московские аптеки, rlsnet.ru, Риамед, Фарматека, Medi.ru, Все для аптек, Анахарсис, Поликлиника, Мобиле, Медицина для профессионалов, МЦФЭР, Менеджер здравоохранения.

Адрес: г. Москва, ул. Новый Арбат, д.36/9, конференц-залы.

Время проведения: 6 и 7 октября 2004 г. с 9.00 до 17.00

(Вход по приглашительным билетам).

Приглашаем Вас принять участие в работе конференции и выставки.



109240, Москва, ул. Николоямская, д.21/7, офис 36
Тел./факс: (095) 915-23-03, 915-49-99
Тел.: (095) 540-06-42, 540-06-43, 109-13-30
E-mail: info@infomedfarm.ru, www.infomedfarmdialog.ru



Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Правительство Чувашской Республики
Министерство здравоохранения Чувашской Республики
Ассоциация ВОП/СВ РФ

ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Дата и место проведения: 28–30 сентября 2004 г., г. Чебоксары

Программа:

28 сентября 2004 г., вторник

Открытие съезда.

Пленарное заседание

Доклад МЗ и СР РФ

- ♦ Денисов И.Н. Общая врачебная практика: состояние и перспективы.
- ♦ Коос ван дер Вельде, Голландия (проект Тасис) «Поддержка и развитие стратегии ПМСП в РФ».
- ♦ Суслонova Н.В. Семейная медицина в Чувашии.
- ♦ Кузнецова О.Ю. Последипломная подготовка ВОП. Пути решения в регионах.
- ♦ Мовшович Б.Л. Подготовка специалистов для общей врачебной практики в Приволжском федеральном округе.

29 сентября 2004 года, среда

I секционное заседание

Основные направления реформирования первичной медико-санитарной помощи: ситуация, проблемы, пути решения (реализация приказа МЗ РФ №350 от 20.11.02 г. «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению РФ»), финансирование ОВП в условиях ОМС

Ведущие: Хальфин Р.А., Суслонova Н.В., Черниенко Е.И.

II секционное заседание

Подготовка врачей общей практики: теоретические знания и необходимые практические навыки.

Ведущие: Денисов И.Н., Кузнецова О.Ю., Саперов В.Н.

III секционное заседание

Объем медицинской помощи, оказываемой ВОП/СВ и его взаимодействие с сестринским персоналом и узкими специалистами

Ведущие: Доценко М.С., Жамлиханов Н.Х., Быстровский В.Ф.

30 сентября 2004 года, четверг

Пленарное заседание

Деятельность главных специалистов по ОВП в федеральных округах.

Ведущие: Иванов А.И., Доценко М.С., Житникова Л.М.

Деятельность Ассоциации ВОП/СВ РФ

Принятие резолюции съезда

Закрытие съезда



Вносится Правительством
Российской Федерации

Проект

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ГЛАВА I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Задачи настоящего Федерального закона

Основными задачами настоящего Федерального закона являются установление государственных гарантий медицинской помощи гражданам Российской Федерации и создание необходимых правовых, экономических и организационных условий для их реализации в целях обеспечения конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Статья 2. Предмет правового регулирования

Настоящий Федеральный закон регулирует правоотношения, связанные с формированием и реализацией государственных гарантий медицинской помощи, предоставляемых гражданам в соответствии с программами государственных гарантий медицинской помощи.

Статья 3. Основные понятия

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

- ♦ государственные гарантии медицинской помощи – предусмотренные государством меры, обеспечивающие реализацию конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь;
- ♦ медицинская помощь – профессиональная деятельность по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации, заболеваний, травм, отравлений, оказанию пособия при беременности и родах;
- ♦ медицинские организации – юридические лица, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности. Положения настоящего Федерального закона, предусмотренные в отношении медицинской организации, распространяются также на физических лиц, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности и осуществляющих такую деятельность без образования юридического лица.

Статья 4. Государственные гарантии медицинской помощи

1. Гражданам Российской Федерации гарантируется бесплатное предоставление медицинской помощи по видам, в объемах, в порядке и на условиях, установленных в соответствии с настоящим Федеральным законом.

2. Государственные гарантии медицинской помощи военнослужащим, отдельным категориям государственных служащих и иным категориям граждан могут предоставляться в соответствии с иными федеральными законами, определяющими виды, объемы, порядок и условия оказания медицинской помощи соответствующим категориям граждан, требования к финансированию медицинской помощи за счет средств бюджетов, а также иные правовые, экономические и организационные условия для реализации предоставляемых гарантий медицинской помощи.

3. Настоящий Федеральный закон распространяется на иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Российской Федерации.

4. Если иное не установлено другими федеральными законами или международными договорами Российской Федерации, иностранные граждане и лица без гражданства, временно находящиеся на территории Российской Федерации, пользуются государственными гарантиями медицинской помощи при состояниях, угрожающих жизни и здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями и(или) обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах, а также если они являются пострадавшими при спасении людей либо оказании медицинской помощи в условиях чрезвычайной ситуации.

Медицинская помощь, оказываемая в указанных случаях иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно находящимся на территории Российской Федерации, оплачивается за счет средств федерального бюджета в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.



Статья 5. Принципы формирования и реализации государственных гарантий медицинской помощи

Принципами определения и реализации государственных гарантий медицинской помощи являются:

- ♦ доступность гарантированной медицинской помощи и равенство граждан при ее получении;
- ♦ определенность требований к объемам и качеству гарантированной медицинской помощи, обеспечение соответствия предоставляемой медицинской помощи установленным нормативам и стандартам;
- ♦ сбалансированность обязательств государства по предоставлению медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств, исходя из обоснованной потребности населения в видах и объемах медицинской помощи и нормативов затрат на ее оказание;
- ♦ профилактическая направленность гарантированной медицинской помощи;
- ♦ стабильность финансового обеспечения государственных гарантий медицинской помощи;
- ♦ информированность граждан о гарантируемых видах, объемах, условиях и порядке предоставления гарантированной медицинской помощи и медицинских организациях, имеющих возможность ее оказания;
- ♦ целевое и эффективное использование средств, направляемых на обеспечение государственных гарантий медицинской помощи;
- ♦ защита права каждого на гарантированную медицинскую помощь;
- ♦ публичный контроль за оказанием гарантированной медицинской помощи.

ГЛАВА 2. ГАРАНТИРОВАННЫЕ ВИДЫ, ОБЪЕМЫ, УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 6. Гарантированные виды медицинской помощи

1. К гарантированным видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная и специализированная медицинская помощь, включая профилактику, диагностику, лечение, реабилитацию при:
 - а) инфекционных и паразитарных заболеваниях;
 - б) новообразованиях;
 - в) болезнях эндокринной системы, расстройствах питания, нарушениях обмена веществ и иммунитета;
 - г) болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм;
 - д) психических расстройствах и расстройствах поведения;
 - е) болезнях нервной системы;
 - ж) болезнях глаза и его придаточного аппарата;
 - з) болезнях уха, горла и носа;

- и) болезнях системы кровообращения;
 - к) болезнях органов дыхания;
 - л) болезнях органов пищеварения;
 - м) болезнях кожи и подкожной клетчатки;
 - н) болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани;
 - о) болезнях мочеполовой системы;
 - п) беременности, включая аборт по медицинским и социальным показаниям, родах и в послеродовом периоде;
 - р) отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде;
 - с) врожденных аномалий (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях;
 - т) травмах, ожогах, отравлениях и других последствиях воздействия внешних причин;
- 2) иммунизация населения в соответствии с национальным календарем прививок;
 - 3) медицинская экспертиза (временной нетрудоспособности, медико-социальная, военно-врачебная, судебно-медицинская, судебно-психиатрическая, патологоанатомическая).
2. При оказании медицинской помощи в условиях стационаров, а также службой скорой медицинской помощи гражданам предоставляется лекарственное обеспечение в соответствии с клинико-экономическими стандартами.
3. Предусмотренные частью 1 настоящей статьи гарантированные виды медицинской помощи не включают:
- 1) медицинские осмотры взрослых (старше 18 лет), проводимые с целью получения специального права (на вождение автомобиля, для приобретения оружия и т.п.), для занятий физкультурой и спортом;
 - 2) анонимную диагностику и лечение (исключая СПИД и ВИЧ-инфекцию);
 - 3) лечение кариеса и протезирование зубов у взрослых (старше 18 лет);
 - 4) аборт при отсутствии предусмотренных законодательством Российской Федерации медицинских или социальных показаний;
 - 5) медицинскую помощь при сексуальных расстройствах, искусственную инсеминацию, экстракорпоральное оплодотворение, контрацепцию;
 - 6) лечение заикания у взрослых;
 - 7) медико-психологическую помощь, за исключением оказания помощи в условиях чрезвычайной ситуации;
 - 8) косметологическую помощь;
 - 9) традиционные методы диагностики и лечения;
 - 10) подбор очковой оптики и контактных линз врачом-офтальмологом, за исключением инвалидов по зрению.
4. В состав гарантируемых видов медицинской помощи, кроме предусмотренных частью 1 и 2 настоящей статьи, могут входить дополнительные виды медицинской помощи, в том числе указанные в части 3 настоящей статьи, предоставляемые в соответствии с федеральными и (или) территориальными программами дополнительного медицинского страхования.





Статья 7. Амбулаторная и стационарная медицинская помощь

1. Амбулаторная медицинская помощь – форма организации медицинской помощи, оказываемой при состояниях, не требующих по медицинским показаниям проведения круглосуточного медицинского наблюдения.

2. Стационарная медицинская помощь – форма организации медицинской помощи, оказываемой при состояниях, требующих по медицинским показаниям проведения круглосуточного медицинского наблюдения.

Статья 8. Первичная и специализированная медицинская помощь

1. Первичная медицинская помощь – вид амбулаторной медицинской помощи, оказываемой участковыми врачами и врачами общей практики (семейными врачами) прикрепившимся к ним гражданам.

Прикрепление осуществляется на основе выбора гражданина. Порядок прикрепления устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

2. Специализированная медицинская помощь – вид амбулаторной и/или стационарной медицинской помощи, оказываемой врачами специальностей, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

Статья 9. Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь

1. Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь – вид специализированной медицинской помощи, осуществляемой с использованием сложных, уникальных или ресурсоемких технологий, перечень которых утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

2. Предоставление специализированной высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется за счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации на основе квот. Размеры квот указанных видов медицинской помощи, а также перечни медицинских организаций, её оказывающих, ежегодно устанавливаются соответственно федеральной программой государственных гарантий медицинской помощи и территориальными программами государственных гарантий медицинской помощи.

3. Медицинские организации в первоочередном порядке оказывают специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь гражданам, направленным для ее получения за счет средств бюджетов.

4. Тарифы на специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь, оказываемую в пределах квот,

устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

5. Специализированная высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая сверх квот по направлениям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, предоставляется за счет средств субъектов Российской Федерации по тарифам, установленным в соответствии с частью 4 настоящей статьи.

6. Порядок предоставления специализированной высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета за рубежом устанавливается Правительством Российской Федерации.

Статья 10. Экстренная и плановая медицинская помощь

1. Экстренная медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, угрожающих их жизни, безотлагательно медицинскими организациями, в которые обратился гражданин.

Если в указанной медицинской организации не может быть оказана необходимая медицинская помощь, медицинская организация обеспечивает перевод гражданина в другую медицинскую организацию, в которой в соответствии с клинико-экономическим стандартом предусмотрено оказание необходимой медицинской помощи.

Экстренная медицинская помощь вне медицинских организаций (на дому, на улице и т.д.) оказывается службой скорой медицинской помощи, а в чрезвычайных ситуациях - и службой медицины катастроф.

2. Плановая медицинская помощь оказывается при состояниях, позволяющих без ущерба для здоровья гражданина предоставить необходимую медицинскую помощь с отсрочкой во времени.

3. Плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях и в условиях стационаров оказывается по направлению участкового врача, врача общей практики (семейного врача).

4. Плановая стационарная специализированная медицинская помощь предоставляется гражданам в порядке очередности их обращения на основе реестров граждан по видам медицинской помощи, предоставления которой они ожидают.

Плановая амбулаторная медицинская помощь предоставляется на основе графика приема граждан участковыми врачами, врачами общей практики (семейными врачами) и врачами, оказывающими специализированную медицинскую помощь. При обращении гражданина за плановой амбулаторной медицинской помощью лично или иным способом (по телефону, с использованием иных средств связи) медицинская организация и гражданин согласовывают конкретное время приема врачом соответствующей специальности в соответствии с его графиком приема граждан.

Плановая специализированная медицинская помощь предоставляется в соответствии с порядком, устанавливаемым



мым федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, и определяющим требования к ведению реестра граждан, ожидающих предоставления плановой специализированной медицинской помощи, контролю соблюдения очередности предоставления медицинских услуг и предельным срокам ожидания плановой медицинской помощи.

5. При отсутствии направления участкового врача, врача общей практики (семейного врача) плановая медицинская помощь оплачивается пациентом.

Статья 11. Гарантированные объемы медицинской помощи

1. Гарантированные объемы медицинской помощи, предоставляемые при заболевании (состоянии), определяются на основе клинко-экономических стандартов.

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают клинко-экономические стандарты по заболеваниям (состояниям), предусмотренным перечнем, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

2. Клинко-экономический стандарт по заболеванию (состоянию) предусматривает:

1) перечень и количество медицинских услуг, гарантируемых больному независимо от особенностей течения заболевания;

2) перечень медицинских услуг, оказываемых больному при наличии медицинских показаний, обусловленных особенностями течения заболевания;

3) перечень лекарственных средств и имплантируемых протезов, гарантируемых больному независимо от особенностей течения заболевания;

4) перечень лекарственных средств и имплантируемых протезов, предоставляемых больному при наличии медицинских показаний, обусловленных особенностями течения заболевания;

5) дозы (разовые и курсовые) лекарственных средств;

6) средний срок оказания медицинской помощи;

7) вид (категорию) медицинских организаций, в которых должна оказываться медицинская помощь;

8) стоимость оказания медицинской помощи, устанавливаемую в соответствии с методикой, утверждаемой в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

9) ожидаемые результаты оказания медицинской помощи;

10) частоту предоставления медицинских услуг, лекарственных средств и имплантируемых протезов, предусмотренных подпунктами 2 и 4 настоящего пункта, в расчете на 100 случаев заболеваний, применяемую в целях расчета стоимости оказания медицинской помощи в рамках клинко-экономического стандарта.

3. Решение о предоставлении медицинских услуг, лекарственных средств и имплантируемых протезов, указанных в пунктах 2 и 4 части 2 настоящей статьи, принимается в порядке, определяемом руководителем медицинской организации.

В случае если предусмотренные клинко-экономическим стандартом медицинские услуги не могут быть предоставлены гражданину в связи с наличием у него медицинских противопоказаний к их применению, гражданину гарантируется оказание необходимой медицинской помощи, не предусмотренной клинко-экономическим стандартом. Решение о предоставлении такой медицинской помощи принимается клинко-экспертной комиссией медицинской организации, в которой гражданину оказывается медицинская помощь, в порядке, определяемом руководителем медицинской организации.

При оказании экстренной медицинской помощи решение об объеме необходимой медицинской помощи, не предусмотренной клинко-экономическим стандартом, принимается лечащим врачом с внесением соответствующего обоснования в медицинскую документацию.

4. Клинко-экономические стандарты разрабатываются на основе отраслевых медицинских стандартов (клинических протоколов) по соответствующим заболеваниям (состояниям), устанавливающих требования к объему и порядку оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях (состояниях).

Клинические протоколы разрабатываются с участием объединений медицинских специалистов, общероссийских общественных организаций пациентов (их ассоциаций, союзов), медицинских и научных организаций и утверждаются органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

5. Клинический протокол по определенному заболеванию (состоянию) предусматривает:

1) перечень и количество медицинских услуг, гарантируемых больному независимо от особенностей течения заболевания;

2) перечень медицинских услуг, оказываемых больному при наличии медицинских показаний, обусловленных особенностями течения заболевания;

3) перечень лекарственных средств и имплантируемых протезов, гарантируемых больному независимо от особенностей течения заболевания;

4) перечень лекарственных средств и имплантируемых протезов, предоставляемых больному при наличии медицинских показаний, обусловленных особенностями течения заболевания;

5) дозы (разовые и курсовые) лекарственных средств;

6) средний срок оказания медицинской помощи;

7) алгоритмы выполнения медицинских услуг и применения лекарственных средств, критерии их выбора в зависимости от особенностей течения заболевания;

8) медицинские противопоказания и возможные риски при оказании медицинской помощи ;





9) ожидаемые результаты оказания медицинской помощи;

10) частоту предоставления медицинских услуг, лекарственных средств и имплантируемых протезов, предусмотренных пунктами 2 и 4 настоящей части, в расчете на 100 случаев заболеваний.

6. В клинко-экономические стандарты и клинические протоколы включаются медицинские услуги и технологии, жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, имплантируемые протезы, изделия медицинского назначения, предусмотренные перечнями, утверждаемыми федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, на основе сочетания критериев клинической и экономической эффективности.

ГЛАВА 3. ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 12. Федеральная программа государственных гарантий медицинской помощи

1. Федеральная программа государственных гарантий медицинской помощи включает:

1) перечень видов медицинской помощи, включаемых в базовую программу обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации;

2) перечень видов специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств федерального бюджета, размеры квот по указанным видам медицинской помощи, установленные для субъектов Российской Федерации, а также условия ее оказания;

3) перечень видов медицинской экспертизы, осуществляемой за счет средств федерального бюджета;

4) требования к гарантируемым условиям оказания медицинской помощи, в том числе к условиям пребывания и нормативам обеспечения питанием граждан в стационарах, нормативам времени доступности медицинской помощи, предельным срокам ожидания плановой медицинской помощи;

5) федеральные программы дополнительного медицинского страхования, устанавливающие дополнительные гарантии медицинской помощи отдельным категориям граждан за счет средств федерального бюджета;

6) меры по повышению структурной эффективности оказания гарантированной медицинской помощи, включая нормативы объемов по видам и формам организации гарантированной медицинской помощи.

2. Федеральная программа государственных гарантий медицинской помощи ежегодно разрабатывается и утверждается Правительством Российской Федерации в сроки, установленные для подготовки и внесения в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального бюджета.

Статья 13. Территориальная программа государственных гарантий медицинской помощи

1. Территориальная программа государственных гарантий медицинской помощи включает:

1) базовую программу обязательного медицинского страхования, содержащую перечень видов, объемы, требования к порядку и условиям оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным гражданам в субъекте Российской Федерации;

2) перечень видов специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, устанавливаемый в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленного в соответствии с настоящим Федеральным законом;

3) размеры квот по видам специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой за счет бюджета субъекта Российской Федерации, установленные для входящих в его состав муниципальных образований, а также условия оказания такой медицинской помощи;

4) размеры квот по видам специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, предоставляемой за счет средств федерального бюджета, установленные для муниципальных образований, входящих в состав субъекта Российской Федерации;

5) перечень видов медицинской экспертизы, осуществляемой за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации и бюджетов муниципальных образований;

6) федеральные программы дополнительного медицинского страхования в части, реализуемой в субъекте Российской Федерации;

7) территориальные программы дополнительного медицинского страхования, устанавливающие дополнительные гарантии медицинской помощи отдельным категориям граждан за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации;

8) требования к условиям и порядку оказания гарантированной медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

9) территориальные клинко-экономические стандарты;

10) нормативы объемов по видам и формам организации гарантированной медицинской помощи, дифференцированные по муниципальным образованиям;

11) нормативы финансовых затрат на единицу вида медицинской помощи;

12) объем средств, предусмотренных на финансирование территориальной программы государственных гарантий по каждому источнику ее финансирования;

13) порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в пределах территориальной программы государственных гарантий медицинскими организациями субъекта Российской Федерации и входящих в его состав муниципальных образований;



14) меры по повышению структурной эффективности оказания гарантированной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации на год.

2. Методика определения тарифов на медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с программами государственных гарантий, устанавливается Правительством Российской Федерации.

3. Территориальные программы государственных гарантий медицинской помощи ежегодно разрабатываются и утверждаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сроки, установленные для подготовки проекта бюджетов субъектов Российской Федерации в соответствии с устанавливаемыми Правительством Российской Федерации порядком составления и финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи, а также минимальными нормативами финансовых затрат на единицу вида медицинской помощи.

Статья 14. Оценка соответствия и контроль реализации Территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи

1. Федеральный орган исполнительной власти по контролю и надзору в сфере здравоохранения осуществляет оценку соответствия территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи на очередной год требованиям к видам, объему, условиям и порядку предоставления гарантированной медицинской помощи, ее финансовому и иному обеспечению, а также иным требованиям, установленным настоящим Федеральным законом и в соответствии с ним.

2. Финансирование территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи из средств федерального бюджета и средств государственных внебюджетных фондов Российской Федерации осуществляется при условии соответствия территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи установленным настоящим Федеральным законом требованиям, подтвержденного по итогам оценки федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения.

3. По итогам реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи федеральный орган исполнительной власти, по контролю и надзору в сфере здравоохранения проводит контроль исполнения территориальной программы.

В случае выявления нарушений при реализации территориальной программы, органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации и указанным федеральным органом исполнительной власти согласовывается программа мер по устранению выявленных недостатков. Указанная программа мер может предусматривать погашение имеющихся задолженностей финансирования, дополнительные меры по повышению структурной эффективности оказания

гарантированной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, принятие необходимых нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации, и другие меры.

Меры, предусмотренные такой программой, учитываются при подготовке территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи на соответствующий год. Неисполнение мер по устранению недостатков реализации территориальной программы государственных гарантий в согласованные сроки может являться основанием для отказа в подтверждении соответствия территориальной программы на очередной год при ее оценке в соответствии с пунктом 1 настоящей статьи.

4. Порядок оценки соответствия территориальной программы требованиям настоящего Федерального закона и издаваемым в соответствии с ним нормативно-правовым актам и контроля ее реализации устанавливается Правительством Российской Федерации.

ГЛАВА 4. ФИНАНСОВАЯ ОСНОВА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 15. Источники финансирования государственных гарантий медицинской помощи

1. Источниками финансирования государственных гарантий медицинской помощи являются:

1) средства обязательного медицинского страхования, направляемые на оплату медицинской помощи в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;

2) средства федерального бюджета, направляемые на оплату специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с федеральной программой государственных гарантий медицинской помощи;

3) средства федерального бюджета, направляемые на финансирование федеральных программ дополнительного медицинского страхования, принимаемых в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;

4) средства бюджетов субъектов Российской Федерации, направляемые на оплату специализированной высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с территориальными программами государственных гарантий медицинской помощи;

5) средства бюджетов субъектов Российской Федерации, направляемые на финансирование территориальных программ дополнительного медицинского страхования, принимаемых в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании;

6) средства бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, дополнительно направляемые медицинским организациям сверх минимальных нормативов фи-





нансовых затрат на единицу медицинской помощи (в том числе, на возмещение дополнительных расходов по оказанию медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию сверх платежей из средств обязательного медицинского страхования);

7) поступления из иных источников, установленных законодательством Российской Федерации.

2. Средства, направляемые на финансовое обеспечение государственных гарантий медицинской помощи, не могут направляться на иные цели.

Средства, направляемые на финансирование государственных гарантий медицинской помощи в соответствии с пунктами 1–3 части 1 настоящей статьи, не могут направляться на финансирование иных государственных гарантий медицинской помощи.

Средства, направляемые на финансирование государственных гарантий медицинской помощи в соответствии с пунктами 4–7 части 1 настоящей статьи, могут направляться на финансирование государственных гарантий медицинской помощи, предусмотренных федеральной программой государственных гарантий медицинской помощи, в случаях, предусмотренных частью 3 статьи 16 настоящего Федерального закона.

3. В случае если предоставление необходимой гражданину медицинской помощи гарантируется как в соответствии с федеральной программой государственных гарантий медицинской помощи, так и в соответствии с другими нормативными правовыми актами, устанавливающими дополнительные гарантии медицинской помощи для отдельных категорий граждан, такая медицинская помощь оплачивается за счет средств, предусмотренных на реализацию дополнительных гарантий медицинской помощи.

Статья 16. Требования к финансовому обеспечению государственных гарантий медицинской помощи

1. При утверждении федеральной и территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи Правительство Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления обеспечивают соответствие средств, выделяемых по каждому источнику финансирования государственных гарантий медицинской помощи, и средств, необходимых для исполнения финансовых обязательств по реализации государственных гарантий медицинской помощи, подлежащих финансированию из соответствующего источника.

Решения об утверждении федеральной и территориальных программ государственных гарантий, а также решения о внесении в них изменений, влекущих увеличение средств на их реализацию, принимаются одновременно с решениями о соответствующем финансовом обеспечении государственных гарантий медицинской помощи.

2. При установлении перечня видов медицинской помощи, включаемых в базовую программу обязательного ме-

дицинского страхования, обеспечивается соответствие суммы средств, необходимых на реализацию указанной базовой программы, и прогнозируемого поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

3. Если в процессе реализации территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи происходит снижение объема поступлений из источников ее финансирования, что приводит к неполному, по сравнению с утвержденным, финансированию расходов, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с бюджетным законодательством принимает решение о сокращении расходов на реализацию территориальной программы.

При этом:

- ♦ в первую очередь сокращаются расходы на финансирование территориальных программ дополнительного медицинского страхования, а также расходы на оплату специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с территориальными программами государственных гарантий медицинской помощи, с одновременным пересмотром соответствующих квот на специализированную высокотехнологичную медицинскую помощь;

- ♦ во вторую очередь сокращаются расходы из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, дополнительно направляемые медицинским организациям сверх нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи, предусмотренные в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 15 настоящего Федерального закона;

- ♦ в третью очередь сокращаются сверхнормативные расходы на реализацию гарантий, предусмотренных федеральной программой государственных гарантий медицинской помощи.

Расходы на реализацию указанных гарантий не могут быть сокращены, если сокращение влечет не соблюдение нормативов финансовых затрат на единицу медицинской помощи либо требований к видам, объемам, условиям и порядку ее предоставления.

В случае если финансирование территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи осуществляется с привлечением средств федерального бюджета и (или) Федерального фонда обязательного медицинского страхования, решение о сокращении указанных расходов принимается по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.

ГЛАВА 5. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СВЕРХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

Статья 17. Медицинская помощь сверх программы государственных гарантий медицинской помощи

1. Государственные и муниципальные медицинские организации вправе оказывать медицинскую помощь за



счет средств организаций и граждан (платные медицинские услуги) при условии своевременного выполнения объемов медицинской помощи, установленных договором на оказание медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заданиями на оказание медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней.

2. Предельные тарифы на медицинскую помощь сверх программы государственных гарантий, оказываемую в государственных (муниципальных) медицинских организациях, устанавливаются субъектом Российской Федерации.

3. Порядок оказания государственными (муниципальными) медицинскими организациями медицинской помощи сверх программы государственных гарантий медицинской помощи, а также предельные тарифы на медицинскую помощь, оказываемую сверх программы государственных гарантий в федеральных медицинских организациях, устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Статья 18. Возмещение пациентам части расходов на приобретение ими лекарственных средств и имплантируемых протезов

При назначении лечащим врачом с согласия пациента более дорогих лекарственных средств и имплантируемых протезов, взамен предусмотренных клинико-экономическим стандартом при оказании стационарной помощи, медицинская организация обязана возместить пациенту расходы на их приобретение в пределах стоимости лекарственного средства или имплантируемого протеза, предусмотренной соответствующим клинико-экономическим стандартом.

Возмещение расходов осуществляется на основании заявления пациента с приложением документов, подтверждающих произведенные расходы (кассовые чеки аптеки и других организаций, осуществляющих торговлю лекарственными средствами, имплантируемыми протезами).

Возмещение указанных расходов осуществляется в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации.

Статья 19. Учет деятельности по оказанию медицинской помощи сверх программы государственных гарантий

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь за счет государственных средств и иных источников, обязаны вести раздельный бухгалтерский учет поступающих средств и статистический учет деятельности по оказанию медицинской помощи в пределах программы государственных гарантий медицинской помощи и медицинской помощи сверх программы государственных гарантий.

ГЛАВА 6. ГОСУДАРСТВЕННАЯ И ОБЩЕСТВЕННАЯ ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН НА ГАРАНТИРОВАННУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Статья 20. Полномочия органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления по защите прав граждан на гарантированную медицинскую помощь

1. Органы исполнительной власти Российской Федерации в пределах своей компетенции реализуют следующие основные полномочия по защите прав граждан на гарантированную медицинскую помощь:

1) формирование и реализация федеральной политики в сфере обеспечения граждан гарантированной медицинской помощью;

2) утверждение федеральной программы государственных гарантий медицинской помощи, установление требований к расчету стоимости территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи, нормативов финансирования программ государственных гарантий и иных требований к территориальным программам государственных гарантий медицинской помощи, осуществление общей координации по вопросам контроля за соблюдением установленных требований к оказанию гарантированной медицинской помощи;

3) обеспечение оплаты гарантированной медицинской помощи в части, подлежащей финансированию из средств федерального бюджета;

4) установление требований к условиям и порядку обязательной аккредитации медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в рамках федеральной и территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи;

5) установление требований к объему, порядку и условиям оказания гарантированной медицинской помощи, его финансовому, организационному обеспечению оказания гарантированной медицинской помощи;

6) организация оказания гражданам специализированной высокотехнологической медицинской помощи, подлежащей финансированию из средств федерального бюджета;

7) обеспечение деятельности федеральной комиссии по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи;

8) осуществление контроля исполнения требований к объему, порядку и условиям оказания гарантированной медицинской помощи, ее финансовому, организационному обеспечению при оценке соответствия требованиям настоящего Федерального закона территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи и в процессе их реализации, лицензировании, государственной аттестации медицинских организаций и надзоре за их деятельностью;





9) осуществление контроля за соблюдением требований законодательства Российской Федерации, установленных в отношении оказания медицинской помощи за счет средств граждан и организаций;

10) направление предписаний органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органам местного самоуправления, их должностным лицам, медицинским и иным организациям о прекращении нарушений прав граждан на гарантированную медицинскую помощь, в том числе, требований к объему, порядку и условиям оказания гарантированной медицинской помощи, финансовому, организационному обеспечению оказания гарантированной медицинской помощи;

11) принятие решения об отмене аккредитации медицинской организации, о приостановлении действия либо аннулирования лицензии на медицинскую деятельность в случае нарушения медицинской организацией прав граждан на гарантированную медицинскую помощь.

2. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии со своей компетенцией реализуют следующие основные полномочия по защите прав граждан на гарантированную медицинскую помощь:

1) рассматривают жалобы граждан, по вопросам, связанным с реализацией государственных гарантий медицинской помощи в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, консультируют граждан по вопросам защиты их прав;

2) анализируют виды, объемы, условия и порядок оказания медицинской помощи гражданам в целях выявления нарушений прав граждан, в рамках своих полномочий реализуют меры по выполнению установленных законодательством Российской Федерации требований к доступности и качеству гарантированной медицинской помощи, а также требований к ее видам, объему, условиям и порядку предоставления;

3) при выявлении нарушения прав граждан незамедлительно извещают об этом федеральный орган исполнительной власти по контролю и надзору в сфере здравоохранения;

4) осуществляют функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения по поручению федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения или по его доверенности;

5) обеспечивают деятельность территориальных комиссий по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи.

3. Органы местного самоуправления реализуют следующие основные полномочия по защите прав граждан на гарантированную медицинскую помощь:

1) рассматривают жалобы граждан, по вопросам связанным с реализацией государственных гарантий медицинской помощи в муниципальных медицинских организациях, консультируют граждан их по вопросам защиты их прав;

2) анализируют виды, объемы, условия и порядок оказания медицинской помощи гражданам в целях выявления нарушения прав граждан;

3) при выявлении нарушения прав граждан незамедлительно извещают об этом федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения.

Для обеспечения защиты прав граждан органы местного самоуправления самостоятельно формируют соответствующие структуры.

4. Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения (его территориальные органы), иные федеральные органы исполнительной власти, осуществляющие контроль за качеством и безопасностью товаров (работ, услуг), связанных в оказанием гарантированной медицинской помощи, органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления вправе обращаться в суд в защиту прав граждан на гарантированную медицинскую помощь.

Статья 21. Защита прав граждан на гарантированную медицинскую помощь и публичный контроль за ее оказанием

1. Права граждан на гарантированную медицинскую помощь подлежат защите и публичному контролю за их осуществлением в соответствии с законодательством Российской Федерации о защите прав потребителей. Установленными указанным законодательством правами общественных объединений потребителей при защите прав граждан на гарантированную медицинскую помощь пользуются общественные организации пациентов (их ассоциации, союзы), объединения работодателей (их ассоциации, союзы), объединения профессиональных союзов.

2. С целью содействия досудебному разрешению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий контроль и надзор в сфере здравоохранения, и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации образуют соответственно федеральную и территориальные комиссии по рассмотрению указанных споров.

Решения федеральной и территориальной комиссий, принятие ими в соответствии с законодательством Российской Федерации, подлежат исполнению государственными и муниципальными медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в рамках программ государственных гарантий, либо обжалуются в суде.

Федеральные органы исполнительной власти, государственные внебюджетные фонды, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления, медицинские и иные организации и граждане обязаны бесплатно предоставлять по запросам комиссий по рассмотрению споров имеющуюся информа-



цию, связанную с рассматриваемыми комиссиями спорами. Указанная информация предоставляется в пятидневный срок со дня получения соответствующего запроса в письменном виде.

3. Федеральная комиссия по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи, формируется на паритетных началах из представителей федерального органа исполнительной власти, осуществляющего нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения, представителей медицинских организаций (их ассоциаций), представителей общественных организаций пациентов (их ассоциаций, союзов), представителей общероссийских объединений работодателей (их ассоциаций, союзов), и представителей профессиональных союзов.

Федеральная комиссия по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи реализует следующие основные функции:

1) рассматривает споры, связанные с реализацией государственных гарантий медицинской помощи в медицинских организациях, являющихся получателями средств федерального бюджета;

2) обобщает практику рассмотрения споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи;

3) направляет в федеральные органы исполнительной власти, государственные внебюджетные фонды, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления, медицинские и иные организации и гражданам запросы о предоставлении информации, относящейся к рассматриваемым комиссией спорам;

4) устанавливает методические основы деятельности территориальных комиссий по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи, обязательные к применению территориальными комиссиями;

5) рассматривает жалобы на действия территориальных комиссий по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи, и принимает по ним мотивированные решения, обязательные для территориальных комиссий;

6) в случае выявления нарушений установленных законодательством Российской Федерации требований к оказанию гарантированной медицинской помощи общается в органы государственной власти и управления в соответствии с их компетенцией для принятия необходимых мер.

4. Территориальная комиссия по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи, формируется на паритетных началах из представителей органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, представителей медицинских организаций (их ассоциаций), представителей общественных организаций пациентов (их ассоциаций, союзов),

представителей объединений работодателей (их ассоциаций, союзов) и представителей профессиональных союзов.

Территориальная комиссия по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи реализует следующие основные функции:

1) рассматривает споры, связанные с реализацией государственных гарантий медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, за исключением споров, отнесенных к компетенции федеральной комиссии;

2) обобщает практику рассмотрения споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;

3) направляет в федеральные органы исполнительной власти, государственные внебюджетные фонды, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления, медицинские и иные организации и гражданам запросы о предоставлении информации, относящейся к рассматриваемым комиссией спорам;

4) в случае выявления нарушений установленных законодательством Российской Федерации требований к оказанию гарантированной медицинской помощи общается в органы государственной власти и управления в соответствии с их компетенцией для принятия необходимых мер.

5. Федеральная и территориальные комиссии по рассмотрению споров, связанных с реализацией государственных гарантий медицинской помощи, осуществляют свою деятельность в соответствии с положением, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

Статья 22. Ответственность за нарушение законодательства о гарантиях медицинской помощи

Ответственность за нарушение законодательства о гарантиях медицинской помощи устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 23. Вступление в силу настоящего Федерального закона

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2005 года, за исключением части 3 статьи 10, части 1 статьи 13 и части 1 статьи 14.

2. Часть 3 статьи 10, часть 1 статьи 13 и часть 1 статьи 14 настоящего Федерального закона вступают в силу с 1 января 2006 года.

**Президент
Российской Федерации**



ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА К ЗАКОНОПРОЕКТУ «О ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Цель и предмет регулирования

Установленные в Конституции гарантии бесплатной медицинской помощи не конкретизируются в законодательных актах, что не позволяет их сбалансировать с имеющимися финансовыми ресурсами. Как следствие этого нарастает платность медицинской помощи, ее доступность снижается, причем в наиболее сложном положении оказываются наименее обеспеченные граждане. Неконкретность государственных обязательств порождает неконтролируемые формы платности медицинской помощи: больной нередко платит за то, что государство обеспечило финансовыми средствами.

Цель законопроекта конкретизировать государственные гарантии медицинской помощи, сбалансировать их с имеющимися финансовыми ресурсами.

Устанавливаются федеральные гарантии, которые могут быть дополнены на уровне субъекта РФ за счет собственных средств.

Конкретизация государственных гарантий медицинской помощи осуществляется по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания.

При определении видов медицинской помощи и перечня групп заболеваний заложен принцип преювенции сложившейся системы государственных гарантий. «Пакет» гарантируемых видов медицинской помощи практически не претер-

пел изменений. Исключения лечение кариеса и протезирование зубов у взрослых (старше 18 лет), лечение заболеваний (состояний), связанных с алкогольным, наркотическим или токсическим опьянением. Гарантируемые виды медицинской помощи не включают ряд медицинских услуг, которые и сегодня формально оказываются на платной основе (анонимная диагностика и лечение, медико-психологическая помощь и прочее).

Гарантируемые объемы медицинской помощи конкретизируются на основе стандартизации медицинских технологий. Для каждого вида заболеваний на федеральном уровне разрабатываются и утверждаются клинические протоколы, включающие перечни медицинских услуг и лекарственных средств, а также алгоритмы выполнения медицинских услуг. Клинические протоколы едины для всей страны.

На основе клинических протоколов субъекты РФ разрабатывают клинко-экономические стандарты (КЭС), конкретизирующие требования клинических протоколов и содержащие оценку стоимости перечня медицинских услуг и лекарственных средств. КЭСы определяют конкретные объемы медицинской помощи по каждому заболеванию.

Клинические протоколы и КЭСы состоят из двух частей. Фиксированная часть обязательна для всех пациентов с определенным заболеванием



набор медицинских услуг и лекарственных средств. Объем услуг фиксированной части одинаков для всех пациентов с данным заболеванием. Переменная (вероятностная) часть – набор медицинских услуг, необходимый для части пациентов с данным заболеванием в зависимости от особенностей его течения. Объем услуг переменной части определяется в расчете на совокупность пациентов (например, для диагностики холецистита на 100 пациентов требуется 60 ультразвуковых исследований).

Общее правило: гарантируется постоянная часть всем и переменная часть – по медицинским показаниям. Решение о переменной части принимается лечащим врачом в порядке, определяемом руководителем медицинской организации.

В случае медицинских противопоказаний к использованию КЭСa гарантируется оказание медицинской помощи, не предусмотренной этим стандартом. Но это предполагает более высокий уровень принятия решения – клинико-экспертной комиссией медицинской организации.

Такая структура стандарта обеспечивает, с одной стороны, конкретизацию набора и кратности медицинских услуг и лекарственных средств, получаемых пациентами, с другой – сохраняет необходимую свободу врача при принятии решения в условиях многообразия проявлений одного и того же заболевания у различных пациентов.

Одновременно стандарт – это инструмент реструктуризации системы оказания медицинской помощи. Он нужен для выбора наиболее эффективных медицинских технологий на основе критериев клинической и экономической эффективности. В частности, КЭС устанавливает необходимый уровень и оптимальные сроки оказания медицинской помощи.

Зафиксированный в законопроекте порядок оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий основан на принципе: гарантируется предоставление медицинской помощи

при соблюдении установленного «маршрута» движения пациента по уровням оказания медицинской помощи. Роль организатора и координатора оказания медицинской помощи на других этапах принадлежит участковому врачу, врачу общей практики (семейному врачу). Плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях и в условиях стационаров оказывается по направлению этой категории врачей. При отсутствии соответствующих направлений плановая медицинская помощь предусматривает прямую оплату пациентом.

Устанавливается очередность плановой специализированной помощи, ведется реестр очередников. При внесении в этот реестр больного до него доводится информация о предельном сроке предоставления плановой помощи. Вводится контроль за соблюдением очередности.

Законопроект предусматривает квотирование высокотехнологичных видов медицинской помощи, оказываемых как в федеральных медицинских организациях (для субъектов РФ), так и в медицинских организациях субъектов РФ третьего уровня (для муниципальных образований). Субъекты РФ могут устанавливать дополнительные гарантии в отношении таких видов помощи – на основе прямых договоров с федеральными медицинскими организациями по тем же тарифам, которые установлены для квотируемой медицинской помощи. Перечни и размеры квот указанных видов медицинской помощи, а также перечни медицинских организаций ее оказывающих устанавливаются ежегодно соответственно федеральной и территориальной программами государственных гарантий.

Гарантируемые условия оказания медицинской помощи устанавливаются органами государственной власти субъектов РФ на уровне не ниже определенного федеральной программой государственных гарантий медицинской помощи. В этой программе устанавливаются требования к нормативам





вам пребывания и обеспечения питанием больных в стационарах, нормативам времени доступности медицинской помощи, предельным срокам оказания плановой медицинской помощи.

Реализация государственных гарантий медицинской помощи осуществляется преимущественно через систему обязательного медицинского страхования. Действующая сегодня бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения преобразуется в систему финансирования, основанную на страховом принципе, то есть двухканальная система поступления налоговых средств в медицинскую организацию уступает место одноканальной системе. Это позволит более эффективно планировать имеющиеся средства, оплачивать реальные результаты деятельности медицинских организаций, а не их содержание. Данной цели служит конкретизация состава федеральной и территориальной программ государственных гарантий. Они практически совпадают с программами обязательного медицинского страхования. Из средств бюджетов всех уровней напрямую финансируется только высокотехнологичная медицинская помощь, финансовые риски оказания которой не могут быть покрыты из подушевого норматива финансирования страховщиков.

Переход к расширенной программе ОМС должен быть растянут во времени – в зависимости от способности регионов обеспечить достаточные платежи на ОМС неработающих и сформировать экономическую основу для оплаты практически всех видов медицинской помощи.

Законопроект устанавливает ряд регулирующих мер, обеспечивающих соответствие территориальных программ государственных гарантий установленным государственным гарантиям. Прежде всего, это набор норм прямого действия – состав клинических протоколов и клинико-экономических стандартов, требование установления порядка направления больных врачом первичного звена для оказания плановой медицин-

ской помощи, требование к структуре территориальной программы государственных гарантий, требование соответствия объема гарантий их финансовому обеспечению и прочее. Кроме того, ряд требований устанавливается федеральной программой государственных гарантий (план мер по повышению структурной эффективности здравоохранения, целевые нормативы объемов амбулаторной, стационарной и скорой помощи, перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств) и нормами, устанавливаемыми Правительством РФ и Минздравсоцразвития России.

Предусмотрена система оценки территориальных программ государственных гарантий на предмет их соответствия требованиям к формированию этих программ. Она проводится Минздравсоцразвития России. Софинансирование из средств федерального бюджета и средств государственных внебюджетных фондов предоставляется при условии получения положительной оценки. Кроме того, устанавливается порядок контроля реализации территориальной программы государственных гарантий.

Законопроект устанавливает принцип балансировки территориальных программ государственных гарантий с размерами их финансирования. Для его реализации вводится конкретный алгоритм балансировки, предусматривающий семь последовательных шагов – начиная от мер по повышению структурной эффективности территориального здравоохранения и заканчивая выбором менее затратных медицинских технологий, включаемых в КЭС.

Важно подчеркнуть, что пересмотр этих стандартов – последняя из возможных мер балансировки. Тем самым утверждается принцип приоритетности интенсивности и качества медицинской помощи.

Система государственных гарантий не сводится к оказанию бесплатной медицинской помощи.



Законопроект предусматривает ряд мер по регулированию условий оказания медицинской помощи сверх программы государственных гарантий. В частности, государственные (муниципальные) медицинские организации имеют право на оказание платных медицинских услуг только при выполнении договорных обязательств по ОМС в отношении объемов медицинской помощи, а также заданий на оказание объемов медицинской помощи, оплачиваемых из средств бюджетов всех уровней. Для снижения бремени личных расходов населения вводятся предельные тарифы на платные медицинские услуги. Они устанавливаются субъектом РФ для территориальной сети медицинских организаций и Правительством РФ для федеральных медицинских организаций.

С этой же целью вводится порядок зачета пациентам части стоимости приобретаемых ими лекарственных средств. При назначении лечащим врачом стационара более дорогих лекарственных средств взамен предусмотренных клинико-экономическим стандартом больницы возмещает пациенту стоимость лекарств, гарантируемых этим стандартом. При этом пациент вправе приобрести эти лекарственные средства в аптеке и иной организации, осуществляющей торговлю лекарственными средствами. В любом случае он получает возмещение стоимости гарантируемого государством лекарственного средства.

Отдельная глава законопроекта – государственная и общественная защита прав граждан на гарантируемую медицинскую помощь. В ней рассмотрены механизмы защиты и связанные с этим правоотношения.

Предусматривается, что закон вступит в действие с 1 января 2006 г, за исключением норм, регулирующих порядок направлений на оказание плановой специализированной помощи (через врача первичного звена) и состав программ государственных гарантий (расширенная про-

грамма ОМС, включающая практически все виды медицинской помощи). Эти нормы предлагается ввести с начала 2007 г.

Место будущего закона в системе действующего законодательства

Законопроект разрабатывается с целью конкретизации объема государственных гарантий медицинской помощи, предусмотренных статьей 41 Конституции Российской Федерации.

По своему правовому содержанию разрабатываемые законодательные положения носят характер минимальных социальных стандартов в сфере здравоохранения. В соответствии с пунктом 2 статьи 135 Бюджетного кодекса Российской Федерации, перечень, виды и количественные значения минимальных государственных социальных стандартов устанавливаются федеральным законом.

Таким образом, разрабатываемый законопроект относится к законодательству о социальном обеспечении и социальном страховании.

Его принятие потребует внесения изменений и дополнений в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (разделы IV, V, VIII), в Федеральный закон «О техническом регулировании (введение понятия «медицинский стандарт»), изменения Постановления Правительства Российской Федерации от 11.09.98 №1096 «Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», а также принятия ряда новых актов Правительства Российской Федерации и федеральных органов исполнительной власти, уточняющих объем государственных гарантий отдельным категориям граждан.

Законопроект вносится одновременно с законопроектом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Правовые нормы этих двух законопроектов взаимосвязаны.



НП «Торговый Петербург»

т./ф. 320-3299, 320-2455

e-mail: tp@infotrade.ru

<http://www.infotrade.ru/expomed/>

III ВЫСТАВКА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ «ЭКСПОМЕД» 1–3 ОКТЯБРЯ 2004 Г.

Центральный выставочный зал «Манеж»
Исаакиевская пл., д. 1

Выставка «ЭКСПОМЕД» проводится при поддержке НП «Санкт-Петербургская Медицинская палата», ведущих медицинских центров, научных и учебных заведений.

Основная цель выставки: обзор рынка платных медицинских услуг Санкт-Петербурга.

Тематические разделы: платные медицинские услуги, медицинское страхование, реабилитация и профилактическая медицина, фармакология, юридические услуги, косметологические услуги, профессиональные издания.

Деловая программа: включает тематические лекции и консультации для горожан с участием профессионалов рынка медицинских услуг.

Участие в выставке: прямые контакты с потенциальными клиентами, имиджевая реклама, проведение маркетинговых исследований, контакты с партнерами и конкурентами, информация о Вас в специализированных и общегородских изданиях и на специализированных серверах, участие в формировании цивилизованного рынка медицинских услуг.

В выставке не могут принимать участие организации, занимающиеся нетрадиционной медициной.

Контактное лицо: Зотова Ольга (конт. тел. 320-32-99, 320-24-55)



Выставку «ЭКСПОМЕД», состоявшуюся в марте 2004 года в ВК «Ленэкспо» посетило 4400 горожанина

В выставке приняли участие многие ведущие медицинские организации города, среди которых «Санкт-Петербургская Медицинская палата»; ЦМСЧ-122; Клиника им. Пирогова; «Поликлинический комплекс»; «ОрКли»; «Ленинградская областная клиническая больница»; Медицинская Академия Последипломного Образования; «Одонт»; «Coris», частная скорая помощь; «Регина»; «Омега» (Центр доктора Болотовского); «Т.О.П.»; «Косметрика»; «Аура»; «Диалект»; «Мир здоровья»; «Народная медицина», фитокомпания; «Ева»; «Степ»; «Алкор Био»; «Витамедика»; «VitaLine»; «ЭКО»; «Интерслух»; «Танго»; «Паризо»; «Северо-западный окружной медицинский центр»; «Нептун»; Клиника проф. Суханова; «Аск-Мед», страховая компания; «Бейби»; Городская больница № 25; Родильный Дом № 18; НИИ кардиологии им. В.А.Алмазова; Городская больница № 2; «EVRODAY», компания; «МАКСИМА»; «Петербургская Неотложка»; Покровская больница; «Ваше здоровье» – телефонная справочная служба.

В дни работы выставки лучшими специалистами Санкт-Петербурга было проведено 20 обучающих лекций для горожан.



Менеджер
здравоохранения

