

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№ 11. 2005

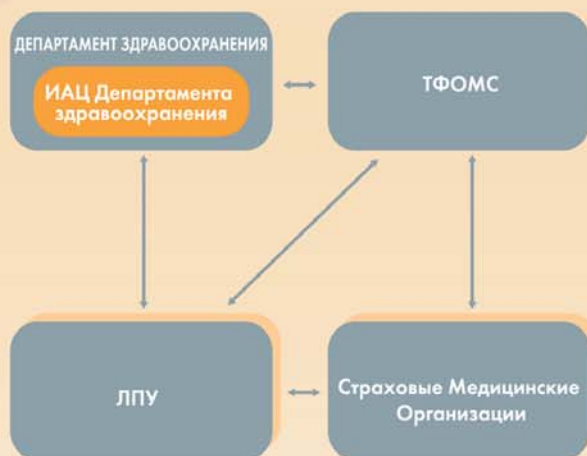


Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

РЕГИОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СИСТЕМА РИАМС

- РИАМС** - единая информационная база для лечебно-профилактических учреждений, территориальных органов управления здравоохранением всех уровней, территориального фонда ОМС и страховых медицинских организаций региона.
- РИАМС** - унификация организационных, управленческих и финансово-экономических технологий и процессов в системах здравоохранения и ОМС.
- РИАМС** - автоматизация и компьютеризация субъектов и организаций систем здравоохранения и ОМС.
- РИАМС** - новейшие компьютерные и программные технологии для ввода, обработки и анализа больших объемов разнородных данных в здравоохранении и системе ОМС.
- РИАМС** - оптимизация расходов на управление в системах здравоохранения и ОМС.
- РИАМС** - интеграция в информационное пространство Российской Федерации.



РИАМС состоит из 6 взаимосвязанных программных комплексов (ПК)

- ПК "Регистр населения"
- ПК "Формирование территориальной программы государственных гарантий"
- ПК "Паспорт ЛПУ"
- ПК "Статистика и счета фактуры ЛПУ"
- ПК "Учет и анализ счетов-фактур ЛПУ"
- ПК "Управление состоянием здоровья населения области"

Основные системные решения, используемые в РИАМС

- Трехуровневая архитектура клиент-сервер.
- Интранет-технологии ("тонкий" клиент).
- Обмен данными между ПК с использованием языка XML.
- Использование продуктов Microsoft (MS Windows Server 2000, MS Windows 2000 Professional, MS SQL Server 2000).

Тел.: +7 (095) 775-6565
Факс: +7 (095) 143-9648

Россия 119192, Москва, Ломоносовский пр-т., д.43, корп. 2
[http:// www.medcore2000.ru](http://www.medcore2000.ru) e-mail: info@medcore2000.ru



Менеджер здравоохранения

НА НАШЕМ САЙТЕ:

WWW.IDMZ.RU

Смотрите полные тексты следующих
Приказов Минздравсоцразвития России:

-  «Об утверждении Положения о Департаменте анализа и прогноза развития здравоохранения и социально-трудовой сферы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» от 6 июля 2005 г. № 441
-  «О создании рабочей группы по привлечению негосударственных инвестиций в здравоохранение Российской Федерации» от 26 июля 2005 г. № 464
-  «О создании рабочей группы по подготовке предложений по повышению доступности и качества социальных услуг» от 29 июля 2005 г. № 482
-  «Об утверждении Положения о Правовом департаменте Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» от 19 июля 2005 г. № 458
-  «О создании рабочей группы по разработке проекта программы «Развитие вспомогательных репродуктивных технологий в Российской Федерации на 2006–2008 годы» от 2 августа 2005 г. № 489
-  «О создании рабочей группы по подготовке проекта Основ политики Российской Федерации в области здорового питания населения Российской Федерации на период 2006–2010 гг.» от 10 августа 2005 г. № 499

Менеджер здравоохранения

№11
2005

Главный редактор:

СТАРДУБОВ 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., главный специалист ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Редакционная коллегия:

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

В номере:

**О национальном проекте «Здоровье». Доклад министра
здравоохранения и социального развития РФ М.Ю.Зурабова
на пленарном заседании осенней сессии Государственной Думы**

Событие

4-6

**На вопросы читателей журнала «Менеджер здравоохранения»
отвечает заместитель министра здравоохранения
и социального развития РФ В.И.Стародубов**

Актуальное интервью

7-10

**Конкуренция на российском рынке медицинских услуг:
сектор общественного здравоохранения. Часть 1**

В.М.Донин, О.П.Маркова

11-16

**Анализ экономической эффективности работы отделения
платных услуг в муниципальной поликлинике**

О.Б.Чертухина, С.Л.Гусева

17-22

**Новые формы работы по интенсификации деятельности
медицинского учреждения в сфере платных услуг**

И.Е.Рыбальченко

23-26

Маркетинг и менеджмент репродуктивных технологий

Е.И.Померанцева

27-32

Особенности конкурсов на поставку компонентов донорской крови

Е.Б.Жибурт, П.В.Рейзман, Л.Г.Калинченко

33-36

**Факторы, влияющие на показатели и оценку состояния
общественного здоровья и здравоохранения. Часть 2**

В.И.Стародубов, И.Н.Ступаков, И.В.Самородская

37-46

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель Главы администрации г.Ставрополя
ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович, д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВа, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, академик МАНЭП, заведующий курсом менеджмента и экономики здравоохранения Санкт-Петербургской медицинской академии им. И.И.Мечникова, начальник кафедры морской медицинской подготовки плавсостава Государственной морской академии им. адм. С.О.Макарова
РУТОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана
ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,
д.м.н., профессор Владимирского государственного университета
ОРЛОВ Олег Игоревич,
д.м.н., генеральный директор фонда «Телемедицина»
ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок
ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя министра здравоохранения и социального развития

«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, офис 234
idmz@mednet.ru
(095) 218-07-92, 979-92-45

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

Автор дизайн-макета:
А.Д.Пугаченко
Компьютерная верстка и дизайн:
Л.А.Михалевич
Администратор сайта:
В.С.Лебова
vsl@mail.ru
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать» – 82614

Отпечатано
в ООО «ТРИМЕД-Групп»

Заказ № 111105

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

О влиянии психологического статуса руководителей среднего звена на эффективность работы отделений стационара больницы

С.А.Осанкин, В.Л.Громова, Ф.И.Бадаев

47-51

Последипломное образование в сфере управления здравоохранением: новые требования, новые критерии успеха

Ф.Н.Кадыров

52-57

Трансформация гарантий медицинской помощи в бывших социалистических странах

С.В.Шишкин

58-61

Вопросы и ответы

62-63

Актуальный документ

64-65

Глоссарий терминов по организации страхования здоровья

А.А.Кудрявцев

66-70

Методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации

Методические рекомендации

71-79



05.09.05

Выступая на встрече с руководством правительства, Федерального Собрания и членами Госсовета, Президент России В.В.Путин отметил, что ситуация в первичном звене здравоохранения «постепенно, но уверенно» ухудшалась из года в год.

«Нужно прямо признать, что муниципальная сеть здравоохранения находится сейчас в плачевном состоянии. И нужно прямо и честно сказать: без нашей помощи никакие новации там будут невозможны. Нужно это звено здравоохранения – первичное здравоохранение – поддержать с федерального уровня», – заявил В.В.Путин.

По его словам, о состоянии здравоохранения люди судят по тому, как их принимают и как им помогают в конкретном фельдшерском пункте, поликлинике или больнице. Особое внимание следует уделить развитию первичного медицинского звена, первичной медицинской помощи, профилактике заболеваний, включая вакцинацию и эффективную диспансеризацию населения. «Мы обязаны существенно снизить распространенность инфекционных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и других, ввести новые программы медицинского обследования новорожденных», – подчеркнул В.В.Путин.

07.09.05

В своем докладе на первом пленарном заседании осенней сессии Государственной Думы Министр здравоохранения и социального развития РФ М.Ю.Зурабов, развивая идеи Президента, сформулировал пять главных направлений преобразований системы здравоохранения. Предлагаем сокращенный вариант доклада Министра:

Федеральный бюджет на сегодняшний день финансирует всего лишь 9,6% от всех совокупных расходов на оказание медицинской помощи. Действительно, за последние годы объемы финансирования несколько выросли. Так, если в 1998 году на финансирование здравоохранения было направлено 82,3 млрд. рублей, то показатели прошлого года — а это уже 479 млрд. рублей — выглядят достаточно оптимистично. В реальном выражении (учитывая инфляцию, рост цен в течение этого периода в 1,4 раза) произошло увеличение расходов на здравоохранение в 1,5 раза.

Но если брать за основу проценты от ВВП, картина складывается иная. В 1998 году в процентах от валового национального продукта расходы на здравоохранение составляли 3,12%, в прошлом году — 2,87%. Помимо этого, с нашей точки зрения, средства не вполне рационально распределяются. Основные расходы связаны с оказанием



прежде всего высокотехнологичной, дорогостоящей, специализированной медицинской помощи. Мы все больше и больше вкладываем средств в строительство мощных клиник, переоснащение существующих, в закупку дорогого оборудования. При этом гордиться уровнем удовлетворения потребности россиян в этой высокотехнологичной помощи мы все же не можем, если взять даже такие распространенные виды дорогостоящей медицинской помощи, как кардиохирургия, эндопротезирование. Заболевания опорно-двигательного аппарата нередко приводят к инвалидности, при этом из потребности в 300 тысяч операций ежегодно мы выполняем лишь 20 тысяч. Средняя обеспеченность высокотехнологичными видами помощи составляет от 12 до 20%.

Поэтому первое и самое главное, на что я хочу обратить внимание. И в выступлении Президента, прозвучавшем 5 сентября, тоже подчеркнул, что без изменения приоритетов, без переноса акцента на профилактику, укрепление первичного звена мы не сможем переломить негативные тенденции в здравоохранении. Вопрос в том, как это сделать. Методы решения этой проблемы пока не очевидны.

Начиная с 1993 года было ясно, что на существующих принципах финансирования отрасль не выживет. Тогда был принят соответствующий закон и началось внедрение обязательного медицинского страхования. Оно действительно принесло допол-

Инициативы, озвученные Президентом 5 сентября, не потребуют дополнительных изменений параметров бюджета на 2006 г.

Об этом сообщил глава Минэкономразвития Герман Греф. «Все инициативы, которые были сформулированы Президентом 5 сентября, были просчитаны», – сказал Министр, подчеркнув, что они не потребуют дополнительных изменений бюджетных параметров. Г.Греф напомнил, что объем социальных инициатив составит 115 млрд. руб. плюс 26,5 млрд. руб. в качестве госгарантий, пояснив, что эти суммы уже прописаны в бюджете. Министр также отметил, что этих средств на реализацию инициатив в 2006 г. будет достаточно, в 2007–2008 гг. объем финансирования на проведение национальных проектов, озвученных Президентом, может быть увеличен.

АЭИ «ПРАЙМ-ТАСС»

нительные источники средств в здравоохранение. Но системно медицинское страхование проблем здравоохранения решить не смогло. Сложилась такая ситуация, когда основные средства сосредотачиваются в территориальных фондах ОМС тех регионов, где более высокая заработная плата и большее количество трудоспособных граждан. Таким образом, финансовые возможности регионов в финансировании здравоохранения иногда разнятся в 12 раз. И не по нерадивости губернаторов, а потому, что объективно нет у многих соответствующих финансовых возможностей.

Рассчитывать на то, что система ОМС в дальнейшем сможет изменить ситуацию в здравоохранении, это значит обольщаться. И вот почему. Система здравоохранения сегодня построена не совсем по логичному принципу. Человеку гарантируется бесплатная медицинская помощь – так записано в Конституции – в государственных и муниципальных лечебных учреждениях. Парадокс этой записи состоит в том, что помощь гарантируется бесплатной не в соответствии с определенным стандартом, а именно там, куда пациент обратился, то есть в муниципальном или государственном лечебном учреждении. И сама организационно-правовая форма этих учреждений приводит к тому, что их финансирование было и будет осуществляться на сметном принципе. А он убивает здравоохранение, потому что это самый дешевый способ профинансиро-





вать любые расходы. В его основе нормативы, которые у нас чрезвычайно низки, — это нормативы заработной платы, потребления медикаментов, нормативы на одну койку. Сам механизм финансирования по смете приводит к тому, что лечебное учреждение не заинтересовано в оказании медицинской помощи и увеличении ее объемов, так как отсутствуют экономические стимулы.

Что происходит дальше? Здравоохранение, учась выживать в новых условиях, конечно же, будет постоянно наращивать объем платных услуг. На сегодняшний день население только официально за медицинскую помощь доплачивает порядка 85 млрд. рублей ежегодно, а это приблизительно одна треть той суммы, что выплачивается на медицинскую помощь работодателями. Теперь представьте себе, что возникла идея модернизировать здравоохранение, чтобы адаптировать отрасль к работе в условиях рынка. Для этого в первую очередь должны быть изменены организационно-правовые формы учреждений.

Но это очень большая работа, огромный продолжительный процесс преобразований. Сейчас же необходимо принимать срочные меры для преодоления тех негативных тенденций, которые отмечал и Президент. В развитие идей президента наши предложения можно свести к пяти главным направлениям.

Прежде всего — это укрепление первичного звена. Предстоит выстроить механизм, который позволит нам финансировать эти расходы и за счет средств федерального бюджета. В Российской Федерации 610 тысяч врачей, из которых в первичном звене работают всего 56 тысяч человек, плюс около 75 тысяч узких специалистов. Это весь потенциал медиков, который работает с населением в повседневном режиме. Вся же остальная часть врачей находится на других этапах оказания медицинской помощи. То есть вся конструкция здравоохранения в некотором смысле «перевернута с ног на голову».

Мы тратим огромное количество средств, и лишь малая их часть попадает туда, где она должна быть. Поэтому не только увеличение заработной платы врачам в первичном звене до 15 тысяч, а в том случае, если это врачи общей практики, — до 20 тысяч рублей в месяц, должно привести к позитивным переменам. Мы, безусловно, должны принять и новые управленческие, методические, организационные решения. Прежде всего это восстановление паспортов лечебных участков, введение паспорта здоровья пациентов. Необходимо повысить доступность лекарственных препаратов при амбулаторном лечении. Мы должны также оснастить первичное звено оборудованием для проведения скрининг-диагностики. Особая забота — выделение средств на дополнительную диспансеризацию населения.

В программе, которую мы будем предлагать вниманию Государственной Думы, предполагается существенное увеличение объемов бесплатной специализированной медицинской помощи, которая будет оказываться на федеральном уровне. У нас есть планы более 9,6 млрд. рублей направить в будущем году на эти цели, медицинскую помощь только в федеральных клиниках получают приблизительно 120—125 тысяч человек.

Необходимо также упомянуть, что особого внимания требуют вакцинация и иммунопрофилактика, поскольку в последние годы не было случая, когда бы Национальный календарь прививок был выполнен в полном объеме. Сейчас в него нужно будет включить вакцинацию от краснухи, полиомиелита, гепатита В и целого ряда так называемых управляемых инфекций. Объемы вакцинаций будут приведены в точное соответствие с потребностью, не рассчитывая никоим образом на финансовые возможности субъектов. Вот в комплексе как выглядит план первого этапа предполагаемых нами действий.



АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

В сентябре и октябре в редакцию журнала «Менеджер здравоохранения» обратилось большое количество его читателей с надеждой получить ответы «из первых уст» на волнующие всех вопросы, связанные с реализацией национального проекта «Здоровье». Ответить на них мы попросили главного редактора журнала, заместителя министра здравоохранения и социального развития РФ Владимира Ивановича Стародубова.

Корр.: Владимир Иванович, после объявления Президентом 5 сентября приоритетов, которые должно реализовывать правительство в ближайшие годы, в том числе и в сфере здравоохранения, прежде всего возникает вопрос о финансовом обеспечении проекта «Здоровье».

Стародубов: 13 сентября состоялось заседание Комитета Государственной Думы по охране здоровья, на котором заслушивались параметры бюджета на 2006 и последующие годы, в том числе объем средств, выделенных на здравоохранение. На реализацию президентского проекта «Здоровье» государство выделяет конкретные, реальные финансовые средства. В этом проекте выделен ряд направлений, связанных с решением самых болевых проблем системы здравоохранения.

Прежде всего это состояние первичного звена. Достаточно сказать, что укомплектованность врачами (участковыми, терапевтами, педиатрами) в первичном звене в разных субъектах РФ колеблется от 50 до 70%. И поэтому один из главных приоритетов – это повышение заработной платы участковым терапевтам, участковым педиатрам, врачам общей практики (семейным врачам) и работающим с ними медицинским сестрам. Деньги будут перечисляться через территориальные





Фонды обязательного медицинского страхования с 1 января 2006 года. В среднем повышение составит для врачебного персонала 10 000 рублей, а для сестринского – 5000 рублей, дополнительно к тем средствам, которые они получают в виде заработной платы в каждом субъекте РФ. И если на следующий год деньги на повышение зарплат в бюджете заложены из расчета на занятые участковыми врачами должности (это в среднем по стране 60% от штатного расписания), то на 2007 год заложены средства, учитывающие все штатные должности. То есть все делается для привлечения докторов в поликлиники – без этого трудно рассчитывать на заметное улучшение медицинского обслуживания населения.

Президент неслучайно подчеркнул, что определяется ряд критериев, по которым будет оцениваться работа таких врачей и медицинских сестер. Пока мы не решили вопрос, как задать параметры повышения зарплаты, поэтому жестких условий выставлять не будем и на первом этапе вводим эти показатели в режиме «выполнил – не выполнил», а потом перейдем на режим показателей качества оказываемой медицинской помощи.

На увеличение зарплаты в первичном звене в 2006 году выделены 12,8 млрд. руб., и мы предполагаем, что данная мера позволит решить нам проблему укомплектованности первичного звена здравоохранения.

Вторая проблема – оснащение наших поликлиник (городских и сельских) соответствующим оборудованием. Мы предполагаем уже в 2006–2007 годах примерно в 2/3 поликлиник поставить биохимические анализаторы, эндоскопическую, ультразвуковую, рентгеновскую аппаратуру и флюорографы. Это второй круг проблем, который решается, и деньги в бюджете в количестве 14,3 млрд. руб. в 2006 году и 15,4 млрд. руб. в 2007 году тоже предусмотрены.

Основной приоритет – оснащение станций скорой помощи санитарным автотранспортом. На эти цели в 2006 году предусмотрены 3,6 млрд.руб, в 2007 году – 3,9 млрд.руб. Из 18 000 автомобилей скорой помощи в течение двух лет будут заменены 12 000 автомобилей, планируется приобретение 240 автомобилей для санитарной авиации, стоимостью 60–70 тыс.\$ каждый.

Третья проблема – диспансеризация. Мы учли уроки 80-х годов и отчетливо осознаем, что провести всеобщую диспансеризацию достаточно трудоемко и дорого. Поэтому четко определили сроки и объемы предполагаемой диспансеризации. Она будет несплошной, касаться определенного контингента (лиц 30–55 лет, групп населения, производящих материальные ресурсы). Мы будем выявлять наиболее распространенные патологии:

сердечно-сосудистые заболевания, эндокринологические, неврологические, болезни опорно-двигательного аппарата, дыхания. На

О ЧЕМ ГОВОРЯТ ЦИФРЫ...

- ♦ Из 608 000 врачей РФ лишь 56 000 заняты в первичной медико-санитарной помощи.
- ♦ В поликлиническом звене обеспеченность врачами-терапевтами составляет менее 5 на 10 тыс. населения, а узкими специалистами – 13 на 10 тыс. населения.
- ♦ В первичном звене медико-санитарной помощи укомплектованность врачами-терапевтами составляет 56%, износ оборудования – 65%, износ основного фонда – 30%.
- ♦ Средний возраст врачей в первичном звене медико-санитарной помощи – 52 года, 30% из них не имеют сертификатов.



это выделяется 2 млрд. руб. в 2006 году, чуть больше – в 2007 году, и в этих средствах – ресурс для повышения зарплаты узким специалистам.

Четвертый приоритет – вакцинация населения. Впервые в бюджете будущего года предусмотрено 4,2 млрд. руб., чтобы закрыть Национальный календарь прививок. Определенные контингенты, в основном работающее население, будут вакцинироваться от гепатита В, гриппа (за счет средств федерального бюджета).

Президент назвал в числе приоритетных направлений лечение больных СПИДом, а также профилактику СПИДа. В бюджете предыдущего года на программу по борьбе со СПИДом было выделено порядка 150 млн. рублей. В следующем году выделяется 3,1 млрд. рублей, в 2007 году – 7,7 млрд. рублей. За счет этих средств мы решим проблему лечения больных СПИДом и профилактической терапии ВИЧ-инфицированных.

Пятый блок вопросов связан с дорогостоящими видами медицинской помощи, за которые отвечал и продолжает отвечать федеральный бюджет. Если в 2005 году на дорогостоящие виды медицинской помощи было выделено 6,3 млрд. рублей, то в 2006 году будет выделено 9,5 млрд. рублей, а в 2007 году – 17 млрд. руб. При этом мы считаем, что человек, который имеет направление в федеральные клиники, должен получить гарантированную государством бесплатную медицинскую помощь, включая необ-

ходимые расходные материалы и медикаменты, не взирая на их стоимость.

Для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в каждом территориальном округе будут построены по два новых федеральных медицинских центра по таким направлениям, как кардиохирургия, кардиология, нейрохирургия, неврология, травматология, эндопротезирование, патологии эндокринной системы, а также для лечения детей в перинатальном возрасте. Что касается последнего, то это означает более серьезные возможности для своевременного диагностирования врожденных патологий.

В 2006 году предусмотрено строительство шести таких центров (на эти цели выделены 12,6 млрд. руб.), в 2007 году – девяти. Критерии для выбора городов, в которых начнется строительство таких центров, следующие: не Москва и не Санкт-Петербург, наличие медицинского института, участие территорий в финансировании обучения специалистов за рубежом, выделение квартир для специалистов (не менее 50 квартир на центр).

Корр.: Будет ли осуществлять контроль за реализацией этой программы?

Стародубов: Разработана четкая программа мониторинга и отчетности о реализации программы. План реализации каждого из перечисленных направлений расписан до деталей.

О ЧЕМ ГОВОРЯТ ЦИФРЫ...

♦ В каждой 6 сельской амбулатории нет участкового врача.

♦ Студенты старших курсов медицинских институтов хотят быть: 92% – узкими специалистами, 4% – терапевтами, 2,7% – участковыми врачами, 1,3% – практикующими врачами.

♦ Рейтинг престижности врачебных специальностей у студентов старших курсов медицинских институтов: кардиохирургия – 100%, нейрохирургия – 100%, урология – 100%, офтальмология – 100%, акушерство и гинекология – 82%, дерматовенерология – 75%, хирургия – 74%.





Корр.: В регионах с большими территориями (Алтайский край, Красноярский край) функции семейного врача в сельской местности выполняют фельдшеры. Почему они исключены из числа получивших прибавку к заработной плате?

Стародубов: В РФ 45 000 фельдшерско-акушерских пунктов. Об этой категории медицинского персонала мы помним. Пока для фельдшеров предусмотрено дополнительное получение средств только через систему ОМС посредством увеличения тарифов, связанных с оказанием медицинской помощи в сельской местности.

Корр.: Каковы перспективы роста зарплат у узких специалистов?

Стародубов: Мы сознательно выделили приоритеты, понимая, что, если зададим высокую планку в системе оплаты отдельной категории врачей, появится уровень, до которого следует подтягивать заработную плату остальных категорий. Сегодня по единой тарифной сетке, со всеми надбавками и совместительствами в среднем по РФ заработная плата у работников здравоохранения примерно 5,5 тысяч рублей. Зарплата врача, естественно, выше: со всеми надбавками примерно 7–8 тысяч рублей. В ряде регионов, в частности, в Москве, зарплата еще выше. Но даже в Москве, где врачей готовят три государственных и еще несколько негосударственных медицинских ВУЗов, укомплектованность первичного звена кадрами составляет 50%. Если мы не изменим ситуацию в этом плане, то о каком реформировании стационарно-

го звена можем говорить? Поэтому был сделан акцент на первичное звено. Врач первичного контакта должен быть основным звеном в системе здравоохранения, в системе взаимоотношений с нашим населением, с пациентами. Мы посчитали необходимым сразу задать тон в плане материального стимулирования. Мы могли бы добавить по тысяче всем врачам. Что бы от этого изменилось? Думаю – ничего. А сейчас у нас есть шанс повлиять на ситуацию достаточно радикально.

Наряду с теми приоритетами, которые обозначил Президент, существуют и программы, связанные с повышением заработной платы всем работникам бюджетной сферы. С 1 мая будущего года первый разряд единой тарифной сетки составит 1100 рублей. В среднем годовом исчислении заработная плата повысится на 20%. Вместе с тем предусмотрено, что средства, которые должны пойти на диспансеризацию и на оказание медпомощи неработающему населению, поступят в систему обязательного медицинского страхования, в том числе и на оплату тарифов по первичной медико-санитарной помощи, что позволит в некоторой степени снять социальное напряжение. Это все обязательства муниципальные. Таким образом освобождается часть средств муниципалитетов, которые они могут перебросить на повышение заработной платы узким специалистам. Мы даем эти деньги дополнительно к бюджету муниципалитетов, субъектов Российской Федерации.

О ЧЕМ ГОВОРЯТ ЦИФРЫ...

Динамика численности врачей в РФ:

- ♦ В 2002 году – 608 588 врачей, из них участковых терапевтов – 29 789;
- ♦ В 2004 году – 607 052 врачей, из них участковых терапевтов – 27 794.

Подготовила Н.Куракова



В.М.ДОНИН,

к.э.н., начальник отдела реструктуризации сектора социальных услуг Департамента стратегии социально-экономических реформ Минэкономразвития России

О.П.МАРКОВА,

к.э.н., заместитель директора Департамента стратегии социально-экономических реформ Минэкономразвития России, г.Москва

КОНКУРЕНЦИЯ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: СЕКТОР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ЧАСТЬ 1

В данной статье путем идентификации конкурирующих субъектов, ресурсов, по поводу которых возникает конкуренция, и тех эффектов, которые проявляются в конкурентной борьбе, рассматриваются силы, определяющие конкурентоспособность общественного здравоохранения на российском рынке медицинских услуг.

В сложившейся системе здравоохранения Российской Федерации к субъектам, влияющим на конкурентоспособность общественного здравоохранения, относятся государство в лице федеральных, субфедеральных и муниципальных органов управления, фонды обязательного медицинского страхования (ФОМС), страховые медицинские организации (СМО), лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), работодатели и население. В последнее время законодательно в круг заинтересованных субъектов от лица государства включены налоговые органы, Пенсионный фонд Российской Федерации (ПФР), казначейства и в ряде регионов контрольно-счетные палаты.

Разнотипность субъектов и их функциональных ролей предопределяет многоуровневость системы распределения и перераспределения ресурсов. На каждом из этих уровней складываются определенные отношения, связанные с соперничеством субъектов за имеющиеся ресурсы. Некоторые из этих отношений административно или экономически регулируются властями различных уровней, а некоторые предоставлены рыночному саморегулированию.

В общественном здравоохранении РФ соперничество между субъектами системы здравоохранения возникает прежде всего между однотипными субъектами, но в некоторых случаях оно имеет место, как это будет показано





Таблица 1

Субъекты здравоохранения и объекты конкуренции

№ п/п	Субъекты здравоохранения	Объекты конкуренции
1	Федеральные органы	Межотраслевое распределение общественных финансов при формировании бюджета (федеральный приоритет здравоохранения)
2	Субфедеральные органы	1. Региональное распределение выделенных на здравоохранение общественных средств при формировании федерального бюджета. 2. Межотраслевое распределение общественных финансов при формировании субфедеральных бюджетов (субфедеральный приоритет здравоохранения)
3	Муниципальные органы	1. Региональное распределение выделенных на здравоохранение общественных средств при формировании субфедеральных бюджетов. 2. Межотраслевое распределение общественных финансов при формировании муниципальных бюджетов (муниципальный приоритет здравоохранения)
4	Работодатели (страхователи)	Ставка единого социального налога при формировании федерального бюджета (обязательные социальные выплаты)
5	Федеральный фонд ОМС	1. Ставка единого социального налога при формировании федерального бюджета. 2. Минимальный норматив подушевого финансирования ОМС
6	Территориальные фонды ОМС	1. Доля перечислений из ФФ ОМС на выравнивание финансирования ОМС в регионах. 2. Информационные ресурсы о налогоплательщиках
7	Страховые медицинские организации	1. Численность застрахованных. 2. Условия страхования. 3. Условия расчетов с медицинскими учреждениями и организациями
8	Лечебно-профилактические учреждения и организации	1. Средства страховщиков. 2. Тарифы на медицинские услуги. 3. Средства на развитие. 4. Средства на повышение квалификации медицинского персонала. 5. Право на участие в целевых программах
9	Население	Доступная, качественная медицинская помощь

ниже, и между субъектами различных типов. При этом соперничество всегда является следствием ограниченности ресурсов, перманентно присущей любой экономике.

Состав субъектов и объекты конкурентной борьбы представлена в табл. 1. Последовательно рассмотрим позиции табл. 1.

Межотраслевое распределение общественных финансов при формировании бюджета

В связи с продекларированными конституционными гарантиями по охране здоровья граждан Российской Федерации государство обязано выделять общественные средства на обеспечение функционирования и развитие национального здравоохранения. Выделение этих средств, в со-

ответствии с законодательством производится в процессе формирования и утверждения бюджета. Общественное здравоохранение является одной из сфер деятельности, конкурирующей за финансовые ресурсы с другими отраслями экономики и направлениями расходов бюджета. Несмотря на установление предусмотренных регламентом формирования бюджета жестких требований к экономическому обоснованию потребностей в финансовом обеспечении каждой из статей расходов, распределение средств по расходным статьям носит согласительный характер, в котором приоритеты формируются преимущественно как политические решения при активном участии лоббистов различных направлений расходов, как на уровне исполнительной, так и законодательной власти. В процесс распределения



общественных средств явно и неявно вмешиваются силы, формирующие доходную часть бюджета, – налогоплательщики, наиболее влиятельными из которых являются работодатели и развивающийся частный бизнес.

Частный бизнес имеет прямой экономический интерес в сокращении любых видов налогообложения, а развивающийся бизнес в сфере медицинских услуг – в сокращении текущих государственных расходов и сокращении конкурирующего с ним сектора общественного здравоохранения.

Сегодня расклад сил в согласительном процессе распределения бюджетных средств складывается явно не в пользу общественного здравоохранения, поскольку, несмотря на то, что с 1998 года Правительством Российской Федерации принимается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на основе расчетного (доказательного) обоснования минимальных финансовых потребностей, ее полноценное финансирование не было обеспечено ни разу. Это означает, что общественное здравоохранение не выдерживает прежде всего политической конкуренции не только на межотраслевом уровне, но и при определении предпочтений между выполнением социальных обязательств государства и развитием бизнеса, включая развитие бизнеса медицинских услуг.

Не умаляя важности и необходимости развития экономики и бизнеса, недопустимо пренебрежение конституционными обязательствами, связанными с охраной здоровья граждан. Здоровая нация, согласно современной теории, является непременным условием конкурентоспособности экономики [2]. Безусловно, что политический приоритет здравоохранения при формировании бюджета должен быть повышен. Этому может способствовать принятое решение о создании Общественной палаты, в состав которой целесообразно

включать не просто авторитетных людей, а представителей всех авторитетных и достаточно массовых общественных объединений и организаций, имеющих возможности коллективно и гласно анализировать решения, намечаемые к принятию, и отстаивать интересы не только профессиональных сообществ, но и различных слоев населения.

Межрегиональная конкуренция за средства федерального бюджета

Субъекты Российской Федерации являются конкурентами при распределении бюджетных средств, выделенных на развитие здравоохранения, а также средств Федерального фонда ОМС. Объектом конкуренции являются выделяемые на здравоохранение капитальные вложения, право на получение средств федеральных и отраслевых целевых программ, квоты на предоставление дорогостоящей медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях федерального подчинения, средства Федерального фонда ОМС, направляемые на выравнивание условий финансирования территориальных программ ОМС.

Борьба субъектов Федерации за средства Федерального бюджета – это борьба за возможности развития здравоохранения в регионах, за улучшение условий работы медицинского персонала и улучшение медицинского обслуживания населения.

Сегодня соперничество регионов при распределении средств федерального бюджета, направляемых на здравоохранение, обеспечивается не только в соответствии с установленными формальными критериями, но и гласностью и контролем со стороны субъектов, участием представителей субъектов Федерации в Совете Федерации и депутатов Государственной Думы, избранных от территориальных округов. Кроме того, доступ к средствам федерального бюджета обуславливается достаточно жесткими организационно-экономическими требованиями, такими, например, как со-





финансирование и соучастие субъектов при реализации намечаемых мероприятий. В настоящее время соперничество регионов за получение федеральных ресурсов все шире используется федеральными властями как фактор повышения их экономической заинтересованности в продвижении реформ.

Однако не менее значимыми при распределении федеральных средств являются «вес» и «связи» представителей регионов в федеральной законодательной и исполнительной власти. Не исключены также возможности использования при распределении бюджетных средств административного ресурса чиновников, снижающие эффективность и социальную справедливость при распределении федеральных средств.

Межотраслевая конкуренция при распределении субфедеральных бюджетов

На уровне бюджетов субъектов Федерации так же, как и при распределении средств федерального бюджета по направлениям расходов, здравоохранение конкурирует с другими секторами экономики. Объектами конкуренции являются средства бюджета субъекта Федерации для финансирования Программы государственных гарантий (оплаты медицинской помощи на ОМС неработающего населения, предоставления скорой медицинской помощи и медицинских услуг населению регионов при социально значимых заболеваниях), для оплаты коммунальных расходов ЛПУ, а также капитальные вложения. Согласительные механизмы распределения общественных средств на субфедеральном уровне очень схожи с механизмами, используемыми на федеральном уровне.

Лишь немногие регионы сегодня финансируют здравоохранение в объемах, обеспечивающих полное покрытие расходов на медицинское обслуживание населения в объеме Программы го-

сударственных гарантий. Однако ни в одном из регионов страны общественное здравоохранение не обеспечено финансированием в соответствии с истинными потребностями, и повсеместно отмечается вытеснение гарантированных государством бесплатных медицинских услуг платными.

Каковы же причины, снижающие конкурентоспособность общественного здравоохранения на рынке медицинских услуг? Прежде всего, как указано выше, заниженные нормативы финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи, следствием чего являются чрезмерно низкие уровни оплаты труда медицинских работников в общественном секторе. Низкий уровень оплаты труда медицинских работников, закладываемый при распределении бюджетных средств, по существу является механизмом принудительного подталкивания производителей и потребителей на рынок платных услуг.

Кроме того, совмещение платных и бесплатных услуг в медицинских учреждениях сняло барьеры для замещения бесплатных услуг платными и создало возможности для законного и незаконного ограничения доступа населения к бесплатной медицинской помощи. Например, вследствие низкого уровня заработной платы штатные должности врачей и медицинских сестер в медицинском учреждении для оказания бесплатной медицинской помощи могут оставаться длительное время вакантными. В то же время для оказания платных услуг такие врачи, но с более высоким уровнем оплаты труда в учреждении могут быть. Если пациент располагает деньгами, то он может получить требуемую ему медицинскую помощь, если нет – то в помощи ему будет отказано.

Широко используются и другие механизмы снижения доступности бесплатной медицинской помощи, такие как ограничения на объем бесплатной медицинской помощи в учреждении, выдача ограниченного числа талонов на прием к врачу, установление очередей на госпитализацию и



прием к врачам с неприемлемо длительным временем ожидания, отсутствие дисциплины в обслуживании очередников и т.д. Важно подчеркнуть, что время ожидания оказания медицинской помощи является одной из основных характеристик доступности медицинской помощи и совершенно неслучайно выставляется как одно из конкурентных преимуществ платного здравоохранения.

Выделение бюджетных средств на развитие материально-технической базы повышает функциональную устойчивость медицинских учреждений в общественном здравоохранении и их функциональную конкурентоспособность. Однако определение размеров этих средств и механизмы их распределения между учреждениями носят не рыночный, а согласительный и административный характер. Разделение текущего финансирования бесплатной медицинской помощи и капитальных вложений нарушает основное условие функционирования экономических агентов на рынке – условие их самодостаточности. Только самодостаточные агенты (в смысле их неубыточности) могут выжить в условиях рынка. Самодостаточность обеспечивает и условия для их развития. В этой связи услуги общественного здравоохранения должны оплачиваться с учетом полного финансового покрытия расходов по всем статьям и определенной нормы прибыли. Только одновременное повышение хозяйственной самостоятельности ЛПУ и введение нормативов финансирования бесплатной медицинской помощи, обеспечивающих самодостаточность ЛПУ, позволят учреждениям общественного здравоохранения реально конкурировать на рынке медицинских услуг и значительно уменьшить влияние не рыночных рычагов. Реализация только одного из этих факторов будет способствовать либо дальнейшей экспансии платных услуг на чужой ресурсной базе и вытеснению бесплатных услуг, либо дальнейшей эскалации общественных расходов на здравоохранение.

Влияние муниципальных властей

В связи с передачей специализированных муниципальных учреждений здравоохранения и обязательств по финансированию территориальных программ ОМС на уровень субъектов Федерации возможности для соперничества муниципальных властей за средства субфедеральных бюджетов на финансирование расположенных на территории муниципалитетов ЛПУ заметно сократились. В числе основных инструментов влияния муниципальных властей на улучшение условий функционирования здравоохранения на территории муниципальных образований остались только косвенные, такие как лоббирование интересов муниципалитета, связи и другие аналогичные механизмы. Прямое соперничество за общественные средства перешло на уровень ЛПУ.

Влияние страхователей работающего населения

Сегодня нельзя сказать, что в общем случае работодатели являются прямыми участниками конкурентных отношений в здравоохранении. Однако их деятельность во многом определяет ту среду, в которой реализуются эти отношения, и оказывает влияние на направления развития конкуренции в здравоохранении. С одной стороны, работодатели в роли страхователей формируют поток финансовых средств на цели общественного здравоохранения, с другой, они формируют альтернативные услугам общественного здравоохранения потребности в медицинском обслуживании.

Влияние страхователей на потоки финансовых средств, направляемых на здравоохранение, имеет двоякую направленность.

С одной стороны, фирмы заинтересованы в сокращении обязательных выплат по единому социальному налогу (ЕСН), которые снижают их прибыльность (при этом только незначительная





доля ЕСН (2,6%) направляется на обязательное медицинское страхование) и конкурентоспособность. В этой связи широко используются различные способы уменьшения налогооблагаемой базы, снижающие объем средств, направляемых на ОМС, а также производится давление на правительство и законодательные органы по поводу снижения ставки ЕСН.

С другой стороны, все большее количество производителей, конкурируя между собой за привлечение квалифицированного персонала и повышение его лояльности и надежности в целях обеспечения своей долгосрочной устойчивости и развития, помимо высокой заработной платы, предлагают персоналу пакеты социального обеспечения, включая оплачиваемую высококачественную медицинскую помощь. В этой связи формируется увеличивающийся поток финансовых средств в развитие альтернативного здравоохранения. Сюда относятся развитие добровольного медицинского страхования, медицинских, реабилитационных и профилактических служб, а также центров по поддержанию здоровья на фирмах, компенсация работникам затрат на медицинскую помощь в платных клиниках.

Представляемые организациям налоговые льготы, связанные с фондами социального развития предприятий, а также с участием в добровольном медицинском страховании своих работников, при неудовлетворительном качестве услуг общественного здравоохранения стимулируют развитие альтернативной, коммерческой медицины. Здесь уместно отметить два важных действующих обстоятельства, усиливающих воздействие работодателей на сокращение финансовых потоков на ОМС.

Первое из этих обстоятельств связано с тем, что вхождение организаций в сферу альтернативной медицины не освобождает их от социальных выплат на ОМС. Поскольку программы ДМС обычно во многом обеспечивают потреб-

ности в медицинской помощи, предусмотренной Базовой программой ОМС, и работники этих организаций, как правило, не пользуются услугами общественного здравоохранения, складывается ситуация как бы двойной оплаты медицинских услуг. В этой связи в проектах продвижения реформ здравоохранения обсуждаются возможности объединения ресурсов ОМС и ДМС, а также добровольного выхода из системы ОМС.

Второе обстоятельство связано с тем, что в ЕСН объединены составляющие с неодинаковой ценностной общественной оценкой. Поскольку львиную долю в ЕСН занимает пенсионная составляющая, ее реальное действие проявляется в достаточно отдаленном будущем с мало предсказуемым результатом, а выплачивать налоги нужно сейчас, доверие к ней невелико. Это является побудительным мотивом к уклонению от уплаты ЕСН. В то же время в ЕСН включена составляющая, обеспечивающая финансирование обязательного медицинского страхования. Доля этой составляющей в ЕСН невелика, а ценностная общественная оценка достаточно высока. Однако текущие потери организаций в случае добросовестной уплаты ЕСН в полном объеме значительно превосходят ценностное отношение населения и работодателей к здравоохранению, услуги которых требуются не в отдаленном будущем, а здесь и сейчас. Представляется, что в случае разделения налогооблагаемой базы для здравоохранения и пенсионного обеспечения ситуация с финансовым обеспечением ОМС за счет добросовестной уплаты налогов могла бы быть коренным образом улучшена. Достаточная прозрачность использования налоговых отчислений на здравоохранение, высокая социальная значимость медицины и относительно небольшая налоговая нагрузка на бюджеты работодателей позволяют рассчитывать на то, что добросовестность уплаты налогов на ОМС будет обеспечена.

Продолжение см. в следующем номере





О.Б.ЧЕРТУХИНА,

д.м.н., руководитель Управления здравоохранения, г.Самара

С.Л.ГУСЕВА,

главный врач ММУ ГП 6, г.Самара

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ В МУНИЦИПАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Значительное сокращение государственного финансирования медицинской помощи в нашей стране за последние два десятилетия привело к резкому ухудшению ее доступности и качества для широких слоев населения. Неудовлетворительные бюджетные ассигнования ставят перед руководителями лечебно-профилактических учреждений вопрос поиска дополнительных источников доходов. Финансовых средств на оплату медицинской помощи недостаточно у государства, но они есть у населения страны (Яковлев Е.П., Подольцев А.Л., 2004). Сегодня активное привлечение этих средств как основного внебюджетного источника финансирования здравоохранения может позволить успешно решать задачи повышения эффективности работы медицинского персонала, обеспечения технологического обновления лечебно-диагностического процесса, перехода к рациональному управлению ресурсами внутри учреждения и в конечном итоге к решению проблемы обеспечения качества медицинской помощи.

Имеющийся опыт работы муниципальной Городской поликлиники №6 г.Самары 2000–2004 гг. показал важность и целесообразность создания условий для увеличения объема внебюджетных источников финансирования.

В 1996 г. на базе Городской поликлиники № 6 (ГП 6), обслуживающей 45 000 территориального населения, было образовано хозрасчетное отделение для оказания дополнительных медицинских услуг населению. Штаты отделения насчитывали не более 10–15 единиц врачебно-сестринского персонала, работавшего исключительно по совместительству.

С 1996 по 2000 гг. доходы от указанных услуг преимущественно являлись дополнительным источником заработка для ограниченного контингента сотрудников и не играли существенной роли в структуре доходов учреждения в целом.

С конца 2000 г. по настоящее время имеет место интенсивный рост объемов медицинской помощи, оказываемой за счет личных средств граждан и финансов предприятий (2001 г. – 3,8 млн. руб., 2002 г. – 4 млн. руб., 2003 г. – 7,9 млн. руб., 2004 г. – 12,1 млн. руб.) (рис. 1).





С целью организации эффективного управления производством «платных» медицинских услуг и активного продвижения поликлиники на рынке медицинских услуг административным аппаратом поликлиники был проведен подробный анализ ситуации, сложившейся на рынке платных услуг г.Самары.

Учитывались факторы:

- ♦ ёмкость рынка;
- ♦ платежеспособность клиентуры;
- ♦ уровень конкуренции;
- ♦ запросы потенциальных клиентов;
- ♦ изучение цен «спрос-предложение».

Произведена рыночная сегментация.

Выявлены 4 основных сегмента рынка:

1. Физические лица.
2. Корпоративные клиенты.
3. ДМС.
4. Соплатежи к услугам ОМС.

Каждый сегмент оценивался с точки зрения перечисленных выше факторов, а также прибыльности его на рынке, существенности и финансовых рисков.

Результатом анализа явились следующие выводы:

♦ **Необходимость расширения работы с корпоративными клиентами** как наиболее прибыльный, существенный и малорисковый вид услуг. Ёмкость сегмента рынка неограниченна, следствием является активизация развития услуг ДМС.

♦ **Необходимость расширения видов услуг, освоение новых технологий**, в первую очередь пользующихся повышенным спросом у населения, предоставляемых на базе нашего учреждения.

♦ **Предложение качественных медицинских услуг** на фоне применения ресурсосберегающих технологий, сокращения издержек.

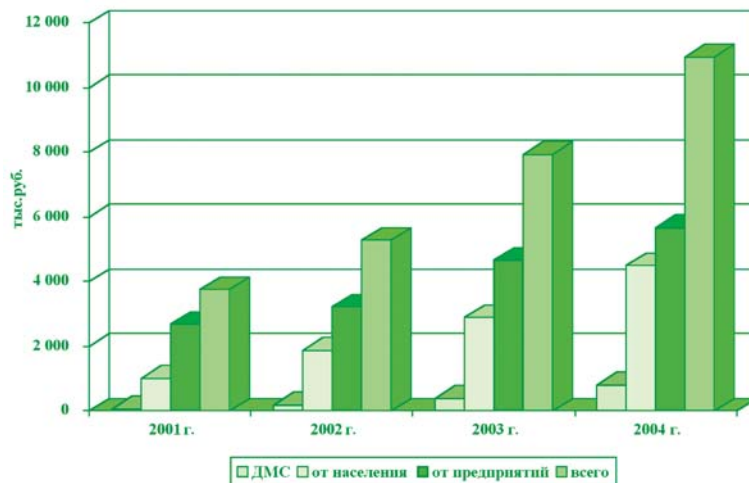


Рис. 1. Динамика доходов от предпринимательской деятельности за 2000–2004 гг.

♦ **Необходимость улучшения сервисности обслуживания.**

♦ **Определяющая роль личного фактора** – квалификация и коммуникабельность медицинского персонала.

По этим направлениям и была сосредоточена деятельность администрации и сотрудников платного отделения поликлиники. Учитывая низкую отраслевую рентабельность (5–15 %), мы не могли использовать заемные средства для приобретения оборудования и ремонта помещений, которые к 2000 г. во многом исчерпали свой ресурс. Рассчитывать приходилось только на собственные оборотные средства, но исторически сложившаяся высокая доля заработной платы в структуре расходов не позволяла выделить значительные ассигнования на первых этапах становления платного отделения.

Существенным фактором для активизации работы явилось не только расширение штатного расписания платного отделения (рис. 2), но и увеличение доли так называемого прочего персонала: это менеджеры и экономисты, юриконсульт, работающие только на платное отделение. Безусловным пусковым моментом для отделения явилось выделение в штатном расписании поликлиники отдельной ставки сначала заведующей отделением, а затем заместителя главного врача по платной медицине. Благодаря разумной политике внутреннего мар-



кетинга удалось достигнуть удовлетворенности персонала (теперь уже не совместителей, а штатных сотрудников) трудом: существенно повысилась заработная плата, возросли возможности профессионального роста, значительно изменились рабочие условия и удовлетворенность пациентов качеством оказываемых услуг.

Возвращаясь к необходимости расширения видов платных услуг, можно проследить **динамику количества предлагаемых услуг** (рис. 3 а–б) в поликлинике в 2002–2004 гг. В целом по поликлинике количество услуг увеличилось с 298 наименований в 2002 г. до 621 в 2004 г.

Результатом интенсивной работы отделения явился не только рост доходов, но и **абсолютный и структурный рост прибыли** предприятия (рис. 4). Фактически прибыль за 2004 г. составила 2 100 000 руб., то есть около 18% от доходов (против 16 800 руб. в 2002 г.).

При анализе **структуры расходов отделения** (рис. 5) прослеживается тенденция увеличения ассигнований на ремонт здания и приобретение оборудования и автотранспорта (ремонт производился не только в собственных кабинетах платного отделения, но и в общеполитраинических кабинетах).

Некоторое уменьшение доли заработной платы в структуре расходов 2004 г. произошло за счет перевода ряда специалистов на окладный принцип выплаты зарплаты вместо тотально сдельного в предыдущие годы. Существенной является доля расходов на медикаменты в связи с расширяющимися возможностями дневного стационара и использованием дорогостоящих препаратов.

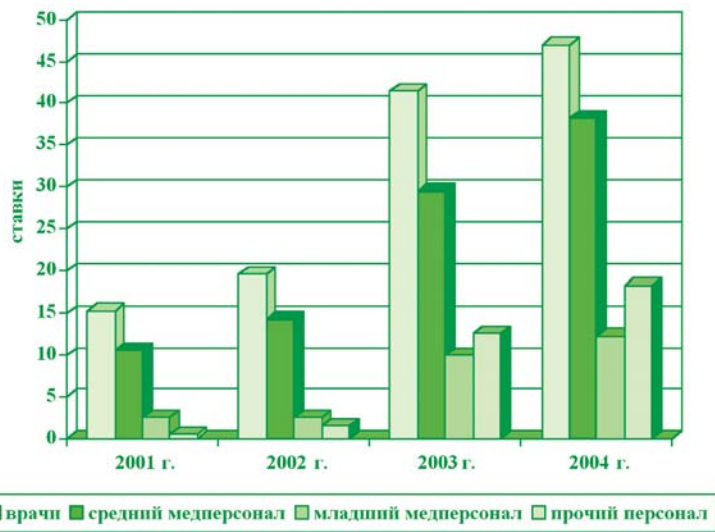


Рис. 2. Динамика штатного расписания отделения по оказанию платных услуг за 2001–2004 гг.

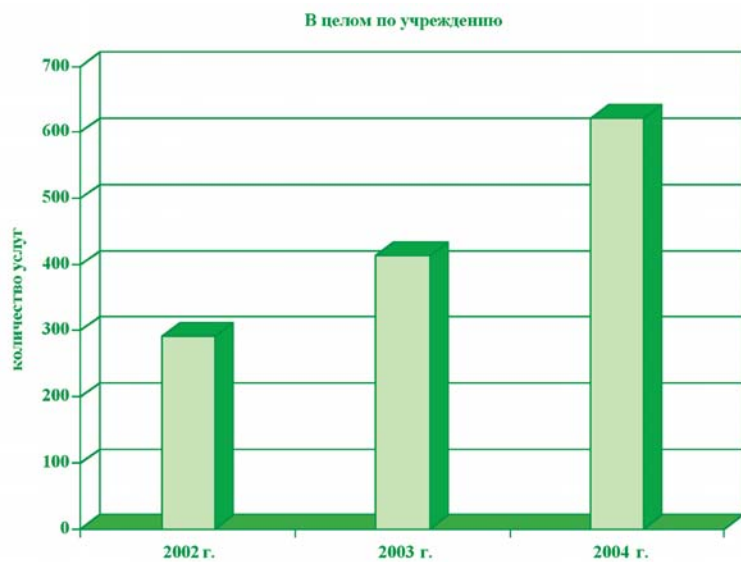


Рис. 3а. Динамика развития платных услуг

Хочется отдельно остановиться на организации персонифицированного учета и мониторинга состава пациентов, имеющих место в организации работы платного отделения в течение



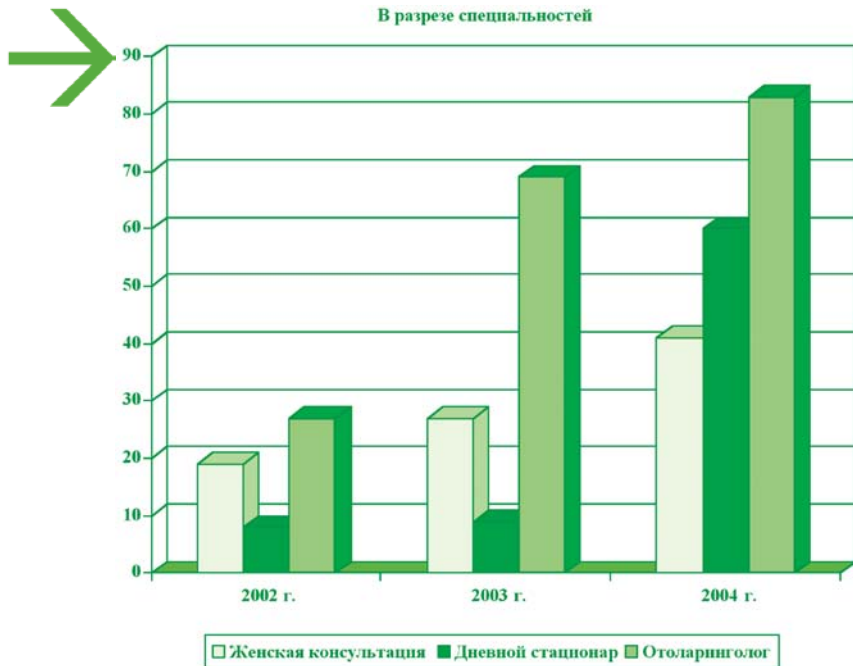


Рис. 3б. Динамика развития платных услуг

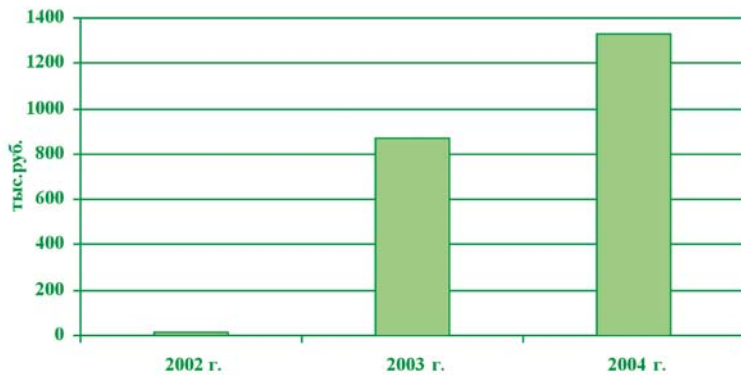


Рис. 4. Динамика прибыли от предпринимательской деятельности

последних двух лет. В ГП 6 разработан унифицированный наряд-заказ (рис. 6), включающий многочисленные данные не только для финансового, но и статистического анализа, марке-

тинговых исследований, внутриучрежденческого ранжирования специалистов.

Виды ежемесячных отчетов:

Финансовые:

1. Отчеты по выполнению финансового плана.
2. Отчеты по направлениям на платные услуги внутри поликлиники.
3. Отчеты для начисления заработной платы.

Статистические:

1. По социальному положению, возрасту, полу.
2. По прикреплению полиса.
3. По количеству посещений.

По услугам:

1. По услугам внутри отделения.
2. По каждому коду услуги.
3. Отдельный учет по добровольному медицинскому страхованию.

Благодаря формированию аналитических таблиц на основе исходных данных наряд-заказа формируется **регистр обслуживания пациентов**. Ежемесячное подведение итогов работы отделения позволяет определить как ближайшую, так и перспективную стратегию развития, выделить приоритетные направления и недостатки, премировать передовых специалистов.

Хочется обратить внимание на экономическую выгоду от фактического **выделения специалистов-платников из общеполитического штата**. В течение последних двух лет преимущественное большинство специалистов платного отделения нашей поликлиники не только имеют выделенные часы для работы с платными пациентами, но и полностью выведены из штата ОМС. Это дает возможность более качественного обслужи-



Рис. 5. Структура расходов прибыли

вания пациентов, уделения им повышенного внимания и квалифицированного предложения других дополнительных платных услуг. Нами осуществлен **мониторинг приема больных различными специалистами: выявлена определенная закономерность в отношении степени удовлетворенности пациентов медобслуживанием от времени, которое выделялось на прием.**

Не претендуя на безошибочность ценовой политики нашего учреждения, хочу отметить **исключение демпинговых цен** со стороны финансово-экономической службы ГП 6. Калькуляция цен включает все реальные затраты и разумную (в пределах 25%) рентабельность. В политике с корпоративными клиентами придерживаемся гибкой системы скидок в зависимости от численности пациентов и объема заказываемых исследований. В случае конкурентной борьбы по ценам мы не снижаем их ниже минимально выгодной для предприятия, а находим себе другую клиентуру (ёмкость рынка вполне позволяет



Рис. 6. Схема движения наряд-заказа

осуществлять эту политику). В течение последних 4 лет было только 4 случая отказа от наших услуг по причинам более высоких цен, чем у конкурентов. Мы работаем на качество, собственную репутацию, полностью отвечая за профессиональность и подлинность выданной документации, гарантированный уровень сервиса. Клиенты нас ценят и годами пользуются нашими услугами, несмотря порой на более экономически выгодные



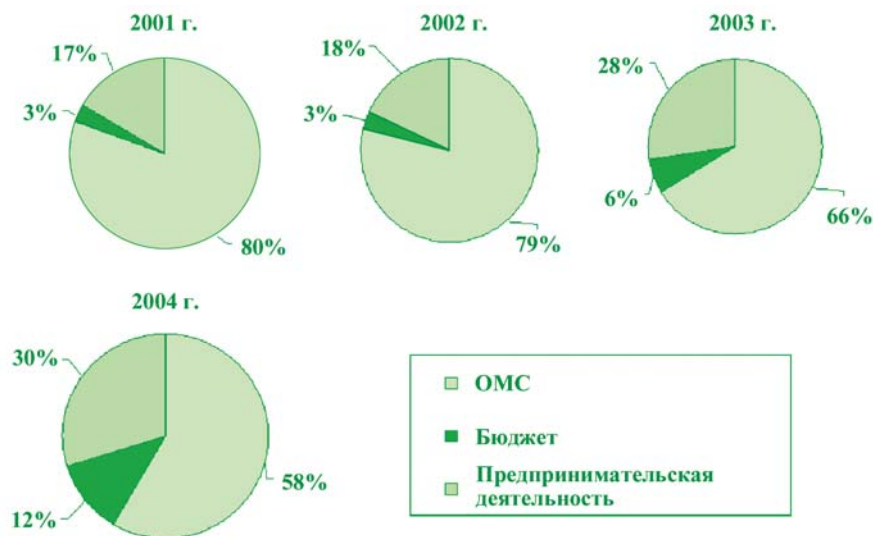


Рис. 7. Структура консолидированного дохода

предложения конкурентов. Главное – ориентироваться на потребителя и его запросы. Тем более, что в последние годы все больше появляется не только физических лиц, но и руководителей коллективов, **готовых адекватно платить за качество услуг**, заказываемых для себя и своих сотрудников.

Положительная динамика ресурсных и финансовых показателей работы ГП 6 в течение последних 4 лет дает основание считать, что муниципальные амбулаторно-поликлинические учреждения (при усло-

вии предоставления им определенной степени хозяйственной самостоятельности) могут и должны быть конкурентными на рынке медицинских услуг. Привлечение же средств платных услуг как дополнительного источника финансирования здравоохранения, устойчивая тенденция увеличения их доли в структуре консолидированных доходов поликлиники (рис. 7) могут обеспечить как компенсаторный механизм, бесперебойную и эффективную работу первичной медико-санитарной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарасов Ю.И. Экономическая эффективность использования финансовых средств, полученных от предпринимательской деятельности// Экономика здравоохранения. – 2004. – №3.
2. Скоморохова Т. На подступах к добровольному страхованию, или все еще ищем эффективную модель// Главврач. – 2004. – №5.
3. Вялков А.И. Финансово-экономические механизмы повышения эффективности системы здравоохранения// Главврач. – 2005. – №2.
4. Яковлев Е.П., Подольцев А.Л. Современные тенденции расширения хозяйственной самостоятельности ведомственных медицинских организаций в условиях рыночной экономики// Экономика здравоохранения. – 2004. – № 8.
5. Яковлев Е.П., Подольцев А.Л. Маркетинговое исследование рынка как основа поиска дополнительных источников финансирования// Экономика здравоохранения. – 2004. – №9.



И.Е.РЫБАЛЬЧЕНКО,

заместитель главного врача по платным услугам, Городская многопрофильная больница № 2, г.Санкт-Петербург

НОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ ПО ИНТЕНСИФИКАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В СФЕРЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

Совместная работа государственных учреждений здравоохранения и негосударственных медицинских организаций различных организационно-правовых форм значительно усилит медицинские, организационные и финансовые возможности больниц и поликлиник, наладит и укрепит долгосрочные партнерские деловые связи. Для поддержания конкурентоспособности в обстановке быстро меняющегося рынка государственным учреждениям здравоохранения потребуются повысить свою организационную компетенцию по улучшению качества оказываемых медицинских услуг, контролю за ним и информированию об этом. В противном случае им придется уступить свою рыночную долю тем из конкурентов, кто сможет более наглядно доказать, почему их услуги «предпочтительней». Стратегическая ситуация диктует лечебным учреждениям необходимость строить долгосрочные партнерские отношения с покупателями медицинских услуг, которые будут обладать все большим весом по мере роста и укрепления рынка медицинской помощи. В этой ситуации узкоспециализированные парамедицинские организации могут оказать лечебному учреждению существенную помощь.

Организация платных услуг в бюджетном учреждении здравоохранения по сравнению с коммерческой клиникой имеет как ряд преимуществ, так и ряд серьезных недостатков. К числу преимуществ относятся:

- ♦ доверие населения к традиционно сложившейся системе оказания медицинской помощи;
- ♦ концентрация дорогостоящего оборудования;
- ♦ наличие высококвалифицированных специалистов;
- ♦ многопрофильность многих ЛПУ;
- ♦ отработанная организационная схема взаимодействия между различными отделениями и службами.

К числу недостатков можно отнести:

- ♦ недостаточность нормативно-правовой базы по оказанию платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях;
- ♦ отсутствие общепринятых стандартов медицинской деятельности, позволяющих разграничить бесплатные для пациента и дополнительные платные медицинские услуги;
- ♦ нехватка среднего и младшего медицинского персонала;
- ♦ недостаточная лабильность государственных учреждений, особенно в финансовой и бухгалтерской областях;
- ♦ длительные сроки на согласования и регламентацию новых мероприятий;
- ♦ отсутствие современных финансово-аналитических методик и программ;
- ♦ отсутствие психологической готовности персонала лечебного учреждения к оказанию платных услуг.

Одним из эффективных средств для преодоления этих трудностей в области организации платных услуг в ГУЗ может стать привлечение на договорной основе к отдельным видам работ посредников в виде негосударственных организаций типа АНО (автономная некоммерческая организация) или других организаций различных организационно-правовых форм. С их по-



мощью медицинскому учреждению может быть дан мощный толчок для интенсификации работы в сфере платных услуг и решен целый ряд медицинских и парамедицинских проблем, тормозящих процесс развития новых направлений деятельности.

Таковыми работами для негосударственных организаций могут быть разработка и проведение рекламной кампании медицинских услуг, постановка имиджа лечебного учреждения, разработка и организация новых комплексных медицинских программ лечения, создание информационной и диспетчерской служб, проведение тренингов с персоналом ГУЗ, экспертные, сервисные и ассистентские услуги и т.д.

В качестве примера можно рассмотреть реальный опыт работы негосударственной организации – координационного медицинского центра «Медицина для всех», деятельность которого организована в тесной связи с несколькими авторитетными высокотехнологичными стационарами Санкт-Петербурга, располагающими серьезным научным и лечебным потенциалом.

Работа координационного медицинского центра проводится в следующих направлениях:

- ♦ сбор данных о профилях лечения, эксклюзивных методиках, уровне комфортности платных отделений, ценах на медицинские услуги в лечебно-профилактических учреждениях города;
- ♦ анализ деятельности ЛПУ, данных медицинской статистики, результатов лечения. Налаживание контактов с медицинскими ассоциациями различных профилей. Обработка и создание базы данных;
- ♦ заключение договоров о совместной деятельности с ЛПУ для направления в них пациентов по профилю их специализации;
- ♦ организация рекламной кампании, санитарно-просветительная работа среди населения;
- ♦ организация лечения пациентов, приехавших для консультаций и высококвалифицированной помощи в медицинские учреждения Санкт-Петербурга;
- ♦ координация работы различных медицинских учреждений Санкт-Петербурга для получения пациен-

том комплексной максимально полной медицинской помощи, организация консилиумов;

♦ медицинское и юридическое сопровождение пациента, представление его интересов на всех этапах лечебного процесса;

♦ разработка и реализация «Программы региональной кардиологической и кардиохирургической помощи для лечебных учреждений субъектов Российской Федерации», осуществление которой стало возможно благодаря совместной работе координационного центра «Медицина для всех – МЛДЦ», общественной организации «Медицина для всех», Городской многопрофильной больницы №2 и специалистов ряда других лечебно-профилактических и научно-исследовательских учреждений г.Санкт-Петербурга.

Для примера приводим основные разделы этой Программы. На ее основе возможна разработка других программ по оказанию высокотехнологичной и финансово-затратной медицинской помощи, которые можно использовать также в сфере платных услуг в ГУЗ:

1. Организация медицинских представительств в городах и регионах России, не имеющих кардиохирургических клиник.

2. Проведение цикла выездных лекций для врачей с целью ознакомления их с новыми возможностями и методами лечения и диагностики сердечно-сосудистых заболеваний.

3. Обеспечение медицинских специалистов учебными и научно-практическими пособиями по раннему выявлению, диагностике, консервативному и хирургическому лечению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

4. Обмен опытом с иногородними медицинскими специалистами, повышение их квалификации на базе специализированных медицинских учреждений Санкт-Петербурга (рабочее прикомандирование).

5. Выездные консультации медицинских специалистов в регионы РФ для своевременного выявления кардиохирургических больных и направление их на лечение на местах или в ведущие медицинские центры России.



6. Организация регулярных консультаций врачей и пациентов из других городов с врачами Санкт-Петербурга через Интернет.

7. Публикации санитарно-просветительных статей в местной печати, выступления по местному телевидению и радио в других городах и регионах России для ознакомления населения с новыми современными возможностями медицины в области кардиологии и кардиохирургии, с методами профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, пропаганда здорового образа жизни.

8. Организация системы отслеживания отдаленных результатов кардиохирургических операций у иногородних больных.

Важно, что для реализации этой Программы не понадобилось никаких дополнительных источников финансирования. Интерес к такой деятельности среди врачей Санкт-Петербурга и других городов оказался настолько велик, что Программа оказалась малозатратной и была реализована силами и за счет энтузиазма самих докторов. Наибольших затрат потребовали командировочные расходы, которые были покрыты средствами от основной деятельности организации – медицинской.

Впервые такая Программа была осуществлена в России силами отечественных организаций и клиник. За два года работы 147 пациентов из разных регионов России были направлены на детальное обследование, лечение и кардиохирургические операции в центральные высокотехнологичные специализированные медицинские учреждения. Из них прооперирован 91 человек. Положительных исходов – 89, летальных исходов – 2.

Работа такого координационного центра находится на стыке медицинской, юридической, экономической и информационной сфер деятельности и требует знаний во всех этих областях, а также в области рекламы. Она ни в коей мере не дублирует функции страховых компаний в рамках добровольного медицинского страхования, так как важным аспектом деятельности подобного центра является организация комплекса медицинских и юридических услуг пациенту, который не был

застрахован ранее. Тот же комплекс услуг не может быть организован через страховую компанию, так как в данной ситуации страховой случай уже наступил.

Работа организаций, оказывающих подобные услуги, хорошо налажена за рубежом (Германия, Швейцария, США), однако в России аналогов нет.

Обобщая опыт работы, полученный при реализации «Программы региональной кардиологической и кардиохирургической помощи для лечебных учреждений субъектов Российской Федерации», можно отметить крайне низкую информированность населения и медработников о современных методах медицинской помощи.

Получено огромное количество медицинских выписок из историй болезни тяжелых запущенных больных, срок оказания медицинской помощи и оперативного вмешательства которым был безвозвратно упущен. Часто такие пациенты оказываются платежеспособными или застрахованными в системе добровольного медицинского страхования.

Подобные ситуации возникают из-за незнания врачей и пациентов, куда можно обратиться для получения компетентной достоверной информации, отсутствия практики заочных консультаций с целью рекомендации целесообразности приезда больного, индивидуального подхода к пациенту дистанционно, отсутствия координационного медицинского центра, готового принять на себя все эти функции и ответственность.

Для осуществления такой деятельности, помимо обширной базы данных, необходимы наличие опытных врачей-экспертов, современных средств связи для проведения телемедицинских консультаций, отлаженная работа диспетчерской телефонной службы.

Деятельность подобного координационного центра, помимо своей прямой медицинской, научной и общественной значимости, помогает ЛПУ привлечь дополнительный поток платных пациентов, повысить качество медицинской услуги, поднять репутацию лечебного учреждения, способствовать санитарно-профилактической и информационной работе с населением. Как следствие, за счет притока дополнительных средств от





платных услуг увеличивается заработная плата работников учреждения, что уменьшает текучесть кадров. Для медицинского учреждения очевидна экономическая целесообразность этого сотрудничества. С другой стороны, пациент, обратившийся за помощью в медицинский координационный центр, может получить ком-

плексное лечение с объединением усилий ряда ЛПУ, если одно ЛПУ не имеет возможности осуществить данную медицинскую помощь. Отдельно взятому лечебно-профилактическому учреждению такая работа не под силу хотя бы потому, что в нем нет структуры, призванной этим заниматься.

О заседании

Технического комитета по стандартизации «Медицинские технологии» (ТК 466) 26 мая 2005 года

Технический комитет по стандартизации «Медицинские технологии» (ТК 466) создан в соответствии с Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии (Ростехрегулирование) от 30.12. 2004 г. №633.

В соответствии с Программой разработки национальных стандартов на 2005 год, утвержденной Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии ТК 466 разработан проект национального стандарта «Клинические протоколы. Общие положения».

Проект данного национального стандарта должен быть опубликован для свободного ознакомления на сайте www.zdrav.net в разделе Техничес-

кий комитет «Медицинские технологии» (ТК 466). В соответствии с Положением о Техническом комитете по стандартизации «Медицинские технологии» (ТК 466) замечания и предложения по проекту стандарта должны быть направлены в адрес Секретариата ТК 466 (e-mail: balch@dol.ru или mrpndm@dol.ru). Срок присылки отзывов будет указан в уведомлении о разработке данного проекта национального стандарта на сайте Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии (Ростехрегулирование).

Телефон для справок: 246-01-19.

E-mail: balch@dol.ru

План работы ТК 466 «Медицинские технологии» на 2005–2006 гг.

Наименование задания, работы	Срок предоставления уведомления о разработке проекта ГОСТ Р	Срок представления на утверждение	Срок утверждения	Основные исполнители
«Клинические протоколы. Общие положения». Национальный стандарт	09.2005	03.2006	06.2006	Межрегиональная общественная организация содействия стандартизации и повышению качества медицинской помощи
«Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие положения». Национальный стандарт	09.2005	03.2006	06.2006	Межрегиональная общественная организация содействия стандартизации и повышению качества медицинской помощи
«Применение лекарственных средств для диагностических и лечебных целей. Общие положения». Национальный стандарт	09.2005	03.2006	06.2006	Центр научной экспертизы средств медицинского применения
«Клинические ситуации». Общероссийский классификатор	09.2005	03.2006	06.2006	Научно-исследовательский институт общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М.Сеченова
«Электронная история болезни. Общие положения». Национальный стандарт	09.2005	03.2006	06.2006	Гематологический научный центр Российской академии медицинских наук



Е.И.ПОМЕРАНЦЕВА,
Генеральный директор МЦ ВРТ

МАРКЕТИНГ И МЕНЕДЖМЕНТ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

С 7 по 10 сентября в Чебоксарах прошла 15-я юбилейная конференция Российской Ассоциации Репродукции Человека (РАРЧ). Особый интерес репродуктологов страны вызвала информация, касающаяся планов строительства в течение 2–3 лет 15–16 крупных медицинских центров, обеспеченных высокотехнологичным оборудованием, использующих самые передовые лечебные технологии, изложенная в докладе заместителя директора Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Ольги Викторовны Чумаковой.

По замыслу министра здравоохранения и социального развития М.Ю.Зурабова, одной из задач планируемых медицинских центров федеральной подчиненности будет оказание медицинских услуг по ценам существенно ниже, чем в индустриально развитых странах, что позволит российским медикам выйти на международный рынок медицинских услуг и привлечь в российское здравоохранение огромные дополнительные средства (5–8 млрд. долларов США).

Годом раньше, на заседании Коллегии Министерства здравоохранения и социального развития РФ (26 ноября 2004 года) уже были рассмотрены вопросы тиражирования высокотехнологичных видов медицинской помощи (эндопротезирование, кардиохирургия, нейрохирургия, репродуктивные технологии, трансплантация органов и др.).

Очевидно, что все перечисленные высокотехнологичные отрасли медицины довольно затратны и наукоемки, что требует больших вложений в их техническое оснащение и хорошей научной базы.

В статье предложен анализ рынка услуг вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), освещены экономические аспекты создания лаборатории ВРТ, необходимый научный потенциал и кадровое обеспечение этого высокотехнологичного вида медицинской помощи, а также возможные перспективы развития.



© Е.И.Померанцева, 2005 г.



Рынок услуг

Численность постоянного населения Российской Федерации на 1 июля 2005 года составила 143,1 млн. человек. По данным ВОЗ, если 15% населения репродуктивного возраста страдают бесплодием, то это влияет на демографическую ситуацию в стране. В России, согласно различным источникам, бесплодием страдают 17–19% населения.

По данным отчета РАРЧ, средний возраст женщин, обратившихся для проведения лечения методами ВРТ в 2003 год, составляет 30–34 года. ВРТ предоставляет программы лечения не только для населения репродуктивного возраста, но и старшей возрастной группе – это еще 8 % женщин нерепродуктивного возраста.

В России официально зарегистрированы 48 клиник, в которых используются ВРТ. Согласно регистру, созданного РАРЧ, в 2003 году в России проведены 10 994 цикла ВРТ.

По данным Европейской Ассоциации Репродукции Человека, европейский рынок ВРТ имеет следующую сегментацию (см. табл. 1).

Внедрение ЭКО запоздало в нашей стране почти на 10 лет.

Только в 2003 году Россия догнала Швецию по количеству циклов ЭКО.

Среди факторов, влияющих на рынок ВРТ в странах Европы, необходимо выделить следующие:

Таблица 1

**Количество проведенных циклов ВРТ
в европейских странах в 2002 году**

Страна	Количество проведенных циклов ВРТ
Германия	84 819
Объединенное Королевство	37 083
Франция	35 754
Италия	18 948
Нидерланды	16 273
Испания	15 030
Бельгия	10 511
Дания	11 321
Швеция	8660

1. Государственная поддержка и забота о репродуктивном здоровье граждан.

До образования Евросоюза в каждой стране было установлено количество бесплатных циклов, проводимых только в государственных клиниках (в Италии, например, в такие бесплатные циклы было включено и обеспечение лекарственными препаратами). Однако после образования Евросоюза число бесплатных циклов сократилось в связи с возникшими экономическими проблемами.

2. Структура системы здравоохранения.

Так, в частности, действие системы семейной медицины минимизирует сроки постановки диагноза и направления в специализированные клиники. При этом уровень требовательности к семейному врачу довольно высокий. Например, датская семья меняет в среднем от 3 до 5 врачей, прежде чем выбрать своего врача.

3. Оснащение клиник, быстрое внедрение новых технологий, мощная научная база, подключение химической промышленности для создания фармпрепаратов, используемых в программах ВРТ.

Цель государственных клиник и научных центров – это продвижение науки, внедрение новых технологий и стандартов, апробация новых препаратов. Нельзя сказать, что все европейские клиники оснащены только самым новым оборудованием, но техническое оснащение государственных клиник позволяет поддерживать научную базу на очень высоком уровне.



4. Кадры.

Подготовка специалиста предусматривает обязательную клиническую ординатуру от 4 до 10 лет (Дания), а также несколько обязательных для врачей ежегодных тренингов. Высока роль подготовки среднего медперсонала, которая занимает от 4 до 5 лет. Нельзя не отметить заслугу российских ученых, работающих в Европе и в значительной степени обеспечивающих такой высокий научный потенциал европейской медицины.

5. Роль частного сектора здравоохранения.

В европейских странах на рынке ВРТ большой сегмент принадлежит услугам частных клиник. Если пациентка использовала бесплатные попытки, предоставленные государственной медициной, но результата не получила, она обращается в частные клиники, эффективность работы которых, как правило, выше, так как они работают на результат, и пациенты не участвуют в отработке новых методик и апробации новых лекарственных препаратов. У частных клиник хорошо отлажена работа со страховыми агентствами. Именно их услуги являются причиной высокой стоимости программ ВРТ.

Наиболее негативным фактором для стран ЕС является различие в национальном законодательстве по применению различных методов ВРТ в разных странах. Для выхода из сложившейся ситуации создан координационный центр в Европе, задачей которого является использование ме-

тодов ВРТ по транспортной схеме (создание спутниковых центров), что позволяет решать проблемы пациентов из разных стран и сохранять рабочие места. В транспортных схемах участвуют и российские клиники ВРТ.

Факторы, определяющие формирование российского рынка ВРТ

1. Государственная поддержка.

Согласно данным, прозвучавшим в докладе О.В.Чумаковой, квоты для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в 2004 году получили четыре клиники России. Единственная клиника, которая выбрала квоты, – это Научный Центр АГИП РАМН РФ.

Для того, чтобы женщина получила эту квоту, ей понадобится не менее 6 месяцев на сбор необходимых документов. В статье «Опыт работы НЦ АГИП РАМН по оказанию дорогостоящих видов медицинской помощи» главного врача Центра Н.П.Кирбасовой («Менеджер здравоохранения», 2005, №1, с.33–35) приведен перечень выписок, направлений, писем, протоколов заседаний комиссий и документов финансовой отчетности, который должен быть собран для использования данной квоты.

Это первый опыт оказания бесплодной супружеской паре финансовой помощи за счет федеральных средств для проведения бесплатного лечения методом ЭКО. Однако остается неясным, почему выделена одна нозологическая единица – трубно-перитонеальная форма. А как же остальные виды бесплодия?

Нельзя не отметить положительный опыт в решении этой проблемы в республике Татарстан, где были выделены средства из республиканского бюджета на проведение 300 циклов в год. Субсидия на одну супружескую пару составляет 50 000 рублей.

2. Структура системы здравоохранения в акушерско-гинекологической помощи.

В 1999 году на путь от первичного звена – женской консультации – до центра репродукции, в которой используются все методы ВРТ, российской паре, страдающей бесплодием, требовалось 6–7 лет; в 2004 году – от 2 до 4 лет.





В середине 80-х годов ситуация с оказанием медицинской помощи семьям, страдающим бесплодием, значительно улучшилась с открытием почти во всех городах страны и в каждом районе Москвы центров планирования семьи, где на платной основе супружеская пара может пройти обследование и лечение. Техническое оснащение этих центров, их лабораторная база позволяют проводить консервативное лечение, малые гинекологические операции, из методов ВРТ – программы инсеминаций. Для проведения более сложных методов ВРТ оборудование не приспособлено и требует обновления.

ЭКО-лаборатории, созданные на базе научных центров, государственных и частных клиник, проводят все виды обследования: от постановки диагноза до получения беременности всеми методами ВРТ.

3. Материально-техническое оснащение клиник.

Согласно данным МЗ и СР РФ, износ медицинского оборудования в государственных клиниках на сегодняшний день составляет 64%. Из научных баз наиболее оснащенной является база Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. Однако, если Центр перейдет на бесплатные циклы ВРТ и будет расширять научные исследования, сможет ли он выжить?

Российский фармакологический рынок для ВРТ представлен двумя препаратами. Это – прогестерон и бусерелин. Все остальные препараты закупаются за рубежом. Отечественные расходные материалы, пластик, катетеры очень низкого качества.

4. Кадры – самый острый вопрос в развитии ВРТ. Переход на частичную коммерческую основу базовых клиник и институтов стал проблемой в подготовке профессиональных кадров. Если пациент оплачивает ту или иную меди-

цинскую услугу, то ни один уважающий себя врач, не отдаст его в руки ординатора или студента. Теоретическая база подготовки специалистов также оставляет желать лучшего, особенно в регионах. Нет оборудования для проведения тренингов, экспериментальных лабораторий и т.д.

5. Роль частного здравоохранения.

В результате развития ВРТ в частном секторе российские репродуктологи стали конкурентно способны и обратили на себя внимание Европы, Америки, Азии.

Благодаря участию в Европейском регистре, проводимому РАРЧ, процент наступления беременности в циклах ВРТ в России уже обогнал аналогичный показатель некоторых европейских стран. С целью минимизации затрат на закупки оборудования в Европе создается единая закупочная система. Продвигается работа по транспортным схемам для осуществления преимплантационной диагностики в России.

Рассмотрим экономические аспекты создания центров ВРТ. Стоимость процедуры ЭКО в России в среднем составляет от 29 000 до 40 000 рублей. Наиболее дешевый рынок ЭКО в Москве, так как здесь больше клиник и, как следствие, сильнее конкуренция. В регионах стоимость процедуры выше, так как клиники являются монополистами на региональном сегменте рынка. Создаются они чаще всего под специалиста.

Из чего складывается цена услуги ЭКО?

Расходная часть

1. Стоимость эмбриологической лаборатории ЭКО с микроманипуляционным оборудованием (без генетических исследований) – от 250 000 до 350 000 евро.

2. Стоимость оборудования вспомогательного (гинекологическое, операционное и т.д. с аппаратурой) – 200 000 до 500 000 евро.



Итого: от 500 000 до 1 000 000 евро нужно потратить, чтобы приобрести лабораторию ЭКО с вспомогательным оборудованием.

Стоимость расходных материалов для эмбриологической части без учета оборудования (это 50 позиций расходного материала) на 1 пациента – 230–300 евро. Если эту часть удешевить самодельными средами и иглами, то эффективность работы резко падает. Низкая цена на процедуру ЭКО всегда вызывает вопрос, какие материалы использует в своей работе клиника.

Динамичность рынка расходных материалов, появление новых сред для культивирования, более совершенного оборудования требуют периодического переоснащения лаборатории.

3. Стоимость подготовки врача ЭКО.

Специальности врач-репродуктолог, врач-андролог и эмбриолог у нас не существует. Для того, чтобы обучить врача на рабочем месте, необходимо 2–3 года. Ему требуются знание эндокринологии, гинекологии, акушерства, хирургии, владение ультразвуковыми методами исследования и знание психологии человека. Не менее 2–3 циклов обучения в год врач проходит в европейских клиниках, это достаточно затратно для бюджета клиники. Обучение специалистов ВРТ и участие их в конгрессах часто спонсируют зарубежные фармакологические фирмы. Стоимость подготовки эмбриолога еще выше. В связи с этим следует особо отметить значение кафедр биологии в университетах и институтах России, чьи выпускники пользуются особым спросом в европейских странах.

Окупаемость

На конец 90-х годов окупаемость центра ЭКО с потоком не менее 30 программ в месяц составила 5 лет. При 10 циклах в месяц создавать лаборатории убыточно. В 2005 году оку-

паемость составит уже более 5 лет. Многое зависит от менеджмента и PR-технологий клиники. Ежегодный прирост циклов в России в период с 2002 по 2003 год составил 1746 циклов.

Из всего вышесказанного очевидно, что широкое внедрение ВРТ в России, в стране с критической демографической ситуацией, абсолютно необходимо. При этом особое значение имеют правильно оцененный спрос на этот вид медицинских услуг, развитие научных исследований, подготовка кадров. Перспектива выхода на международный рынок высокотехнологичных отраслей медицины может быть реализована только при условии непрерывного финансирования исследовательских программ в федеральных институтах. И, как следствие, необходимо выработать концепцию развития всех этапов: от науки до внедрения в практическую медицину.

Может ли ЭКО в России стоить, как в Европе, 7–8 тыс. евро, а донорство ооцитов – 20 тыс. долларов, как в Америке? Скорее всего, нет. Население России не платежеспособно.

Конкурентные преимущества российских услуг ВРТ – это дешевизна и более лояльное законодательство, чем в некоторых странах Европы. Рынок, предоставляемый российскими центрами ВРТ для иностранцев, на сегодняшний день невелик (примерно 1500–2000 пар в год). Конечно, европейские координаторы продвигают услуги своих клиник. Вопрос о возможности захвата европейского рынка пока страны ЕС не урегулировали законодательные проблемы остается дискуссионным.

Неясно, как довести информацию о российских услугах и ценах до западного потребителя, учитывая, что реклама медицинских услуг на Западе запрещена, а публикации в отчетах ESHRE и научных конференциях предназначены в основном для специалистов. Важно четко представлять и возможности наших кон-





курентов. На Западе – это Украина, расположенная ближе к странам ЕС, специалисты которой последние 2 года тесно работают с итальянскими, турецкими и израильскими клиниками. На северо-западе – скандинавские и прибалтийские страны, имеющие большой выбор клиник. Специалисты из южных и юго-восточных бывших советских республик едут в Россию, работают по транспортной схеме и открывают свои центры.

В Китае большое количество национальных клиник, объединенных во Всемирную ассоциацию китайской репродукции человека. Однако пациенты из Китая и Вьетнама пользуются и российскими центрами в Красноярске, Барнауле, Новосибирске.

Япония имеет свои высокотехнологичные клиники, рядом Владивостокский центр. Русские американцы, немцы и израильтяне предпочитают Москву, Петербург или те города, где проживали.

Существуют много причин, по которым иностранцы плохо едут к нам, одна из них – отсутствие безопасности пребывания в стране.

Психология семьи на Западе резко отличается от психологии российской семьи, которая последние деньги семейного бюджета истратит на лечение бесплодия. Для американцев в некоторых случаях дешевле провести усыновление, чем делать несколько попыток ЭКО.

В Англии, напротив пособие на одного ребенка – 80 фунтов в неделю, то есть 20 480 рублей в месяц. Рождение нескольких детей позволяет матери не работать, а жить за счет пособий. Дотации в нашей стране даже в свете последних постановлений об их увеличении остаются очень низкими.

Создание федеральных клиник, использующих ВРТ, должно быть направлено на новые научные разработки, чтобы сделать их конкурентно-

способными как на российском, так и на западном рынке. Если же просто закупить оборудование без дотаций на науку, клиника выйдет на рынок только через 3 года при наличии хороших специалистов.

В последнее время, наряду с головными институтами страны, к разработке нормативных документов по ВРТ привлечены специалисты Российской ассоциации репродукции человека. Это реальный шаг, направленный на создание законодательной базы, способствующей развитию рынка ВРТ.

Одним из наиболее тонких моментов является стандартизации методов ВРТ в России. Для разработки российского стандарта необходимо провести консультации ведущих специалистов в области ЭКО с участием экспертов РАРЧ. Иначе можно получить стандарты, при выполнении которых в новых клиниках дробление яйцеклетки можно получить только через год работы.

Следует также развивать работу со страховыми компаниями. В основном договоры ДМС заключаются с клиниками, которые могут предоставить страховщику большой объем услуг. Это и клиники ведомственного подчинения, и клиники с частным уставным капиталом.

При формировании разных по стоимости и набору услуг пакетов ДМС возможно включить в пакет и методы ВРТ и сотрудничать как с государственными, так и с частными клиниками ВРТ. При выделении квот на различные виды высокотехнологичной медицины необходимо разработать приемлемую схему как отбора пациентов, так и контроля за использованными средствами.

Таким образом, проблема репродуктивного здоровья граждан в России остается очень актуальной, задевающей и социальные, и экономические стороны жизни.



Е.Б.ЖИБУРТ,

д.м.н., профессор, заслуженный рационализатор Российской Федерации, директор Центра крови Росздрава

П.В.РЕЙЗМАН,

заместитель директора Центра крови Росздрава

Л.Г.КАЛИНЧЕНКО,

руководитель отдела Центра крови Росздрава,

г.Москва

ОСОБЕННОСТИ КОНКУРСОВ НА ПОСТАВКУ КОМПОНЕНТОВ ДОНОРСКОЙ КРОВИ

Правила игры

Действующими нормативными и правовыми документами организациям службы крови предоставлена возможность оказывать платные услуги – реализовывать свою продукцию лечебным организациям. При этом, если лечебное учреждение и организация, занимающаяся заготовкой крови, относятся к разным бюджетам бюджетной системы Российской Федерации, поставка компонентов крови может быть осуществлена только на возмездной основе.

Возрастание потребности в компонентах донорской крови в организациях здравоохранения, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, помимо увеличения заготовки крови собственными подразделениями, вызывает необходимость дополнительного приобретения за счет бюджетных средств значительных объемов гемотрансфузионных сред в учреждениях, занимающихся заготовкой крови.

Статьей 71 Бюджетного кодекса Российской Федерации определено, что все закупки товаров, работ и услуг на сумму свыше 2000 минимальных размеров оплаты труда (в настоящее время это 200 000 руб.) осуществляются исключительно на основе государственных контрактов, а в соответствии со статьей 72 Кодекса указанные контракты размещаются на конкурсной основе.

Учитывая, что суммы, затрачиваемые на приобретение донорской крови и ее компонентов в течение года, значительно превышают 200 000 руб., государственные лечебные учреждения определяют поставщика компонентов крови путем проведения открытых конкурсов.



© Е.Б.Жибурт, П.В.Рейзман, Л.Г.Калинченко, 2005 г.



В мае 1999 г. был принят Федеральный закон № 97-ФЗ «О конкурсах на размещение заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных нужд». Этим Федеральным законом установлены правила и процедуры проведения конкурсов государственными заказчиками получателями средств федерального бюджета. А в сентябре того же года Министерство экономики Российской Федерации разработало подробные методические рекомендации по проведению торгов (конкурсов) на закупку товаров, работ для государственных нужд, регламентирующие саму процедуру проведения конкурса и устанавливающие перечень документов, которые должны представить участники конкурса.

Объявляя о проведении конкурса на определение поставщика компонентов крови, лечебное учреждение – государственный заказчик стремится не только обеспечить нормальное взаимодействие с органами федерального казначейства, которые требуют при оплате продукции на общую сумму свыше 2000 минимальных размеров оплаты труда протоколы проведенных конкурсов, но и получить гарантию стабильности поставок необходимых гемотранфузионных сред, отвечающих установленным стандартам качества.

Несоответствие формализма и реалий

Опыт участия в конкурсах на поставку компонентов крови свидетельствует, что разработчики конкурсной документации, пытаясь максимально соблюсти требования, установленные упомянутыми рекомендациями, допускают несколько серьезных методических ошибок, оставляя государственные учреждения службы крови (а, согласно существующему законодательству, только они имеют право заготавливать, перерабатывать, хранить и реализовывать компоненты крови лечебным учреждениям) за рамками участия в кон-

курсе ввиду формальной невозможности выполнить поставленные конкурсные условия.

Эти неприемлемые для учреждений службы крови условия в общем виде можно сформулировать следующим образом:

- ♦ требование предоставления банковской гарантии;
- ♦ требование предоставления аналитических паспортов, сертификатов соответствия, сертификатов качества и других документов, оформление, получение и ведение которых не предусмотрено действующей нормативной документацией применительно к компонентам крови;
- ♦ требование круглосуточной немедленной доставки компонентов крови до государственного заказчика ответственным представителем поставщика и транспортом поставщика.

В соответствии со статьей 13 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» заготовку, переработку, хранение донорской крови и ее компонентов могут осуществлять только организации здравоохранения, являющиеся государственными учреждениями. Эти организации финансируются из соответствующих бюджетов, наделяются государственным имуществом на праве оперативного управления и в соответствии со ст. 161 Бюджетного кодекса Российской Федерации признаются бюджетными учреждениями. Они вправе использовать как бюджетные, так и внебюджетные средства исключительно через лицевые счета, которые обслуживаются только отделениями Федерального казначейства. В то же время по Положению о Федеральном казначействе, утвержденному Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 года №703, отделения Федерального казначейства не уполномочены предоставлять банковские гарантии.

Таким образом, из конкурсной документации надо исключить необходимость предоставления государственным учреждениями обеспечения конкурсной заявки.



Таблица 1

Составляющие гемотрансфузионных сред при использовании различных гемоконсервантов

Консервант	Объем консерванта	Объем крови	Доля донорской крови в дозе консервированной крови, %
Глюгидир	100	400	80
CPDA	63	450	88

Поставки компонентов донорской крови не могут сопровождаться аналитическим паспортом, сертификатом соответствия, сертификатом качества и другими документами, предъявляемыми поставщиками лекарственных средств, к которым в соответствии с действующими нормативными документами компоненты донорской крови, предназначенные для переливания, не относятся.

Необходимо четко понимать, что невозможно сертифицировать лабильный компонент крови одного донора, как невозможно сертифицировать хирургическую операцию. Суть их одинакова – это уникальные медицинские услуги. Они должны выполняться лицензированными организациями, несущими ответственность за их безопасность.

Теоретически можно себе представить, что организация службы крови решила выпускать в обращение продукцию только после осуществления подтверждения ее соответствия. В этом случае невозможно будет выпустить ни одного компонента, так как все 100% продукции нужно будет направить на подтверждение соответствия. Там герметичный контейнер с компонентом вскроют, а после этого его переливать уже нельзя.

Единственным основанием для работы с донорской кровью является лицензия на медицинскую деятельность по виду 06.017 – работы и услуги по заготовке, производству, транспортировке и хранению донорской крови, ее компонентов и препаратов (Приказ Минздрава России от 26 июля 2002 г.

№ 238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности»).

Участие в движении донорской крови и ее компонентов, предназначенных для переливания, организаций, не имеющих соответствующей лицензии на медицинскую деятельность, незаконно.

Не все компоненты крови одинаковы

Устаревшая, неполная и противоречивая нормативная база работы службы крови, отсутствие жесткого контроля за деятельностью организаций службы крови порождают возможность произвольного подхода к выпуску продукции, сокращения издержек и снижения себестоимости в ущерб качеству производимых компонентов донорской крови.

Семь простых примеров:

1. Лаборатория скрининга донорской крови может участвовать в Федеральной системе внешней оценки качества лабораторных исследований, а может и не участвовать.

2. Можно использовать специальные холодильники для хранения крови, а можно – бытовые (в 10 раз дешевле).

3. Для заготовки крови можно использовать современные гемоконсерванты, а можно – устаревшие (табл. 1). Не запрещено использовать и стеклянные бутылки.

4. Для производства свежезамороженной плазмы можно использовать быстросамораживатель, а можно – бытовой морозильник. Содержание факторов свертывания можно контролировать, а можно и нет. При этом лечащий врач получает внешне одинаковый контейнер. Только в первом случае пациент получит полноценные белки донорской плазмы, а во втором – непонятный коктейль, лишенный лечебного действия.

5. Антигены эритроцитов и антиэритроцитарные анти- тела можно определять в гелевом тесте с моноклональными





реагентами и использованием автоматического оборудования, а можно – вручную и с использованием донорских сывороток собственного кустарного производства.

6. При регистрации донора можно использовать связь в режиме он-лайн с региональным электронным донорским регистром, а можно обозначать ведение донорского регистра вручную на карточках. Кстати, в Москве – лучший в мире донорский регистр, содержащий информацию о 3 млн. человек.

7. Можно проводить техническое обслуживание оборудования и поверку средств измерения в специализированных организациях, а можно этого и не делать либо заключать такой договор раз в пять лет – перед лицензированием.

При желании этот перечень можно продолжить.

Для оценки качественных показателей деятельности претендента на поставку компонентов донорской крови могут быть установлены дополнительные конкурсные условия, например:

- ♦ возможность индивидуального подбора гемотранфузионных сред с учетом фенотипа донора и реципиента, сенсibilизации реципиента и проб на совместимость;
- ♦ осуществление отбора доноров с использованием регионального регистра лиц, отведенных от донорства;
- ♦ наличие системы гарантии качества;
- ♦ результаты участия лаборатории, обследующей доноров (маркеры инфекций, клиничко-биохимические показатели) в Федеральной системе внешней оценки качества лабораторных исследований;
- ♦ обследование доноров крови на маркеры инфекций методами амплификации нуклеиновых кислот (наряду с иммуноферментным анализом) и др.

Требование доставки компонентов донорской крови до получателя может быть выполнено транс-

портом поставщика только при условии взаимного согласования графика поставок, в котором должны быть оговорены не только время и объем поставляемых компонентов крови, но и указана их групповая и резус-принадлежность. Вряд ли возможно составление такого графика на более или менее обозримый период.

Представляется нецелесообразным изменение сложившейся и эффективно функционирующей системы круглосуточного отпуска необходимых лечебным учреждениям компонентов крови через экспедицию организации службы крови. Тем более, что крупные центры (станции переливания) крови обслуживают, как правило, нескольких десятков получателей, отпуска ежедневно множество различных видов компонентов крови.

Заключение

Традиционно конкурсными условиями при приобретении товаров являются экономические параметры. Предлагаемая поставщиком цена продукции зачастую является определяющим критерием при отборе победителя конкурса. Это утверждение действует и в отношении поставок компонентов крови.

В то же время государственный заказчик, стремясь получить более дешевую продукцию, рискует приобрести компоненты крови, которые не только не будут соответствовать установленным стандартам качества, но и могут представлять вполне определенную опасность для реципиента. Как не может быть дешевым качественный иностранный автомобиль, так и не может быть дешевым качественный компонент крови, над выпуском которого трудятся несколько десятков человек, профессиональная квалификация которых – предмет отдельного обсуждения. Причем затраты на производство компонентов крови возрастут даже быстрее затрат на производство дорогих автомобилей.



В.И.СТАРОДУБОВ,

профессор, академик РАМН

И.Н.СТУПАКОВ,

НЦССХ им. А.Н.Бакулева

И.В.САМОРОДСКАЯ,

д.м.н., профессор, заведующая Информационно-аналитическим отделом

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ И ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

ЧАСТЬ 2

Начало см. в «МЗ», 2005, №10

Структура причин смерти

Согласно докладу «О состоянии здравоохранения в Европе, 2002 г.» (Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02 Копенгаген, 17 сентября 2002 года), основными причинами «бремени болезней» в Европе являются сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, нейropsychиатрические расстройства (включая расстройства, обусловленные злоупотреблением алкоголя и депрессией).

Согласно МКБ, основные классы причин смерти за последние 10 лет в России следующие (табл. 4): более 50% смертей – смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, затем следуют злокачественные новообразования, на третьем месте – несчастные случаи, отравления и травмы (так называемые «внешние причины»).

В начале 70-х годов XX века доля сердечно-сосудистой смертности составляла 46,3%, в начале 80-х – 52–53%, в 2003 г. – 56,1%. Таким образом, за последние 30 лет в России доля смертей от ССЗ в структуре смертности увеличилась на 10%.

Сверхсмертность в рабочем возрасте значительно меньше зависит от смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, меньше и вклад смертности от рака, зато еще более пагубно влияние внешних причин: несчастных случаев, отравлений, насильственных смертей, большую негативную роль играют болезни органов дыхания и инфекционные болезни (табл. 5).

Средний возраст умерших составляет в классах: болезни органов дыхания – 64 года, злокачественные новообразования – 63 года, несчастные случаи, травмы и отравления – 42 года, инфекционные и паразитарные болезни – 41 год. По данным статистического сборника, в РФ средний возраст умерших от БСК составлял в 1990 г. – 73,3; а в 1994 г. – 71,8 года. При исследовании возрастной структуры сердечно-сосудистой смертности в одном из районов Московской области выявлено, что лица моложе 60-летнего возраста составляют 20,2%, лица старше 70-летнего возраста составляют 58% (Гришина М.В., 2003). Однако в целом по России



(данные Госкомстата) смертность от БСК имеет тенденцию к «омоложению». Так, показатель смертности от БСК в трудоспособном возрасте за 1990–2000 гг. увеличился со 137 до 206 на 100 тыс. населения, то есть с 22,2 до 24,2% от всей сердечно-сосудистой смертности. В большинстве стран Европы смертность от БСК за последние 10 лет уменьшилась незначительно, но изменилась возрастная структура смертности: у лиц в возрасте до 65 лет смертность от БСК снизилась на 50% (Вишневский А., 2000). Среди мужчин, умерших от БСК лица, моложе 65 лет составляют 25% и среди женщин – 9% (Kupersmith J., 1995).

Динамика смертности от БСК как ведущей причины смертности населения имеет свои особенности и факторы риска. Учитывая тот факт, что доля трех нозологических групп БСК (цереброваскулярные болезни – ЦВБ, ИБС и АГ) составляет более 80% всех случаев ССЗ и смерти от БСК (табл. 6), говоря о факторах риска «сердечно-сосудистых событий», обычно имеют в виду заболевания именно из этих нозологических групп. Под термином «сердечно-сосудистые события» подразумевается развитие таких жизнеугрожающих и инвалидирующих осложнений, как инфаркт миокарда (ИМ), сердечная недостаточность (СН), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), а также смерть от этих причин.

Большинство жизнеугрожающих ССЗ (инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), сердечная недостаточность (СН), поражение периферических сосудов и т.д.) клинически проявляются в стар-

Таблица 4
Доля основных причин смерти за 1990–2000 гг. (в %)

Основные классы причин смерти	1990 г.	1995 г.	2000 г.
Болезни системы кровообращения	55,2	52,6	55,3
Новообразования	17,3	13,5	13,3
Несчастные случаи, травмы и отравления	11,9	15,8	14,3
Другие причины	16	18,1	17,1
Итого	100	100	100

Таблица 5
Смертность населения в трудоспособном возрасте (на 100 тыс. человек)

Наименование	1998 г.	%	2002 г.	%
Все причины	611,5	100	748,7	100
Несчастные случаи, травмы и отравления	237,2	38,8	282,4	37,8
Болезни системы кровообращения	169,2	27,7	213,2	28,5

Таблица 6
Структура смертности и заболеваемости класса БСК по нозологическим группам в РФ в 2003 г.

Нозологические группы	Смертность (в %)	Заболеваемость (в %)
Класс БСК	100	100
АГ	2,3	28,9
ИБС без ОИМ	43	25,8
ОИМ	4,4	0,8
Ревматические болезни	1	1,3
Цереброваскулярные болезни	36,7	25,1
Другие нозологические группы	12,6	17,3

шем и пожилом возрасте. Поэтому считается, что основное влияние на частоту трех вышеуказанных нозологических групп (ЦВБ, ИБС, АГ) оказывают возрастной состав популяции, качество организации медико-социальной помощи и распространенность факторов риска (Fletcher G.F. с соавт., 2002; Minino A.M., 2001).

Классическими факторами риска атеросклероза, как причины ишемической болезни сердца, поражения периферических и церебральных сосудов считаются артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, курение, сахарный диабет, ожирение, образ жизни, генетические факторы.



Первые эпидемиологические исследования факторов риска были начаты в 50-х годах XX века. Так, широко известное Фремингемское исследование (США) было начато в 1949 г. Оно включало 5209 мужчин и женщин в возрасте 30–59 лет, которые были отобраны из 10 000 жителей одноименного городка. Никто из них не страдал ИБС на момент исследования и значит имел определенный риск развития ИБС. Затем наблюдаемых обследовали 2 раза в год в течение 30 лет. В результате исследования выявлено, что риск развития ИБС связан с повышением АД, уровня холестерина, курением, нарушением толерантности к глюкозе, гипертрофией левого желудочка.

Аналогичное исследование выполнено в Гарварде (Великобритания): обследовано 10 269 выпускников университета. Обследование проводилось дважды: в 1966 и 1977 годы. Затем изучалась смертность: с 1977 по 1985 годы. Было выявлено, что у выпускников, не имевших факторов риска (курение, избыточная масса тела, АГ, низкая физическая активность), смертность была ниже, чем среди имевших один или несколько факторов риска, а также то, что изменение образа жизни влияло на показатели смертности в группе.

В последующих исследованиях выявлены существенные различия между теми, кто не имел ни одного из этих факторов, и теми, у кого присутствовали все эти факторы. Так, в тех случаях, когда действовали 3 фактора (высокий холестерин, АД и курение), абсолютный риск развития ИБС почти в 3 раза превышал сумму рисков, связанных с отдельными факторами.

Недавно описаны вторичные факторы риска развития атеросклероза, которые также могут играть важную роль. Это – воспаление, эндотелиальная дисфункция, гиперкоагуляция, инсулиновая резистентность и другие. «Острые» факторы (физическая перегрузка, сексуальная гиперактивность, дистресс) также могут привести к таким острым состояниям как внезапная сердечная смерть, ИМ, ОНМК (Muller J.E., 1997). Кроме того, выявлено, что среди лиц с выс-

шим образованием уровень смертности более низкий, чем у лиц без такового (Cooper R., 2000). В эпидемиологических исследованиях выявлены особенности распространенности факторов риска в различных возрастных, социально-экономических и этнических группах; продемонстрировано влияние социальной и окружающей среды на распространенность ФР (Bone L.R., 2000).

В процессе исследований часто выявлялись неожиданные результаты. Так, еще в 70-х годах XX века на основании одномоментного исследования, проведенного сотрудниками ВКНЦ АМН СССР г.Москвы (Чазов Е.И., 1977), выявлено, что распространенность гиперхолестеринемии и АГ среди больных ИБС старшего возраста (>60 лет) не отличалась от распространенности этих факторов риска среди лиц того же возраста, но без ИБС. В то же время у лиц молодого возраста при скрининге на ИБС различие в частоте факторов риска было большим. Авторы связали выявленный факт с высокой смертностью от ИБС лиц с факторами риска в возрасте 50–59 лет (Флетчер Р., 1998), ссылаясь на проведенное Psaty B.M. (1990) исследование, и отмечают, что возраст является более сильным фактором риска развития ССС, чем курение (с возрастом связь между курением и ССС становится слабее).

Распространенность факторов риска внутри регионов отдельных стран и по данным отечественных и зарубежных исследований значительно варьирует. Так, в США в штате Кентуки (Kentucky) курили 29,7%, в штате Юта (Utah) – 13,9%. Коренные американцы курили чаще, чем американцы азиатского происхождения; женщины – реже мужчин, но менее склонны были бросить курение (Giovino G.A., 1994; Shopland D.R., 1997). По данным ВОЗ, из 1,1 миллиарда курильщиков в мире 82% живут в странах с низким и средним уровнем доходов. В РФ, по данным разных авторов, распространенность курения варьирует от 11,2 до 76% (Васильева Т.П., 2003; Фуфаев Е.Н., 2003; Смирнова М.А., 2004; Эльгаров А.А., 2004).





Гиперхолестеринемия в США, по данным разных исследователей, отмечена от 20 до 50% (Fletcher G.F., 2002); в РФ – от 5,2 до 84% (Фуфаев Е.Н., 2003; Смирнова М.А., 2004; Титарова Ю.Ю., 2004). Распространенность гиперхолестеринемии зависела от выбранного критерия (уровень холестерина более 5,0 ммоль/л или более 6,5 ммоль/л) и изучаемой выборки.

Ожирение в США выявлено у 61,8% мужчин и 50,9% у женщин (body mass index greater than 30 kg/m²) (Flegal K.M., 1998). В РФ избыточную массу тела имеют от 19 до 70% (Широкова Е.Н., 2004; Смирнова М.А.; Фуфаев Е.Н.; Титарова Ю.Ю.; Эльгаров А.А.).

Только 23% американцев в возрасте старше 18 лет сообщили, что имеют регулярные физические тренировки (30 мин. и более 5 раз в неделю) и около 25% сообщили о том, что они вообще не имеют физических нагрузок (Fletcher G.F., 2002). Низкую физическую активность отметили 67% водителей автотранспорта и 93% студентов г.Нальчика (Эльгаров А.А.).

Артериальная гипертензия (АГ) исследователями рассматривается и как самостоятельное заболевание и как фактор риска жизнеугрожающих осложнений и сердечно-сосудистой смерти. Так, Alderman M.H. (1999) утверждает: «Лечение АГ – профилактическая медицина, которая смешана с лечением реальных случаев болезни (ИМ, ОНМК)». Артериальная гипертензия в США регистрируется в 25% случаев от всей взрослой популяции (Luepker R.V., 1998). В РФ, исходя из данных официальной статистики заболеваемости по обращаемости и Государственного доклада «О состоянии здоровья населения в 2002 г.», распространенность артериальной гипертензии среди населения в возрасте старше 18 лет составляет 37–40%. По данным Центра профилактической медицины, в 1988–1990 гг. в Москве артериальная гипертензия регистрировалась в популяции мужчин 26–27% и 27–28% – среди женщин. По данным доклада Научного общества по изуче-

нию артериальной гипертензии, стандартизованная по возрасту распространенность АГ (140/90 мм рт.ст. и выше) в 1993 г. среди мужчин составляла 39,2%, среди женщин – 41,1%.

Распространенность артериальной гипертензии по обращаемости имеет значительные географические различия: в Москве – 897 на 100 тыс. населения, в Санкт-Петербурге – 1103, в Алтайском крае – 1794. Для сравнения, по данным Лисицына Ю.П., заболеваемость АГ по обращаемости была в 1960–1970 гг. 210 на 100 тыс., что в 2–3 раза ниже в сравнении с данными комплексных медицинских осмотров, организованных АМН СССР в тот же период, во время которых гипертензия выявлялась в среднем от 500 до 600 случаев на 100 тыс. населения. Следует сказать, что в тот же период времени случаи регистрации «пограничного» АД (менее 140–150/90–95) учитывались в других нозологических группах (например, вегето-сосудистая дистония).

Изменение критериев оценки нормального и повышенного АД (и, следовательно, увеличение числа случаев регистрации болезни) связано с выявленным в эпидемиологических исследованиях добавочным риском смерти в зависимости от уровня АД. Так, в исследовании Hofman A. (1992) было показано, что очень высокое АД наблюдается лишь у немногих людей. В результате максимальный процент дополнительных смертей в популяции (58,4%) обусловлен мягкой АГ (диастолическое АД – 90–105 мм.рт.ст.). Поэтому считается доказанным, что артериальная гипертензия (АГ) является фактором риска развития инсульта и ИМ. Однако при вычислении коэффициента корреляции между приростом в показателях заболеваемости АГ и ИМ в России за десятилетний период была выявлена чрезвычайно низкая взаимосвязь этих показателей ($r=0,11$; $p<0,05$). Следовательно, полученные данные противоречат доказательствам отрицательного влияния АГ на распространенность ИМ. Прирост АГ за 10 лет в Санкт-Петербурге составил 148,6%, а прирост ИМ – 22%; в Брянской области прирост АГ соста-



вил 120%, а заболеваемость ИМ снизилась на 22%. Для того, чтобы ответить на вопрос, необходимо провести хорошо организованные эпидемиологические исследования.

Dies-Roux A.V. (1999) считает, что наличие трех и более ФР (АГ, курение, низкая физическая активность) прямо коррелирует с низким доходом, низким образованием, отсутствием постоянной работы и дома.

Таким образом, как в США, так и в Российской Федерации распространенность факторов риска зависит от особенностей изучаемой популяции (культурных традиций, возраста, пола, социально обусловленных привычек) и используемых в исследовании критериев оценки (уровень избыточной массы тела, уровень холестерина, АД и т.д.). Несмотря на тот факт, что в странах ЕС и США доля лиц с низким риском сердечно-сосудистых событий небольшая, показатели смертности от ССЗ в этих странах почти в 3 раза ниже, чем в России.

По мнению Stamler J. (1999), в странах США и Европы людей с низким риском сердечно-сосудистых заболеваний и сердечной смерти не так много – от 3 до 10%.

Низким риском, по данным автора, считаются: холестерин менее 200 мг/дл, АД = 120/80 мм рт. ст., индекс массы тела менее чем 25 кг/м², отсутствие курения, сахарного диабета, клинических проявлений ССЗ.

Это подтверждают мнения Оганова Р.Г. (2000) и Чазова Е.И. (2002), о том, что роль стандартных факторов риска сердечных заболеваний в высокой смертности от БСК России небольшая; большую роль играют социально-экономические изменения в обществе и кризисное состояние системы здравоохранения.

В экономически развитых странах мира сердечно-сосудистые заболевания до сих пор (Anderson J.J., 2000) остаются основной причиной смерти, несмотря на то, что снижение смертности началось еще в 60-е годы и сегодня смертность от БСК равна примерно половине соответствующего показателя в 1970 году.

В то же время в России наблюдается постоянная тенденция роста смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Предполагается, что улучшение ситуации во многих развитых странах в период 1960–1980 годов XX века было обусловлено как прогрессом медицинской науки, так и другими, до сих пор не выясненными причинами. В России, вероятно, в росте смертности от БСК сыграли роль вышеописанные причины, повлиявшие на общую смертность и более низкий по сравнению с экономически развитыми странами уровень организации медико-социальной помощи.

Однако трудно объяснить вышесказанным тот факт, что в России смертность от БСК 2 раза больше, чем, например, в Великобритании (рис. 3), в то время как смертность от «всех других» причин практически одинакова (эти данные за 1997 г. были размещены на официальном сайте Всемирной Организации Здравоохранения www.who.int. Возможно, эта тенденция сохраняется и сейчас, но на сайте за более поздний период аналогичных данных нет).

Именно по этой причине доля БСК в смертности в России составляла 55%, а в Великобритании – 41%.

В литературе уже обсуждались неточности официальных статистических данных о распространенности отдельных нозологических форм, основанных на показателях заболеваемости и смертности (Бугаенко В.В., 1989; Лисицын Ю.П., 1993; Верещагин Н.В., 1996; Бокерия Л.А., 2001; Айсанов Р.А., 2001; Самородская И.В., 2003). Одна из причин таких различий может быть обусловлена принятыми на определенный период времени подходами к оценке клинических состояний, критериями диагностики. Например, Верещагин Н.В. (1996) отмечает, что в рубрику смертности от цереброваскулярных болезней (ЦВБ) в официальной статистике включен и такой неопределенный диагноз, как «церебральный атеросклероз». А по данным Найда А.И. с соавт. (2003), за период 1998–2002 гг. произошли значительные изменения структуры смертности от БСК: смертность уменьшилась (во всех возрастных



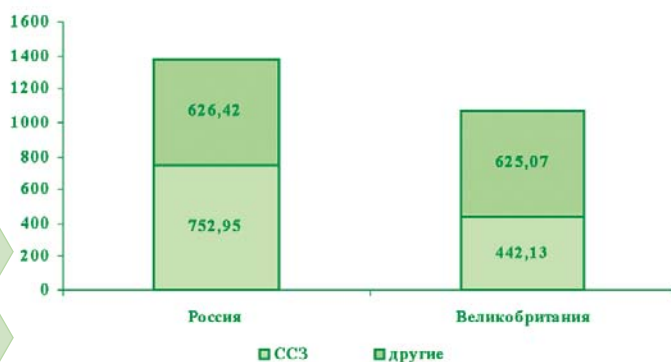


Рис. 3. Показатели смертности на 100 тыс. населения в России и Великобритании в 1997 г.

группах и до 50 лет): от хронических форм ИБС на 8% и 7%, соответственно, от ГБ – на 42% и 77%; от острого ИМ на – 8 и 19%; увеличилась от кардиомиопатий разного происхождения – на 442% и 290%, алкогольной – на 140% и 159%. Несмотря на терминологическую неопределенность и противоречивость статистика смерти является единственным общепринятым доступным методом контроля за тяжестью заболевания во времени. И именно этот факт требует пересмотра подходов к оценке того или иного явления.

Несколько примеров, подтверждающих целесообразность пересмотра существующих методов оценки и учета причин заболеваемости и смертности.

1. Традиционно различие в смертности между странами от ИБС, кроме уровня жизни и медицинской помощи, объясняют этническими, культурными привычками, различием образа жизни населения, проживающего в соседних странах. Так, по данным Ежегодника мировой смертности статистического издания ВОЗ (1978), смертность на 1000 населения от ИБС в 1973 г. была равна в США – 3,2; Мексике – 2,0; Израиле – 2,1; Египте – 1,8; Болгарии – 2,0; Греции – 7,9; ФРГ – 2,0; Франции – 0,9; Исландии – 1,8; Гренландии – 0,8; СССР – 2,1. В то же время трудно объяснить, почему даже в соседних регионах РФ, не различающихся значительно по климатическим условиям и культурным традициям (в том числе образу жизни) стандартизованные показатели смертности от ИБС также значительно различаются. Так, в 1999 г. по РФ стандартизованный показатель

смертности от ИБС 1000 населения в целом составил 3,63 на 1000 (среди мужчин – 5,2, среди женщин – 2,6), но значительно варьировал по регионам: от 0,9 в республике Ингушетия (среди мужчин – 1,2, среди женщин – 0,6) до 5,8 в Курской области (среди мужчин – 7,9, среди женщин – 4,3). В соседних с Курской областью Воронежской и Тамбовской областях стандартизованные показатели смертности от ИБС составили 2,8 (4,1 и 2,0) и 3,7 (5,2 и 2,7), соответственно. Одновременно в Курской области в 1999 г. заболеваемость ИБС была почти в 2 раза ниже, чем в среднем по Российской Федерации.

2. В 1997 г. доля ИМ в сердечно-сосудистой смертности в России составляла 5%, Великобритании – 29%, Германии – 20%. Другие формы ИБС в России составляют 42%, Великобритании – 25%, Германии – 23%. Трудно объяснить факт более высокой (в 2–3 раза выше) смертности от ИБС в целом по РФ, чем в странах Европы и США, и более низкой смертности от ИМ воздействием внешних причин (социально-экономические факторы) или лучшим лечением ИМ. Тем более, что данные, полученные в рамках программ «МОНИКА», «Регистра мозгового инсульта» и «Регистра инфаркта миокарда», оказались приблизительно еще на 1/3 ниже, чем данные официальной статистики.

Вероятно, имеют место неадекватные критерии диагностики: гипердиагностика ИБС и гиподиагностика ИМ. На рис. 4 (данные официального сайта ВОЗ www.who.int) видно, что смертность от ИМ в России, Великобритании и Германии сопоставима в возрасте до 60 лет, старше этого возраста в России смертность от ИМ значительно ниже. Однако смертность от «других» форм ИБС в старших возрастных группах в России более высокая, чем в Великобритании и Германии.



3. При рассмотрении структуры ИБС (согласно классификации МКБ) обращает внимание тот факт, что за 10 лет показатель заболеваемости ИМ – одной из наиболее тяжелых форм ИБС – увеличился в меньшей степени по сравнению с ростом всех форм ИБС (на 16%, с 122,6 до 146,5). Причем в ряде регионов отмечено снижение заболеваемости ИМ (в Московской области – на 18%, в Москве – на 0,5%, Новосибирской, Кировской, Саратовской, Курганской, Свердловской, Еврейской, Магаданской областях, Дагестане, Кабардино-Балкарии, Краснодарском крае, Удмуртии, Тыве, Чукотском округе). В Москве, несмотря на более напряженный жизненный ритм и лучшие диагностические возможности, показатели заболеваемости ИМ ниже (140,0), чем в среднем по РФ (146,5), а в Московской области, несмотря на снижение показателя за указанный период, заболеваемость ИМ остается выше, чем в РФ (155,2). Парадокс в том, что снижение заболеваемости ИМ в большинстве регионов сопровождалось ростом заболеваемости ИБС и артериальной гипертензии, которые, как известно, увеличивают вероятность развития ИМ. Кроме того, абсолютные числа случаев заболевания ИМ (учитывающиеся в форме 12 и лежащие в основе расчета показателей заболеваемости) оказались гораздо ниже числа случаев госпитализаций с ИМ. Даже возможность повторной госпитализации с тем же заболеванием в течение года не может объяснить различие в числе случаев, равное 57 352.

4. Структура заболеваемости по классу Болезни системы кровообращения за прошедшие 10 лет изменилась незначи-

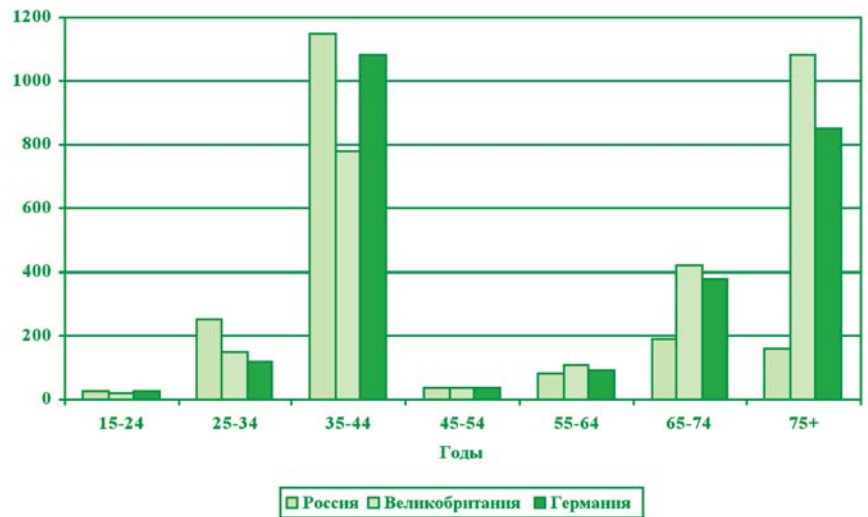


Рис. 4. Смертность от ИМ в возрастных группах от 15 и выше

Структура ИБС в 1993 и 2003 гг.

Таблица 7

Нозологическая форма ИБС	1993 г. (в %)	2003 г. (в %)
ОИМ	3,5	2,8
Другие формы ОИБС	2,0	0,8
Стабильная стенокардия	31,7	41,4
Стенокардия, впервые возникшая	1,9	3,0
Другие формы ИБС	60,9	52

тельно, за исключением ИБС и АГ: доля АГ в структуре БСК возросла с 18% в 1993 г. до 30% в 2003 г.; доля ИБС уменьшилась с 30% в 1993 г. до 26% в 2003 г. Обусловлено это истинными изменениями структуры или «перекладыванием болезней из одного кармана в другой»? То же самое происходит внутри нозологической группы ИБС. Как видно из табл. 7, доля острых форм ИБС (ИМ, острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия) снизилась, увеличилась доля больных стабильной стенокардией, но доля «других форм» ИБС остается по-прежнему более 50%.

Безусловно, такая большая подгруппа заболеваний не может и дальше оставаться «неопознанной». Это препятствует и проведению анализа, и планированию организации помощи



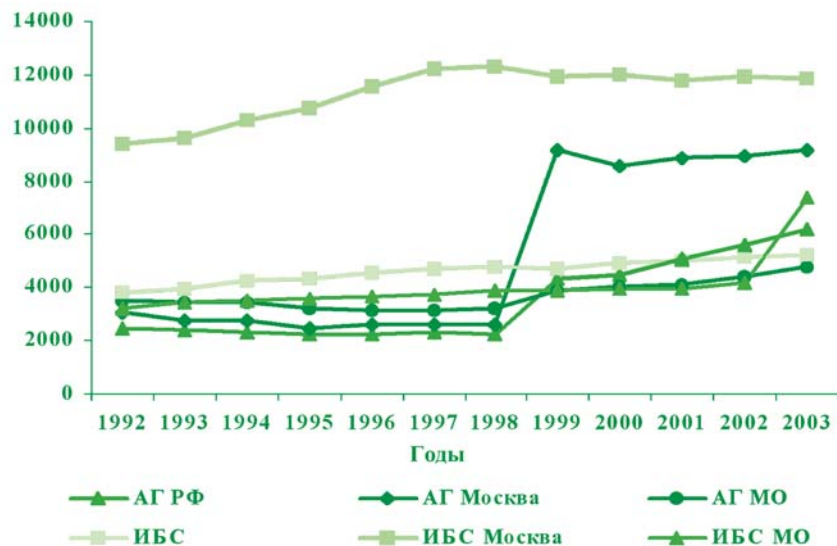


Рис. 5. Заболеваемость АГ и ИБС в РФ, г.Москве и Московской области (1992–2003 гг.)

при сердечно-сосудистых заболеваниях. Если учесть данные зарубежных исследователей, мнения отечественных ученых и врачей-практиков, в эту группу входят в основном пожилые пациенты с малосимптомным или асимптомным атеросклеротическим поражением коронарного русла и нуждающиеся в хорошо организованной не только медицинской, но и социальной помощи.

Подходы к оценке заболеваемости класса БСК и входящих в этот класс нозологических групп на фоне значительных достижений в диагностике доклинических состояний, пересмотра критериев диагностики требуют внимания ведущих отечественных клиницистов. По мнению Флетчер Р. (1998), точка разделения, на которой заканчивается норма и начинается патология, часто условна.

И вероятно, именно факт условности обуславливает столь выраженные различия в показателях заболеваемости ИБС и АГ в г.Москве и Московской области, а также эпидемический рост АГ в 1998 г. (рис. 5). Маловероятно, чтобы почти трехкратные различия в заболеваемости ИБС в Москве и Московской области были обусловлены различиями распространенности факторов риска, возрастной структурой населения и качеством диагнос-

тического процесса. Так, хорошо известен факт, что распространенность болезни при эпидемиологических исследованиях выше, чем при учете заболеваемости по обращаемости. Например, по данным монографии под ред. Чазова Е.И. (1975), 40% мужчин, у которых была выявлена типичная стенокардия, не знали истинного характера своего заболевания. Но далеко не всем пациентам с безболевым, бессимптомным, доброкачественным течением болезни необходимы медицинские вмешательства. Часто профилактические мероприятия у таких больных не отличаются от профилактических мер, рекомендуемых здоровым, из групп риска.

Кроме того, мы не знаем сегодня, какова вероятность и роль гипердиагностики в учете заболеваемости при обращаемости. Например, только у 42% мужчин до 40 лет с атипичной болью и положительным ЭКГ-тестом с физической нагрузкой (смещении ST до 2,5 мм) действительно есть ИБС (Флетчер Р., 1998). Но при обращении за медицинской помощью в поликлинику далеко не все пациенты подвергаются верификации диагноза с помощью коронарографии, в то же время статистический талон для учета случая заболевания заполняется. Все вышесказанное не позволяет планировать ресурсное обеспечение медицинской помощи.

Таким образом, несмотря на значительный прогресс во всех отраслях медицины, процесс дифференциальной диагностики, разграничения нормы и патологии несовершенен. Кроме того, существует множество переходных состояний и наличие или отсутствие четких кри-



териев того или иного состояния, помимо реально-го распространения патологии, влияет на оценку и интерпретацию происходящих тенденций. Возможно, сегодня для ответа на вопросы: «Чем именно объясняются столь выраженные различия в показателях заболеваемости и смертности?» и «Как именно организовать медико-социальную помощь?», можно получить только в хорошо организованном, методически корректном исследовании. Не только эпидемиологическом (в смысле оценки распространенности патологии в соответствии с установленными критериями), но и оценивающем реальную текущую врачебную практику (пути установления диагноза, способы регистрации и учета заболеваний).

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

1. Рост общей смертности последние десятилетия обусловлен происходящими взаимосвязанными и взаимообусловленными социально-экономическими изменениями в обществе. Несмотря на достижения медицинской науки, система здравоохранения не может преодолеть негативные последствия социально-экономических изменений.

2. Социально-экономические изменения в российском обществе привели к росту смертности от БСК и модификации влияния «традиционных» факторов

риска сердечно-сосудистых событий. Распространенность факторов риска в России, как и в других странах, зависит от особенностей изучаемой популяции (культурных традиций, возраста, пола, социально обусловленных привычек) и используемых исследователями критериев их оценки (уровень избыточной массы тела, уровень холестерина, АД и т.д.).

3. В структуре заболеваемости и смертности от ИБС доля острых форм ИБС (ИМ, ОКС, впервые возникшая стенокардия) не превышает 5%, но сохраняется высокая доля заболеваний (более 50%), плохо поддающихся интерпретации (другие формы ИБС). Используемые критерии оценки причин смерти маскируют истинные причины смерти и роль негативного влияния алкоголя на рост смертности.

4. Нельзя исключить, что значительные колебания показателей смертности и заболеваемости в регионах РФ в разрезе отдельных сердечно-сосудистых заболеваний обусловлены не только различной распространенностью заболеваний, но и используемыми врачами диагностическими критериями. Это препятствует планированию ресурсного обеспечения медицинской помощи и требует проведения качественных эпидемиологических исследований и исследований, оценивающих реальную клиническую практику (Clinic Practice Improvement).



ЛИТЕРАТУРА*

22. Смирнова М.А. Брагина Г.И. Стремоухов А.А. О целесообразности проведения образовательных программ для лиц с факторами риска ИБС//Человек и лекарство. – Тезисы докладов. – М., 2004. – С. 750.
23. Стародубов В.И., Иванова А.В., Семин В.Г. и др. Здоровье нации: динамика и прогнозы здоровья населения России в социальном контексте 90-х годов//Главврач. – 2002. – №8. – С. 13–32.
24. Титарова Ю.Ю., Фитилев С.Б., Левин А.М. и др. Распространенность ФР ИБС среди пациентов Московского кардиодиспансера, перенесших ИМ//Человек и лекарство. – Тезисы докладов. – М., 2004. – С. 583.
25. Широкова Е.Н. Современные подходы к лечению ожирения//Диагностика и терапия в клинике внутренних болезней. – М., 2004. – С. 260–269.

*Начало библиографического списка см. в «МЗ», 2005, №10





26. Школьников В.М., Андреева Е.М., Малева Т.М. Неравенство и смертность в России// Московский Центр Карнеги. – М., 2000. – С. 21
27. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. – М.: «Медиа Сфера», 1998. – 347 с.
28. Эльгаров А.А., Сабанчиева Х.А., Мидова М.М. и др. АГ у водителей автотранспорта// Человек и лекарство. – Тезисы докладов. – М., 2004. – С. 599.
29. Heart and Stroke Statistical Update. – Dallas: American Heart Association, 1998.
30. Anderson J.J. Transmyocardial Laser Revascularization//Prog. Cardiovasc. Nurs. – 2000. – V.15(3). – С. 76–81.
31. Cooper R., Cutler J., Desvigne-Nickens P. et al. Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the national conference on cardiovascular disease prevention//Circulation. – 2000. – V.102. – С. 3137–3147.
32. Flegal K.M., Carroll M.D., Kuczmarski R.J., Johnson C.L. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960–1994//Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 1998. – V.22. – С. 39–47.
33. Fletcher G.F., Balady G.J., Vogel R.A. 33-rd Bethesda Conference. Preventive Cardiology: How Can We Do Better?//JACC. – 2002. – V.40. – №4. – С. 579–651.
34. Hofman A., Vandenbroucke J.P. Geoffrey Rose big idea//Br. Med. J. – 1992. – V.305. – С. 1519–1520.
35. Giovino G.A., Schooley M.W. et al. Surveillance for selected tobacco – use behaviors. – United States, 1900–1994//Mor. Mortal. Wkly. Rep. CDC SurveiU. Summ. – 1994. – V.43. – С. 1–43.
36. Kupersmith J., Holmes Rovner M., Hogan A. et al. Cost-effectiveness analyses in heart disease. – Part 3: Ischemia, congestive hart failure, and arrhythmias//Prog. Cardiovasc. Dis. – 1995. – Mar., V.37(5). – С. 307–346.
37. Leger S. Cocrane A.L. Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the concumption of wine//Lancet, 1979. – V.1. – С. 1017–1020.
38. Luepker R.V., McGovern P.G., Shahar E., Arnett D.K., Jacobs D.R., Blackburn H. Trends in blood pressure control and stroke in a metropolitan area: the Minnesota Heart Study (abstr)//Circulation. – 1998. – V.98. – С. 1323.
39. Minino A.M., Smith B.L. Deaths: preliminary data for 2000//Natl. Vital. Stat. Rep. – 2001. – V.49. – С. 1–40.
40. Muller J.E., Kaufmann P.G., Luepker R.V., Weisfeldt M.L., Deedwania P.C., Willerson J.T. Mechanisms precipitating acute cardiac events: review and recommendations of an NHLBI workshop. National Heart, Lung, and Blood Institute. Mechanisms Precipitating Acute Cardiac Events Participants//Circulation. – 1997. – V.96. – С. 3233–3239.
41. Shaper A.G. Wannamethee G., Walker M. Alkohol and mortality in British men//Lancet. – 1988. – V.2. – С. 1267–1273.
42. Shopland D.R., Burns D.M., Garfinkel L., Samet J.M. and National Cancer Institute (U.S.) Smoking and Tobacco Control Program/Monograph 8: Changes in Cigarette-Related Disease Risks and Their Implication for Prevention and Control 97 – 4213. – Bethesda, MD: National Institutes of Health National Cancer Institute Smoking and Tobacco Control, 1997.



С.А.ОСАНКИН, В.Л.ГРОМОВА, Ф.И.БАДАЕВ,
НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем», г.Екатеринбург

О ВЛИЯНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА РУКОВОДИТЕЛЕЙ СРЕДНЕГО ЗВЕНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА БОЛЬНИЦЫ

Происходящие в российском здравоохранении изменения, в частности, активное развитие рыночных отношений, ставят перед руководящими органами различного уровня задачу применения новых технологий управления. Программными документами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации основным направлением реформирования отрасли определено повышение ее структурной эффективности [3]. В этих условиях руководство больницы, особенно многопрофильных, все более нуждается в оперативно получаемой и надежной информации об эффективности работы как организации в целом, так и ее отдельных подразделений. Исходя из того, что в структуре финансирования лечебно-профилактических учреждений преобладает госпитальное звено, с позиции главного врача проблема эффективности работы отделений стационара является наиболее важной.

Эффективность в здравоохранении представляет собой системное понятие, и специалисты выделяют 3 ее аспекта: медицинский, экономический и социальный, применительно же к подразделениям больниц в наибольшей степени актуальной является оценка первых двух.

В качестве объекта исследования медико-экономической эффективности послужила одна из многопрофильных больниц Свердловской области, имеющая в составе стационара 19 отделений с общим фондом 960 коек. Анализ эффективности медицинского аспекта их деятельности показал, что в последние 5 лет работа койки в году составляла 352,8–369 дней. При анализе выполнения норматива работы койки в отделениях была выявлена значительная дифференциация этих показателей. В некоторых из них (онкоматмологии, хирургии №4, отоларингологии) было отмечено значительное превышение нормативов, до 115%. В



то же время в хирургическом отделении №2 этот показатель составил лишь 31 – 39% от нормативной величины.

Значительные различия были отмечены и при оценке других показателей, свидетельствующих об интенсивности использования коечного фонда: средняя длительность госпитализации, оборот и простой коек, летальность. Так, например, в большинстве отделений больницы средние сроки лечения были близки к нормативам, однако в инфекционном №2, гинекологическом №1 и хирургическом №4 отделениях эти показатели были ниже их, соответственно, на 24, 20 и 19%.

С помощью методики расчета интегральных показателей (ИП) [1, 4] была проведена сравнительная оценка эффективности медицинского аспекта деятельности работы всех 19 отделений. Из данных, приведенных в табл.1, видно, что подавляющее большинство из них работало с высокой степенью эффективности (ИП близок к 1). Тем не менее, 3 отделения в 2003 г. и 2 – в 2004 г. имели показатель менее 0,8 и, согласно разработанной авторами указанной методики классификации, эффективность их работы могла быть оценена как «средняя».

На следующем этапе была проведена оценка экономической эффективности этих структурных подразделений. Исследование проводилось с помощью методики, утвержденной Министерством здравоохранения России [2]. Результаты его приведены в табл.2. Согласно им, между отделениями существует значительная дифференциация по этому показателю: в 2003 г. 10 из них

Таблица 1

Интегральные показатели эффективности медицинского аспекта деятельности отделений стационара больницы

Отделения	2003 г.		2004 г.	
	ИП	Ранговое место	ИП	Ранговое место
Инфекционное №1	0,879	14	0,953	9
Инфекционное №2	0,950	6	0,745	19
Инфекционное №3	0,970	3	0,981	6
Нейрохирургическое №1	0,979	2	0,845	17
Нейрохирургическое №2	0,925	10	0,927	12
Гастроэнтерологическое	0,995	1	1,0	1
Кардиологическое	0,865	15	0,993	5
Терапевтическое	0,882	13	0,906	13
Эндокринологическое №1	0,938	9	0,953	10
Эндокринологическое №2	0,948	7	1,0	2
Гинекологическое №1	0,919	11	0,976	7
Гинекологическое №2	0,956	5	0,999	3
Отоларингологическое	0,893	12	0,998	4
Неврологическое	0,789	17	0,880	15
Онкомамологическое	0,739	18	0,965	8
Хирургическое №1	0,691	19	0,894	14
Хирургическое №2	0,817	16	0,779	18
Хирургическое №3	0,961	4	0,931	11
Хирургическое №4	0,940	8	0,860	16

Таблица 2

Показатели экономической эффективности работы отделений стационара больницы

Отделения	Экономическая эффективность в относительном выражении (Эо)	
	2003 г.	2004 г.
Инфекционное №1	0,74	1,04
Инфекционное №2	0,81	1,16
Инфекционное №3	0,73	1,15
Нейрохирургическое №1	3,38	1,09
Нейрохирургическое №2	2,67	1,57
Гастроэнтерологическое	1,49	1,38
Кардиологическое	1,60	1,40
Терапевтическое	0,46	0,61
Эндокринологическое №1	0,56	0,83
Эндокринологическое №2	2,45	1,57
Гинекологическое №1	2,15	1,23
Гинекологическое №2	0,62	0,72
Отоларингологическое	0,88	0,75
Неврологическое	1,08	0,70
Онкомамологическое	1,20	0,99
Хирургическое №1	0,80	0,83
Хирургическое №2	0,72	1,30
Хирургическое №3	0,44	0,57
Хирургическое №4	1,12	0,83



Таблица 3

Распределение руководителей отделений больницы по личностным предпочтениям (в %)

Склад личности		Тип восприятия информации		Тип принятия решений		Тип отношения к внешнему миру	
экстраверт	интраверт	сознающий	интуитивный	размышляющий	чувствующий	упорядоченный	стихийный
70	30	95	5	80	20	80	20

работали с убытком (Эо менее 1) и, наоборот, деятельность 9 была экономически эффективной. В 2004 г. последних стало 10. Исходя из результатов исследования, часть отделений: терапевтическое, эндокринологическое №1, гинекологическое №2, отоларингологическое, хирургические №1 и №3, имели относительную экономическую эффективность менее 1 в течение обоих рассматриваемых лет.

Таким образом, проведенный анализ показал, что отделения больницы работают с разной степенью медико-экономической эффективности. Одним из важных факторов, приводящих к такому результату, может считаться личность руководителя подразделения. Хорошо известно, что от успешной работы менеджеров среднего звена в значительной степени зависит эффективность деятельности как возглавляемых ими отделений, так и лечебного учреждения в целом.

Многие из задач, все более остро возникающих перед современными управленцами-медиками, относятся к сфере психологии. В связи с изменившимися экономическими условиями и необходимостью создания сплоченной команды для достижения целей, стоящих перед организацией, в условиях все нарастающей в здравоохранении конкуренции главный врач нуждается в достоверной информации, которая позволила бы ему оценить потенциал каждого из руководителей среднего звена, их личностные и ролевые предпочтения, основные мотивы их деятельности, карьерные устремления, умение соблюдать баланс «администратор–профессионал-медик», избегать тупиковых ситуаций и конфликтов в коллективе. Владение такого рода информацией в отношении

каждого заведующего отделением может стать надежным инструментом для оценки соответствия личности руководителя занимаемой им должности, его потенциала, имеющихся и возможных проблем, а также для внесения соответствующих коррективов в работу конкретного руководителя [5].

Таким образом, главный врач современного лечебно-профилактического учреждения обязательно должен учитывать психологические характеристики каждого руководителя среднего звена и наиболее характерные для него ролевые предпочтения в качестве опоры для формирования своей кадровой политики, повышения эффективности медицинской и экономической деятельности структурных подразделений учреждения.

В связи с этим был проведен анализ «психологического портрета» всех заведующих отделениями больницы. Для этого они были протестированы по методике «предпочтений личности» Майерс-Бриггз [6]. Четыре категории, по которым оценивается индивидум, дают достаточно большой диапазон для выбора предпочтений:

- ♦ психологический склад личности (экстраверт–интраверт);
- ♦ тип восприятия информации (сознающий–интуитивный);
- ♦ тип принятия решений (размышляющий–чувствующий);
- ♦ тип отношения к внешнему миру (упорядоченный–стихийный).

Полученные результаты приведены в табл. 3. Согласно им, среди заведующих отделениями стационара 70% составляли экстраверты, у 95% отмечался сознающий тип восприятия информации, для 80% был характерен размышляющий тип при-





нения решений и столько же относились к упорядоченному психологическому типу отношения к внешнему миру.

Таким образом, в результате этого этапа исследования о каждом руководителе отделения была получена информация, позволяющая составить достаточно полный «психологический портрет» личности, а это в свою очередь давало ответ на вопрос о связи его с эффективностью работы подразделений больницы.

На основании проведенного тестирования и последующей таксономии все заведующие отделениями разделились на 4 группы. В **первую** вошли индивидуумы со следующей комбинацией «предпочтений личности»: экстраверт со сознающим типом восприятия информации, размышляющим типом принятия решений и упорядоченным типом отношения к внешнему миру. Возглавляемые ими отделения отличались наиболее высокой эффективностью как медицинского, так и экономического аспекта деятельности. Согласно существующим данным [6], руководители с подобными характеристиками практичны, реалистичны, склад их ума наиболее подходит для бизнеса и реальной политики. Их мало интересуют абстрактные теории и они, как правило, прямо приступают к делу. В реальной жизни это хорошие администраторы, решительные, быстро принимающие решения, строго следящие за четким исполнением сотрудниками каждодневных заданий. Руководители подобного типа энергичны, умеют быстро реагировать на ситуацию, способны вырабатывать новые идеи и активно воспринимать идеи других людей, высказывать свои мысли и суждения так, чтобы они были наилучшим образом поняты и приняты. Хорошо организованные сами они помогают быть организованными и выполнять задания к сроку другим членам коллектива.

Вторая выделенная группа включала в себя тех менеджеров, чьи отделения демонстрировали в своей деятельности самые низкие показатели ме-

дико-экономической эффективности. Для них была характерна следующая комбинация «предпочтений»: интроверт со сознающим типом восприятия информации, размышляющим типом принятия решений и стихийным типом отношения к внешнему миру. Такой психологический тип – это, как правило, невозмутимые наблюдатели, спокойные, сдержанные, малообщительные. Они анализируют жизненные ситуации с беспристрастным любопытством, но не всегда могут установить связь между разрозненными фактами и данными, которыми они располагают. Обычно их интересуют только причина и следствие, как и почему работает та или иная система, однако они очень мало внимания уделяют окружающим людям и их заботам. Таким людям интересно собирать факты, основываясь на принципах собственной логики, которая уводит их от разумного решения проблем; склонны к личной несобранности, неорганизованности и отмене собственных решений. Им трудно дается рассмотрение перспективы и возможностей конкретной ситуации. Они могут быть хорошими членами команды или даже исполнителями индивидуальных заданий, однако для администратора подобный тип личности подходит мало.

Третий и четвертый варианты психологических характеристик, отмеченные в исследуемой группе, занимали, с точки зрения эффективности работы подразделений, промежуточное положение. Так, в **третью группу** вошли руководители со следующей комбинацией «предпочтений»: интроверт со сознающим типом восприятия информации, размышляющим типом принятия решений и упорядоченным типом отношения к внешнему миру. Подавляющее большинство возглавляемых ими отделений демонстрировали высокую «медицинскую» результативность, но в половине случаев работали экономически неэффективно.

Согласно существующим описаниям, такой «психологический портрет» встречается среди серьезных, спокойных руководителей, которые до-



бываются успеха благодаря сосредоточенности и добросовестности. Они практичны, организованы, прозаичны, последовательны, реалистичны и надежны. Это люди, способные брать на себя ответственность, при этом склонные сами решать, что следует выполнить, в какой последовательности и чьими силами. Работают в заданном направлении уверенно, не обращая внимания на возражения и помехи. Они собраны, дисциплинированы, объективны. Легко умеют правильно расставить приоритеты, но так же легко привыкают к рутине.

И, наконец, **четвертая группа**. Возглавляемые ими отделения в 50% случаев имели высокие показатели эффективности медицинского аспекта деятельности, но с экономических позиций были неэффективны. Для них была характерна следующая комбинация предпочтений, определяемых по методике Майерс-Бриггз: интраверт с сознающим типом восприятия информации, чувствующим типом принятия решений и упорядоченным типом от-

ношения к внешнему миру. Согласно имеющимся характеристикам, это спокойные, ответственные и добросовестные люди. Они целиком посвящают себя работе, чтобы исполнять свои обязательства, что дается им с некоторым трудом, особенно если люди такого типа занимают руководящие должности. Как правило, это хорошие исполнители, усердные, аккуратные, внимательные, с уважением относящиеся к чувствам и принципам других людей в коллективе.

Таким образом, полученные результаты подтверждают сделанное предположение о влиянии психологических особенностей индивидуума на успешность его деятельности в качестве руководителя. В связи с этим такая информация может и должна использоваться в медицинских учреждениях при подборе менеджеров среднего звена, определении кандидатур при формировании «резерва» на эти должности, а также служить основой для самокоррекции слабых сторон со стороны действующих руководителей.

ЛИТЕРАТУРА



1. Методические рекомендации по оценке медицинской эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. – М.: НИИ им. Н.А. Семашко, 2001. – 15 с.
2. Оценка экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений. Методическое письмо. – М.: Минздрав РФ, 2004. – 25 с.
3. Программа «Повышение структурной эффективности системы здравоохранения Российской Федерации на 2004–2010 годы»//Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 6. – С. 62–80.
4. Чернова Т.В., Блохин А.Б., Ползик Е.В. Эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений: теория, методология, анализ. – Екатеринбург, 2004. – 192 с.
5. Щепин В.О. Структурная эффективность системы лечебно-профилактической помощи в 90-е годы//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2000. – № 3. – С. 24–27
6. Champagne D.W., Hohan R.C. The personal style inventory. Organization design and development. – 1987. – 25 с.

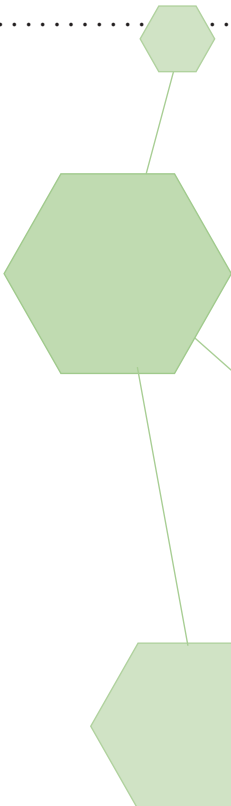


Ф.Н.КАДЫРОВ,

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

ПОСЛЕДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СФЕРЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ: НОВЫЕ ТРЕБОВАНИЯ, НОВЫЕ КРИТЕРИИ УСПЕХА

Большая часть получаемой нами информации либо не нова, либо нова, но бесполезна. Поэтому для получения ценной информации приходится перелопачивать море бесполезной. Но и бесполезная информация бывает полезна тем, что рождает собственные мысли, которые всегда полезны (даже если они бесполезны).



Финансовая стабилизация в стране пока, к сожалению, не сопровождается стабилизацией положения в здравоохранении. В последнее время оно постоянно находится в состоянии реформирования. Какие изменения ожидают здравоохранение в ближайшее время? Какие нормативные документы будут приняты? Какие готовятся решения? У кого узнать об этом? Очевидно, у экспертов, привлеченных к созданию и обсуждению новых законопроектов и организационных инноваций. Эту уникальную возможность предоставляет учебно-консультационный центр «Эффективное управление в здравоохранении» Московской международной высшей школы бизнеса «МИРБИС».

Сегодня ни у кого не вызывает сомнения необходимость шагать в ногу с происходящими изменениями. Все понимают и необходимость повышения квалификации. И все меньше становится тех, кто это делает только ради «корочки». Отношение к обучению меняется. Меняются и требования к преподаванию. Дефицит информации вызвал повышенный интерес к появляющимся курсам повышения квалификации (последипломной переподготовки). Сегодня этих курсов – огромное количество. Пожалуй, только сельскохозяйственные ВУЗы не предлагают услуги по обучению менеджеров здравоохранения.

Беда не только в том, что количество курсов повышения квалификации обесценило качество подачи информации. Вопрос еще и в другом: а где сами лекторы черпают информацию, передаваемую слушателям?

Почему же при обилии подобных курсов мы рискнули создать еще один? Мы полагаем, что нам удалось решить очень важную проблему – собрать команду лекторов, которые являются идеологами и инициаторами проводя-

© Ф.Н.Кадыров, 2005 г.



щихся реформ, а также специалистами, знающими проблемы медицинских учреждений изнутри и умеющими не только их грамотно сформулировать, но и предложить пути решения этих проблем. Неслучайно большинство из них – авторы не только статей, но у книг по проблемам экономики и управления здравоохранением.

Очень важно, что еще до начала работы мы обеспечили обратную связь с нашими потенциальными слушателями. Это и опыт преподавания в МАПО, на курсах повышения квалификации, и рубрики журнала «Менеджер здравоохранения» («Вопросы и ответы», «Консультирует МЗ» и т.д.), и участие в обсуждении проблем здравоохранения на рабочих группах, парламентских слушаниях и т.п.

Поэтому мы хорошо понимаем, что наших слушателей интересуют, например, не просто «Вопросы оплаты труда в здравоохранении», а конкретные проблемы:

- ♦ как создать систему оплаты труда, при которой работники были заинтересованы в конкретных результатах (улучшении производственных или финансовых показателей, экономии расходных материалов и т.д.)?
- ♦ можно ли платить работникам меньше, чем по Единой тарифной сетке, и если да, то в каких случаях?
- ♦ обязательно ли нужно ли пересматривать нормативы по оплате труда или «контрактные» оклады при централизованном повышении ставки первого разряда?
- ♦ как наказать нерадивых работников, если штрафы по действующему законодательству запрещены?
- ♦ вправе ли вышестоящие органы вмешиваться в вопросы оплаты труда при оказании платных услуг и т.д?

«Экономические методы управления» – это далеко не только налоги и штрафные санкции в отношении медицинских учреждений. Это еще и:

- ♦ система экономических санкций и поощрений, обеспечивающая снижение числа необоснованных диагностических назначений (невостребованные или дублирующие анализы).

Законодательные основы здравоохранения – это не только права граждан на бесплатную медицинскую помощь и т.д., но и целый ряд узких, но крайне актуальных проблем:

- ♦ как заключить письменный договор с пациентом, не оформляя его на бумаге?
- ♦ в каких случаях учреждение имеет право предложить пациенту на платной основе услугу, входящую в программу госгарантий?

Теневая оплата требует особого рассмотрения. Можно ли с ней бороться? Опыт эффективно действующих государственных (муниципальных) и частных учреждений показывает, что существует целый комплекс организационных, экономических и морально-этических мер противодействия этому явлению.

Вы не знаете, в каких случаях какую стратегию хозрасчетных отношений лучше выбрать: тотальный контроль за расходами (счетчики расхода воды, тепла и электричества в каждый кабинет и т.д.) или тотальный контроль за доходами (во избежание теневой оплаты)? Мы предложим Вам совершенно иной подход, в результате которого врачи сами будут заинтересованы сдавать «теневые» доходы в кассу.

Лекторы большинства курсов повышения квалификации качественно, с богатой цифровой иллюстрацией и примерами развитых стран раскроют тему «Финансирование здравоохранения», показав всю скудность выделяемых на отечественное здравоохранение средств. Но смогут ли они показать обилие средств, которое вращается в самом здравоохранении и вокруг него, но обычно недоступно руководителям медицинских учреждений? Сможут ли они объяснить, как можно использовать эти скры-





Московская международная высшая школа бизнеса «МИРБИС»
(Институт)

УЧЕБНО-КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР
«ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Лицензия №4775 от 3 мая 2005 г.

Свидетельство о государственной аккредитации №1958 от 24 июня 2005 г.

ОБЪЯВЛЯЕТ НАБОР НА ПРОГРАММУ «ЭФФЕКТИВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ»

Программа предназначена: для руководителей медицинских организаций различных организационно-правовых форм.

Продолжительность программы: 72 часа (9 модулей по 8 часов). Каждый модуль программы можно прослушать как отдельный 8-часовой семинар.

Наши преподаватели: специалисты, принимающие участие в обсуждении и формировании основных положений и направлений начатых в здравоохранении реформ.

Документ об образовании: в зависимости от продолжительности курса по результатам обучения выдается сертификат Московской международной высшей школы бизнеса «МИРБИС» (Институт), удостоверение или свидетельство государственного образца о повышении квалификации в области управления организациями здравоохранения.

Содержание программы:

Модуль 1. Рынок медицинских услуг в России: текущие оценки и прогноз

- ♦ Емкость рынка и его структура
- ♦ Основные участники рынка
- ♦ Модели рыночных отношений в здравоохранении
- ♦ Принципы ценообразования
- ♦ Подходы к созданию конкурентных преимуществ

Модуль 2. Финансирование медицинской организации

- ♦ Финансирование по версии системы счетов здравоохранения
- ♦ Структура затрат по видам медицинских организаций и источникам финансирования
- ♦ Программно-целевое управление здравоохранением в условиях разграничения полномочий между органами власти Российской Федерации
- ♦ Сравнительный характер и объемы государственных, общественных и личных затрат населения

Модуль 3. Стоимость медицинских услуг. Ценообразование и налогообложение

- ♦ Факторы, определяющие ценообразование на медицинские услуги
- ♦ Проблемы выбора методики ценообразования в рыночных условиях
- ♦ Расчет цен на услуги различных подразделений медицинских организаций

тые резервы, как легализовать теневую оплату, какие существуют дополнительные законные способы привлечения средств населения, предприятий и других структур?

Вряд ли мы ошибемся, если скажем, что никто, кроме нас, не будет рассказывать Вам, каковы способы привлечения средств Фонда социального страхования для оплаты оказания медицинской помощи при несчастных слу-

чаях на производстве; каковы механизмы привлечения средств виновников или страховых организаций в рамках ОСАГО при дорожно-транспортных авариях. Законодательством все это предусмотрено, но реальные механизмы до конца не отработаны. Между тем успешный опыт использования указанных источников в ряде регионов имеется, и мы познакомим Вас с ним.



- ♦ Ценообразование при бюджетном финансировании
- ♦ Ценообразование на платные медицинские услуги

Модуль 4. Оплата труда в здравоохранении

- ♦ Разработка стимулирующих систем оплаты труда в здравоохранении
- ♦ Системы оплаты труда, стимулирующие увеличение доходов
- ♦ Системы оплаты труда, стимулирующие экономию ресурсов

Модуль 5. Медицинское учреждение в системе медицинского страхования

- ♦ Подготовка лечебного учреждения к работе в условиях медицинского страхования
- ♦ Деятельность лечебного учреждения в условиях добровольного и обязательного медицинского страхования
- ♦ Особенности деятельности медицинских учреждений вне системы медицинского страхования

Модуль 6. Маркетинг медицинских услуг

- ♦ Современное представление о собственности в здравоохранении
- ♦ Юридические основы и методы приватизации в здравоохранении. Возможности, опыт и перспективы
- ♦ Маркетинг потребителя и производителя медицинских услуг

Модуль 7. Технологический менеджмент медицинской организации

- ♦ Медико-технологический процесс в современных учреждениях здравоохранения
- ♦ Значение централизации и специализации лечебно-диагностических и вспомогательных служб при проектировании и строительстве
- ♦ Роль органов здравоохранения на различных этапах проектирования, строительства и реконструкции медицинских учреждений

Модуль 8. Правовое регулирование деятельности медицинской организации

- ♦ Новые организационно-правовые формы медицинских организаций
- ♦ Правовое регулирование труда работников медицинской организации
- ♦ Правовое регулирование прав и ответственности врача
- ♦ Правовые основы хозяйственной деятельности медицинского учреждения
- ♦ Правовые основы налогового регулирования в деятельности медицинских учреждений

Модуль 9. Имидж медицинской организации как ее нематериальный актив

- ♦ Эффективность рекламы и бизнес-коммуникаций
- ♦ Психологические основы успешной продажи медицинских услуг
- ♦ Коммерческая информация и организация ее защиты

По вопросам участия и получения дополнительной информации обращайтесь:

по телефону: (095) 101-41-80

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

Контактное лицо: Привалова Анастасия

Часто ли случалось в Вашей практике, что Вы благодарили лектора за что, что применение аргументации, услышанной на лекции, позволило, например, убедить страховую организацию в обоснованности необходимости повышения цен по ДМС по сравнению с ценами за наличный расчет без снижения потока застрахованных?

Очевидно, все ощутили на себе влияние усиления вертикали власти, сопровождающееся

ужесточением контроля за деятельностью медицинских учреждений. Работать стало сложнее. В этих условиях свобода медицинских учреждений напрямую зависит от знания законодательства, своих прав и умения их отстаивать. Владение нужной информацией становится жизненно важным. От этого зависит эффективность работы учреждений и карьера самих управленцев.





В рыночных условиях грамотное управление приобретает не только особую значимость, но и требует существенного изменения стиля работы. Между тем практика показывает, что, несмотря на более чем десятилетие работы в системе ОМС, далеко не все руководители четко представляют себе, насколько эффективно то или иное направление работы учреждения. Термины «финансовый менеджмент» и «управленческий учет» остаются для них чуждыми понятиями. Дело, конечно, не в терминах, а в объективной необходимости управления медицинскими учреждениями не просто как «лечебными объектами» или «затратными структурами», но и как хозяйственными организациями, подчиняющимися объективным законам экономики.

Другими словами, современный руководитель должен обладать экономическим мышлением. Исходя из этого тезиса, очень часто руководителей медицинских учреждений «пичкают» лекциями, составленными из переводных пособий. Насколько же реально им (врачам по образованию) необходимы знания понятий «ликвидность», «маржинальная прибыль», «методы распределения дивидендов» и т.д.? Многие из этого не так важно знать даже профессиональным экономистам, работающим в бюджетных учреждениях. Представляется, что для управленцев гораздо важнее знание направлений движения услуг и финансовых потоков. «Экономическое мышление» – это вовсе не финансовая аналитика (кесарю – кесарево), а умение правильно ставить задачи перед финансовыми службами и использовать полученную информацию для принятия управленческих решений.

Управленческие решения – это тема отдельного разговора. Вряд ли тот, кто не решителен, не любит принимать любые решения, научится принимать нужные управленческие решения. Но, увы, и любители покомандовать –

далеко не лучшие управленцы. Желание вникать в каждую мелочь, каждую деталь приводит к парадоксальному явлению: эффективность принятия управленческих решений снижается, растет число ошибочных решений, управленец «мельчает». Как избежать этого, не избегая принятия нужных решений? Как отделить уровень стратегических решений от уровня тактических? Как отсортировать информацию?

Информации в настоящее время по проблемам управления здравоохранением стало много. Порой ее даже слишком много – возникает эффект, который называется «информационный шум»: из огромного потока информации становится сложно вычленивать, отобрать нужную для себя, наиболее значимую. Интуиции мало. Этому можно и нужно учиться.

Управление – понятие многоаспектное. Это и управление оказанием медицинской помощи, и управление финансами, и управление коллективом и т.д. Управлять стало сложнее по всем направлениям. Так, широкий доступ на отечественный рынок зарубежного оборудования и медикаментов создал предпосылки для высоких темпов внедрения новых медицинских технологий. Для реализации этих предпосылок нужны не только материальные и финансовые ресурсы, но и изменение организации оказания медицинской помощи.

Управление финансами при многоканальном финансировании и неизбежном делении финансовых источников и видов медицинской помощи на «выгодные» и «невыгодные» становится серьезной проблемой. Приходится гибко подходить к поиску баланса, например, между выгодностью развития лечебно-диагностических служб при оказании платных услуг и убыточностью содержания развитой лечебно-диагностической службы при системе ОМС.



Непросто стало управлять и коллективами. Ослабление профсоюзов с лихвой компенсируется повышением индивидуальной активности работников. Знание работниками своих прав и умение их отстаивать создают объективные трудности для решения вопросов обеспечения деятельности учреждения при недостатке кадров (необходимость замены отсутствующих работников и т.д.), наказании за упущения и т.п. Если раньше с учреждением осмеливались судиться только уволенные работники, то теперь врач или медсестра могут судиться с администрацией своего учреждения, продолжая исполнять свои трудовые обязанности.

Сегодня термин «менеджер» стал часто использоваться для красивого обозначения обычного клерка, как в свое время термин «техничка» применяли вместо слова «уборщица». Чтобы не зазорно было называться менеджером, нужно быть уверенным в себе как в управленце.

Уже отмечалось, что сейчас все меньше становится людей, записывающихся на курсы повышения квалификации ради «корочки». Причина этого не только в том, что за учебу приходится платить или в желании получить новые профессиональные знания, необходимые на перспективу. Слушатели курсов хотят найти решения на уже возникшие конкретные проблемы. Увы, чаще всего их постигает разочарование. Преподаватели, добросовестно отчитав свои лекции, обычно не готовы подсказать решение конкретных проблем. Зачастую их кредо выражается афоризмом: «Не надо ломать голову. Одни проблемы решаются сами собой, другие просто не разрешимы».

Мы придерживаемся другого принципа и готовы помочь в решении реальных проблем. У нас есть для этого не только отличный кадровый потенциал, но и своего рода база вопросов и ответов. Она основана на знании опыта различных регионов и наиболее успешных ме-

дицинских учреждений (пополнению которой способствует, в частности, журнал «Менеджер здравоохранения»). Мы можем подсказать много интересных вещей:

- ♦ где для развития предпринимательской деятельности успешно используются благотворительные фонды, а где и почему у медицинских учреждений из-за них возникли проблемы с прокуратурой;

- ♦ где и благодаря каким аргументам медицинские учреждения отстаивали свое право самостоятельно проводить конкурсы на закупку товаров и услуг, а где и почему, наоборот, отказались от этого;

- ♦ где и как органы управления здравоохранением встали на защиту медицинских учреждений в вопросах самостоятельного распределения доходов от платных услуг и чем это заканчивалось и т.д.

Нам есть что с вами обсудить и чем поделиться. Немаловажно и то, что мы создадим условия для взаимного обмена опытом. Полезность кулуарных бесед с коллегами мы дополним грамотно построенными организованными обсуждениями актуальных проблем, с которыми сталкиваются медицинские учреждения в своей повседневной деятельности. Вы не только узнаете много нового и интересного. Вы сможете оценить ценность ваших собственных работ. Вы (возможно, с удивлением) поймете, что ваш опыт, ваши удачные находки могут быть полезны не только для вас самих. Это придаст вам уверенность в своих силах, желание двигаться вперед, несмотря на все имеющиеся сложности.

Не будем переоценивать себя. Конечно, мы не решим всех ваших проблем – большинство из них решать все равно придется вам самим. Но мы подскажем, как решать одни из них, а пути решения других благодаря нашему Центру вы найдете сами.

**ОТ РЕДАКЦИИ:**

Свершившимся фактом стал рост платности медицинской помощи в стране. Официальные платные услуги и теневая оплата медицинской помощи неоднозначно воспринимаются не только населением, но и медицинской общественностью. Наш журнал неоднократно касался этой проблемы. Что ждет нас дальше? Какие формы платности предпочтительнее? Как решают эту проблему другие страны? Анализ опыта стран бывшего СССР и социалистического лагеря показывает возможные подходы к решению данной проблемы. Сегодня на страницах журнала мы предоставляем слово наиболее авторитетному специалисту в вопросах официальной и теневой (неформальной) оплаты медицинских услуг.

С.В.ШИШКИН,

д.э.н., директор научных программ Независимого института социальной политики, г.Москва

ТРАНСФОРМАЦИЯ ГАРАНТИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В БЫВШИХ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ СТРАНАХ

Постсоциалистические государства унаследовали от эпохи социализма чрезвычайно широкие гарантии бесплатного предоставления медицинской помощи населению. Созданная в этих странах система здравоохранения, получившая наименование системы Семашко, была ориентирована на массовое применение относительно простых и недорогих медицинских технологий. Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширило возможности лечения многих заболеваний и соответственно обусловило рост потребностей населения в получении медицинских услуг более высокого качества. Но удовлетворить все эти потребности путем бесплатного предоставления всем гражданам всех видов медицинской помощи государство уже не в состоянии и в обозримой перспективе не будет способно это сделать.

Общемировой тенденцией является рост не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение, обусловленный появлением новых дорогостоящих медицинских и фармацевтических технологий, усилением внимания людей к своему здоровью, ростом продолжительности жизни и увеличением доли лиц старших возрастов. Системы бюджетного финансирования здравоохранения и обязательного медицинского страхования, предоставляющие гражданам право на бесплатное получение широкого спектра видов медицинской, профилактической, реабилитационной помощи, сталкиваются с проблемой обеспечения баланса между растущей стоимостью таких гарантий и источниками их финансирования.

Постсоциалистические государства, как и страны с развитой рыночной экономикой, оказались в последние

© С.В.Шишкин, 2005 г.



десятилетия перед глобальным вызовом: либо усиливать налоговую нагрузку и за счет этого увеличивать финансирование здравоохранения, либо уточнять гарантии и повышать эффективность использования имеющихся ресурсов. Особенности России и других государств СНГ являются масштаб разрыва между декларируемыми гарантиями и их финансовым обеспечением и размеры замещения этого разрыва расходами самого населения. Из-за невозможности бесплатно предоставить всем желаемую медицинскую помощь происходят снижение доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения, нарастание объема платных медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей. Больше всего от этого страдают малообеспеченные слои населения, так как велико неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Ссылки на недостаточное государственное финансирование здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обслуживания служат самооправданием для медицинских работников и руководителей здравоохранения в связи со снижением качества медицинских услуг, на получение которых граждане могут рассчитывать без дополнительной оплаты. В то же время имеющиеся средства расходуются неэффективно, они направляются на поддержание избыточного коечного фонда стационарных медицинских учреждений в ущерб необходимому развитию профилактической работы и амбулаторно-поликлинической помощи.

Постсоциалистические государства использовали различные подходы к решению проблемы несбалансированности и участия населения в оплате социальных услуг, гарантируемых государством.

Можно выделить несколько типов применявшихся подходов.

1. Сохранение гарантий неизменными, проведение реформы здравоохранения, обеспечивающей увеличение размеров государственного финансирования и повышение эффективности использования ресурсов.

Такой подход был применен, в частности, в Латвии, Литве, Чехии. В этих странах системы бюджетного финансирования здравоохранения были заменены на системы обязательного медицинского страхования, но без пересмотра гарантируемого гражданам пакета медицинских услуг. В Чехии в 90-е годы наблюдался значительный рост государственных расходов на здравоохранение. В настоящее время доля этих расходов в ВВП в Чехии одна из самых высоких среди постсоциалистических стран. В Чехии также наименьшая среди данной группы государств доля участия населения в затратах на здравоохранение (табл. 1). Следует, однако, отметить, что рост государственных расходов в Чехии был в значительной мере обусловлен принятием схемы оплаты медицинской помощи из средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в соответствии с фактически оказанными объемами услуг. Эта схема стимулирует врачей к наращиванию объемов предоставляемой помощи, при этом существенная часть такого прироста является избыточной. Медицинские работники в этой стране оказались весьма эффективной группой специаль-

Таблица 1

Доля частных расходов на здравоохранение в общих расходах в постсоциалистических государствах (в %)

Страна	1997 г.	2001 г.
Армения	64,8	58,8
Венгрия	18,7	25,0
Грузия	60,1	62,2
Киргизия	16,1	38,2
Латвия	43,2	47,5
Литва	23,8	29,5
Молдавия	9,1	16,0
Польша	28,0	28,1
Россия	27,1	31,8
Румыния	33,3	20,8
Словакия	8,3	10,7
Словения	20,8	25,1
Туркменистан	24,4	26,7
Чехия	8,3	8,6
Эстония	13,3	22,2

Источник: WHO, 2003. – С. 170–176.





ных интересов, способной внедрить и длительное время сохранять институты, обеспечивающие рост государственного финансирования этой сферы.

В Латвии и Литве также происходил значительный рост государственного финансирования здравоохранения. Введение ОМС позволило повысить рациональность использования ресурсного потенциала системы здравоохранения, но при этом сама система обязательного медицинского страхования испытывает определенные сложности с финансовым обеспечением государственных гарантий, особенно в части предоставления лекарственных средств на льготных условиях.

2. Сохранение гарантий неизменными, сокращение государственного финансирования, развитие легальной и неформальной оплаты населением медицинской помощи.

По такому пути пошли Белоруссия, Россия, Украина. На протяжении 90-х годов размеры государственного финансирования здравоохранения в этих странах в реальном выражении уменьшались, при этом гарантии, унаследованные от социализма, не пересматривались. Реформы системы финансирования или не проводились (Белоруссия, Украина), или были непоследовательными и малорезультативными (Россия). Объемы медицинской помощи не уменьшились, но качество ее ухудшилось. Компенсация разрыва между необходимыми ресурсами и государственным финансированием происходила за счет роста расходов населения на легальную и неформальную оплату диагностики и лечения в медицинских учреждениях.

3. Сохранение прежнего объема государственных гарантий и введение при этом соплатежей населения за потребляемую медицинскую помощь.

Такой подход был применен в Эстонии. Государственные гарантии остались неизменными в отношении перечня видов помощи и заболеваний, при которых государство гарантирует ее оказание.

Вместе с тем отказались от принципа полностью бесплатного оказания медицинской помощи населению. С 1995 г. введена система соплатежей пациентов в амбулаторном секторе – в размере 5 крон (40 центов США)

за каждое посещение врача. Кроме того, введена доплата за пребывание в одноместной палате при стационарном лечении. Благодаря политическому давлению, через несколько месяцев после введения соплатежей были освобождены от такой платы крупные категории населения: пенсионеры, инвалиды и дети.

4. Сокращение перечня гарантируемых объемов медицинской помощи.

В Армении, Грузии, Молдавии масштабы экономического кризиса и соответственно размеры снижения бюджетных доходов в первые годы переходного периода были наиболее значительными.

Это вынудило данные государства пойти на законодательное сокращение гарантируемой медицинской помощи населению. Так, в Грузии с 1995 г. равное право граждан на бесплатное медицинское обслуживание было отменено. Этот шаг закрепил давно сложившиеся реалии. Государственные гарантии включают теперь лишь медицинскую помощь при психиатрических и инфекционных заболеваниях, профилактику и лечение туберкулеза и онкологических заболеваний, родовспоможение и медицинскую помощь всех видов детям в возрасте до двух лет, детскую кардиохирургию, медицинскую помощь неимущим.

Объем медицинских услуг, гарантируемых государством, составляет всего лишь 10–15% всего комплекса необходимых медицинских услуг.

Медицинская помощь за пределами гарантируемого пакета оказывается за плату. Сокращение объема гарантий не искоренило, по свидетельству грузинских экспертов, практику неформальной оплаты медицинских услуг, включенных в гарантируемый пакет.

5. Сокращение объема гарантий и введение легальных соплатежей пациентов за услуги, предоставляемые в рамках гарантируемого пакета.

Такой подход был реализован в Киргизии. Сначала было проведено сокращение гарантируемого пакета медицинской помощи. Затем с марта 2001 г. в двух районах республики (в центральном и в периферийном) в экспериментальном порядке были введены официальные соплатежи пациентов за госпитализацию. Размеры со-



платежей были дифференцированы для разных категорий населения. Обследования расходов пациентов, проведенные до этой реформы (февраль 2001 г.) и после нее (июль 2001 г. и март 2002 г.), показали, что совокупные легальные и неформальные платежи населения практически не изменились, но сократились расходы пациентов на приобретение лекарств и медикаментов. Что же касается неформальных платежей медицинским работникам, то они не исчезли. Но доля пациентов, платящих врачам, уменьшилась с 60 до 38% за период между первым и вторым опросами, в то время как в остальных районах она увеличилась за то же время до 70%. Особое внимание привлекает тот факт, что сокращение доли плативших произошло в значительно больших масштабах в периферийном экспериментальном районе, чем в центральном районе. Общий объем неформальных платежей врачам в периферийном районе сократился более чем втрое, а в центральном – увеличился. В период между вторым и третьим опросами неформальные платежи выросли в первом и немного уменьшились во втором районах. Эти результаты убедительно свидетельствуют, что распространенность и размеры неформальных платежей зависят от сложного комплекса факторов. Дефицит государственного финансирования медицинских организаций – это лишь один из этих факторов, и его устранение путем легализации оплаты ме-

дицинской помощи населением превращенным образом сказывается на динамике неформальных платежей.

6. Введение обязательных предварительных соплатежей за услуги вне гарантируемого пакета.

Такой подход был реализован в Туркменистане. Формально гарантии бесплатной медицинской помощи в этой стране не пересматривались, но фактически часть услуг легально предоставляется за плату и имеются свидетельства о распространенности практики неформальной оплаты. Характерной особенностью является установленная с 1996 г. система так называемого добровольного медицинского страхования. Государство предложило наемным работникам, предпринимателям, крестьянам в добровольном порядке застраховаться в созданной государством системе добровольного медицинского страхования. Застрахованные должны платить страховые взносы в размере 4% дохода. Они получают право на 90%-ную скидку на выписанные врачом лекарства и 30%-ную скидку на платные медицинские услуги. В этой системе «добровольно» застрахованы 1,8 млн. из 2 млн. человек, относящихся к указанным выше категориям.

7. Конкретизация объемов гарантируемой медицинской помощи без пересмотра перечня ее видов и болезней, при которых она предоставляется.

Данный подход широко обсуждается в настоящее время в России.

ОТ РЕДАКЦИИ:

На страницах нашего журнала были опубликованы проекты основных законов, касающихся реформирования здравоохранения, в том числе и проект закона «О государственных гарантиях медицинской помощи», который имеет в виду С.В.Шишкин.

Желающим более подробно ознакомиться с вопросами официальных и теневых (неформальных) платежей рекомендуем обратиться к следующим изданиям:

Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. – М.: ТЕИС, 2000. – 444 с.

Шишкин С.В., Заборовская А.С. Формы участия населения в оплате социальных услуг в странах с переходной экономикой. – М.: ИЭПП, 2004. – С.70.

Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет/Под ред. Шишкина С.В. (руководитель), Бесстремянной Г.Е., Красильниковой М.Д. и др. Независимый институт социальной политики. – М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2004. – 248 с.





Во многих регионах для медицинских учреждений, подведомственных субъектам Федерации или местным органам власти, устанавливаются надбавки или доплаты, а федеральным – нет. Почему? Это несправедливо, к тому же ведет к оттоку кадров из федеральных учреждений.

Основания для того, чтобы требовать повышения заработной платы до регионального уровня у федеральных учреждений есть. Указом Президента Российской Федерации от 20 апреля 1993 года № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации» (в ред. Указа Президента РФ от 07.11.1997 № 1175) Правительству Российской Федерации предписано «обеспечить выделение средств для оплаты труда работников учреждений здравоохранения, госсанэпидслужбы и социальной защиты населения, медицинских образовательных и научных учреждений, финансируемых за счет федерального бюджета, не ниже уровня, установленного для аналогичных учреждений, финансируемых из местных бюджетов».



Часто используется термин «тарификация». Но не совсем ясно, что тарифицируется: работы или сами работники?

Существует как тарификация работ, так и тарификация работников. В упрощенной форме основные различия между этими понятиями следующие.

Тарификация работы – это определение сложности труда.

Тарификация работников – это определение квалификации работников с целью присвоения им соответствующих тарифных разрядов.

В ст.129 Трудового кодекса РФ определено, что «тарификация работы – отнесение видов труда к тарифным разрядам или квалификационным категориям в зависимости от сложности труда».

В п.2.5 «Положения об оплате труда работников здравоохранения», утвержденного Приказом Минздрава РФ от 15 октября 1999 г. № 377, записано:

«Тарификация осуществляется:

- ♦ медицинских и фармацевтических работников на основе требований тарифно-квалификационных характеристик по должностям работников здравоохранения, утверждаемых Минздравом России по согласованию с Минтрудом России;
- ♦ по должностям служащих на основе требований тарифно-квалификационных характеристик по общетраслевым должностям служащих, утверждаемых Минтрудом России;



- ♦ по профессиям рабочих на основе тарифно-квалификационных требований по общеотраслевым профессиям рабочих, утверждаемых Минтрудом России».



Обязана ли администрация частной клиники производить оплату за работу в ночное время в размере не ниже 50% часовой тарифной ставки (должностного оклада) за каждый час работы в ночное время, как это предусмотрено Приказом Минздрава РФ № 377?

Нет, не обязана. Положение об оплате труда работников здравоохранения», утвержденное Приказом Минздрава РФ от 15 октября 1999 г. № 377, применяется при определении заработной платы работников учреждений здравоохранения системы Министерства здравоохранения Российской Федерации. Положение предусматривает единые принципы оплаты труда только работников учреждений здравоохранения, находящихся на бюджетном финансировании. Соблюдение положений Приказа № 377 для частных клиник необязательно.

Следовательно, нужно руководствоваться Трудовым кодексом РФ, который обязателен и для частных медицинских организаций. В то же время в Трудовом кодексе конкретный размер оплаты труда работников за работу в ночное время четко не определен. Соответствующая статья Трудового кодекса гласит:

«Статья 154. Оплата труда в ночное время

Каждый час работы в ночное время оплачивается в повышенном размере по сравнению с работой в нормальных условиях, но не ниже размеров, установленных законами и иными нормативными правовыми актами.

Конкретные размеры повышения устанавливаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников, коллективным договором, трудовым договором».



Федеральный закон 122-ФЗ определил права субъектов Федерации по установлению собственных систем оплаты труда работников бюджетной сферы. Есть ли где-нибудь опыт отхода от системы оплаты труда работников здравоохранения по Единой тарифной сетке?

Да, такие регионы есть. В частности, в Санкт-Петербурге с 01.01.2006 будет действовать принципиально иная – окладная система оплаты труда, основанная не на ЕТС, а на коэффициентах. В ближайших номерах журнала «Менеджер здравоохранения» предполагается опубликовать материал, посвященный опыту Санкт-Петербурга в этом вопросе.



ОТ РЕДАКЦИИ:

Вопросы оказания медицинской помощи иностранным гражданам всегда вызывали много вопросов и споров, особенно в части возмещения затрат. Сегодня мы публикуем Постановление Правительства РФ, посвященное этой проблеме.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

**от 1 сентября 2005 г.
№ 546**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ
НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Во исполнение статьи 18 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 35, ст. 3607) Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

**Председатель Правительства
Российской Федерации
М. ФРАДКОВ**

Утверждены
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 1 сентября 2005 г. № 546

Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации:

1. Настоящие Правила определяют порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации.

2. Медицинская помощь иностранным гражданам, временно пребывающим (временно проживающим) или постоянно проживающим в Российской Федерации, оказывается лечебно-профилактическими организациями независимо от их организационно-правовой формы.

3. Скорая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается бесплатно и безотлагательно.

4. Скорая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной системы здравоохранения, а также медицинскими работниками или лицами, обязанными оказывать первую помощь по закону или специальному правилу, в случае возникновения состояний, представляющих непосредственную угрозу их жизни или требующих срочного медицинского вмешательства (последствия несчастных случаев, травм, отравлений). После выхода из указанных состояний иностранным гражданам может быть оказана плановая медицинская помощь.

5. Плановая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается на платной основе.



6. Плановая медицинская помощь иностранным гражданам оказывается в случае нарушения здоровья, не представляющего непосредственной угрозы их жизни, в соответствии с договором на предоставление платных медицинских услуг либо договором добровольного и (или) обязательного медицинского страхования.

7. Плановая медицинская помощь оказывается при условии предоставления иностранными гражданами необходимой медицинской документации (выписки из истории болезни, данные клинических, рентгенологических, лабораторных и других исследований), гарантийного обязательства по оплате фактической стоимости медицинской помощи и предоплаты лечения в предполагаемом объеме.

8. После завершения лечения иностранных граждан в их адрес или адрес юридических либо физических лиц, представляющих интересы иностранных граждан, по согласованию с указанными гражданами направляется выписка из истории болезни с указанием сроков пребы-

вания в стационаре, а также проведенных диагностических и лечебных манипуляций.

Официальным языком для заполнения медицинской документации, направляемой из Российской Федерации в другое государство, является русский язык.

9. Счет за фактически оказанную медицинскую помощь в течение 10 дней после окончания лечения направляется лечебно-профилактической организацией в адрес иностранных граждан или юридических либо физических лиц, представляющих интересы иностранных граждан.

10. Споры, связанные с оказанием медицинской помощи или несвоевременной оплатой счетов за оказанную медицинскую помощь, рассматриваются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. В случае, если международным договором Российской Федерации установлен иной порядок оказания медицинской помощи иностранным гражданам, применяются правила международного договора.

Немецкая фирма «LOTUS» предлагает медицинскую технику из Германии:

- Ультразвуковые приборы (переносные, универсальные).
 - Оборудование для эхокардиографии.
 - Оборудование для высококачественной сонографии мягких тканей, сосудов (доплерсонография), эндосонографии.
 - Эндоскопическую технику.
 - Лабораторную технику.
 - Рентгеновские аппараты.
 - Тонометры, глюкометры, термометры.
 - Расходные материалы.
- Возможно гарантийное и постгарантийное обслуживание.
Прямые поставки.

Оборудуем медицинский центр и кабинет любой спецификации (гидроколонтерапия, кислородо-, озонотерапия) с гарантийным и постгарантийным обслуживанием.
Обеспечим подготовку персонала в медицинских центрах Германии.

«LOTUS» med Technik, Komplexe, Systemen.
Tel.: +49 1728526835,
E-Mail: tchaitchenets@gmx.de, www.chaichenets.ru



А.А.КУДРЯВЦЕВ,

к.э.н., доцент кафедры страхования СПбГУ, г.Санкт-Петербург

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СТРАХОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Общие понятия

Страховщик – юридическое лицо, осуществляющее страховую деятельность и имеющее соответствующую лицензию. Оно заключает договор страхования, на основании которого принимает на себя ответственность по возмещению ущерба или выплате страхового обеспечения.

Страхователь – физическое или юридическое лицо, передающее страховщику по договору страхования свою ответственность по несению риска в обмен на уплату страхового взноса (страховой премии).

Застрахованное лицо – лицо, здоровье которого и связанные с последним имущественные риски являются объектом договора страхования.

Страховое событие – потенциально возможное событие, на факт возникновения которого и на финансовые последствия которого заключается договор страхования.

Страховая премия, называемая также **страховым взносом**, – плата страхователя за получение страховой защиты от страховщика.

Страховой тариф – ставка страховой премии (страхового взноса) на единицу страховой суммы или другой подходящей величины. Выражается в процентах или на 100 рублей (1000 рублей) страховой суммы.

Виды страхования здоровья

Страхование здоровья – вид личного страхования, предназначенный для защиты застрахованного от последствий временных и постоянных нарушений здоровья. К соответствующим рискам можно отнести:

- ♦ риск необходимости восстановления здоровья, связанного с диагностическими, лечебными и реабилитационными мероприятиями (см. *Страхование медицинских расходов*);
- ♦ риск (временных или постоянных) нарушений социально-экономической жизни человека в связи с утратой здоровья, в частности, потеря дохода вследствие утраты трудоспособности (см. *Страхование потери дохода*);
- ♦ риск необходимости поддержания приемлемых условий жизни в случае невозможности полного восстановления здоровья, то есть наступления инвалидности (см. *страхование долгосрочной потребности в лечении/уходе*).

© А.А.Кудрявцев, 2005 г.

К страхованию здоровья относят и некоторые другие виды страхования (см. *Страхование критических заболеваний*, *Пакетное страхование здоровья*).

Страхование медицинских расходов, часто называемое **медицинским страхованием**, – вид страхования, покрывающий расходы застрахованного на диагностику, лечение и реабилитацию. Достаточно сложен в организации и управлении. В России его рассматривают в качестве отдельного вида личного страхования. Существует в формах обязательного медицинского страхования (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС).

Страхование потери дохода вследствие утраты трудоспособности – вид долгосрочного страхования здоровья, предназначенного для замещения потери заработной платы и других доходов в связи с болезнью. Как правило, речь идет о долгосрочной утрате трудоспособности (продолжительностью не менее нескольких месяцев или даже лет). Выплаты осуществляются в виде ренты. В России отсутствует, так как соответствующее обязательство приняло на себя государство.

Страхование критических заболеваний – долгосрочный вид страхования, обеспечивающий единовременные выплаты в случае заболевания одним из указанных в полисе серьезных заболеваний. Появился на рынке недавно, но быстро завоевал популярность. Является дешевой альтернативой медицинскому страхованию. Этот вид страхования также распространен в России. В нашей стране его относят (наряду с другими) к страхованию болезней и несчастных случаев.

Страхование долгосрочной потребности в лечении/уходе – вид страхования, предназначенный для покрытия расходов по обеспечению медицинских услуг и услуг по уходу в случае длительного заболевания или старческой немощи. Особенностью является привязка страховых выплат к функциям самообслуживания. Наиболее молодой вид страхования (формально выделился в отдельный сектор в конце 90-х). В России пока не практикуется.

Пакетное страхование здоровья – страхование здоровья, предполагающее покрытие нескольких типов (например, медицинское страхование с низкими страховыми суммами + страхование критических заболеваний). Такие комбинации используются как инструмент расширения продаж на конкурентных рынках, поэтому в России пока не используется.

Дизайн страхового продукта

Страховой продукт – готовая к реализации услуга, оформленная пакетом документов и заключающаяся в том, что за страховую премию страховщик принимает на себя обязательство возместить убытки страхователю, произошедшие вследствие страховых событий. Важным аспектом здесь является особенности юридического оформления такой услуги (дизайн страхового продукта). Последнее связано не только с формулировками самого договора, но и сопутствующих документов (полисы, программа медицинского страхования, инструкции агентам и т.д.).

Определение страхового случая – важная составная часть договора, определяющая объем страховой защиты. В медицинском страховании оно дается в наиболее общем виде (например, стационарные медицинские услуги), что требует его дальнейшего уточнения в





других пунктах договора (см. *Лимит страховой ответственности*, *Франшиза*, *Исключения из покрытия*) или сопутствующих документах (см. *Программа медицинского страхования*). В других видах страхования здоровья (в частности, в страховании критических заболеваний) определение страхового случая формулируется конкретно и однозначно.

Лимит страховой ответственности, называемый также *страховой суммой*, – максимально возможная выплата, ответственность за которую берет на себя страховая компания. Может устанавливаться как по отдельным видам ответственности (например, по отдельным видам лечения при медицинском страховании), так и по договору в целом. Основная цель – поддержание финансовой устойчивости страховщика, удешевления страховки и обеспечение участия страхователя в ущербе. Иногда отсутствует или устанавливается в таком размере, чтобы покрыть любые возможные выплаты (тогда страховая премия весьма высока).

Франшиза – исключение из страхового покрытия небольшого ущерба. В России различают условную и безусловную франшизы. При условной – не оплачивается ущерб, не превышающий заданный размер франшизы. При безусловной – величина франшизы всегда вычитается из страховых выплат. Является формой снижения стоимости страхования и вовлечения страхователя в участие в ущербе.

Исключения из покрытия – список событий, которые не относятся к страховым случаям, хотя формально соответствуют определению последних. Исключения вводятся перечнем, включаемым в договор страхования. Целью внесения условий об исключениях в договор страхования является ограничение покрытия приемлемыми рисками. Исключения можно разделить на две группы:

- ♦ **общие**, которые отражают общепринятые ограничения на страховое покрытие (например, умышленное нанесение себе вреда с целью получения страховых выплат) или специфические особенности того или иного вида личного страхования (в первую очередь исключение некоторых причин смерти, болезней или определенных типов лечения);
- ♦ **индивидуальные**, которые являются следствием проведенной процедуры андеррайтинга, то есть отражают особенности индивидуального риска. Исключения этой группы можно в свою очередь разбить на исключения существующих ранее заболеваний и специфические исключения, связанные с будущей динамикой страхового риска.

Страховые компании, имеющие большой опыт работы, стараются уменьшить список исключений из маркетинговых соображений, учитывая ограничения ответственности с помощью других инструментов.

Программа медицинского страхования – документ, который уточняет перечень покрываемых заболеваний, фиксирует объем и состав медицинских услуг, предоставляемых по договору медицинского страхования, а также устанавливает список медицинских учреждений, в которые может обращаться застрахованный. Этот документ является нормативным инструментом, необходимым для эффективной организации медицинского страхования (в первую очередь для технико-экономического обоснования и урегулирования убытков). В ОМС существует в форме Базовой программы ОМС, которая, к сожалению, не используется как инструмент управления соответствующими операциями.

Псевдостраховые схемы

Псевдостраховая схема – страховой продукт, который юридически выглядит как страхование, но на самом деле таковым не является, выполняя иные экономические функции (оптимизация налогообложения, продажа медицинских услуг и т.п.). Выявление подобных схем в деятельности страховых компаний очень важно, так как большой объем псевдостраховых схем, как правило, свидетельствует о недостаточно высоком профессионализме данного страховщика при работе с классическими схемами, а также об искажении его финансовой отчетности. Часто признаком псевдостраховой схемы является стабильное превышение премий над выплатами. В отличие от страхования жизни, использование таких схем для выплаты «серой» заработной платы в медицинском страховании невозможно из-за необходимости участия лечебно-профилактического учреждения. В страховании здоровья используются схемы, известные как «монополисы» и «депозитное страхование». При этом страховщик практически выступает как посредник, продающий медицинские услуги соответствующего лечебно-профилактического учреждения. Иными словами, отсутствует солидарная раскладка ущерба между страхователями.

Монополис – вид псевдостраховой схемы, суть которой состоит в том, что под видом страхового полиса продается доступ к медицинской услуге (лечению). При этом важной особенностью монополиса является тот факт, что потребность в лечении выражена однозначно на момент заключения договора и не связана с неопределенностью. В классическом страховании такая потребность должна исключаться из покрытия, а возникновение страховых случаев обязано быть случайным (см. подробнее: «Менеджер здравоохранения». – 2004. – № 1. – С.44–47).

Депозитное страхование – вид псевдостраховой схемы, при которой страховщик зачисляет полученную премию (за вычетом заранее определенной нагрузки) «на депозит». Последний используется как фонд денежных средств для оплаты лечения, причем выбор медицинских услуг полностью определяется страхователем и медицинским учреждением. Как правило, весь фонд расходуется в течение срока страхования.

Организация страхования здоровья

Разработка страхового продукта – система подготовительных мероприятий, состоящая в изучении рынка, анализе рисков и оценке важных параметров договора (например, премий, резервов и т.п.) с целью обоснования финансовой устойчивости соответствующих операций, а также подготовке необходимых документов и организации продаж.

Финансовая устойчивость страховой компании – способность страховщика осуществлять страховые выплаты по своему портфелю. Она зависит от большого числа факторов, которые должны контролироваться финансовой службой.

Финансовая устойчивость страховых операций – способность данного вида страхования к самофинансированию и обеспечению прибыли. Ее обеспечение является важной функцией менеджмента страховой компании. Это достигается широким набором мероприятий и инструментов (см. Андеррайтинг, Актуарный анализ, Урегулирование





убытков). В ряде случаев страховщик идет на нарушение этого принципа, например, ради ускоренного расширения страхового портфеля. В такой ситуации возможный дефицит должен покрываться за счет собственных средств или за счет прибыли по другим видам страхования (см. *Перекрестное субсидирование*).

Перекрестное субсидирование – финансовая политика страховой компании, при которой убытки по одному типу договоров страхования гасятся прибылью по другим. Достаточно быстрое изменение структуры страхового портфеля может привести к убыточности страхового бизнеса в целом. Поэтому перекрестного субсидирования рекомендуется избегать.

Андеррайтинг – процесс индивидуальной оценки страхового риска для обоснования решения о принятии данного риска на страхование или об отказе в страховании, а также об условиях его принятия на страхование.

Правильно организованная процедура андеррайтинга является важным фактором эффективности операций страхования здоровья. Процедура андеррайтинга призвана уменьшить неблагоприятную селекцию рисков для страховой компании (антиселекцию) и по возможности провести благоприятный для страховщика отбор (селекцию) рисков. Чаще всего андеррайтинг проводится в момент заключения договора, но в ряде случаев при урегулировании убытков.

Актuariй анализ – система мероприятий по анализу страховых рисков. Ядром системы является технико-экономическое обоснование премий и резервов. Кроме того, актуарный анализ широко используется для целей финансового менеджмента. Идея состоит в прогнозировании с помощью математических моделей величины страхового риска и будущих выплат (для чего используются, например, *медико-экономические стандарты* и *программы медицинского страхования*). Поэтому квалификация актуария очень высока, а подготовка сложна.

Медико-экономический стандарт – специальный нормативный документ, описывающий последовательность лечебно-диагностических мероприятий по той или иной болезни и ресурсного обеспечения таких мероприятий. Различают клинико-статистический подход к их построению и подход, основанный на формализованном описании медицинской технологии.

Урегулирование убытков – процесс оценки и организации страховых выплат по заявленным страховым случаям. Включает систему мероприятий по управлению выплатами.

Управление выплатами – система мероприятий по ограничению роста выплат по страхованию здоровья (*медицинская инфляция*). Они должны препятствовать влиянию субъективных факторов и ограничивать воздействие объективных. В личном страховании управление выплатами предполагает широкое использование труда медицинских экспертов страховых компаний.

Медицинская инфляция – рост страховых выплат вследствие увеличения стоимости медицинских услуг, которая обусловлена как объективными (усложнение технологии лечения и т.п.), так и субъективными обстоятельствами (приписки к медицинским счетам и другие формы оппортунистического поведения).

**СЧЕТНАЯ ПАЛАТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ****УТВЕРЖДЕНО**

Коллегией Счетной палаты
Российской Федерации

(протокол от 9 июля 2004 года № 25 (395))

МЕТОДИКА

**проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов
на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской
помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями
статьи 41 Конституции Российской Федерации**

Раздел 1. Общие положения

Методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, разработана в соответствии с планом работы Счетной палаты Российской Федерации на 2004 год в рамках российско-канадского проекта с учетом положений контрольно-ревизионных стандартов ИНТОСАИ, методики проведения аудита эффективности использования государственных средств, принятой Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 23 апреля 2004 года протокол № 13(383).

Целью методики проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации является:

- ♦ определение единых принципов и подходов к планированию, организации и проведению аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органами исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федеральным и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, страховыми медицинскими

организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования;

- ♦ формирование основ методологической базы для осуществления аудита эффективности использования государственных средств в системе здравоохранения, установление критериев выполнения конституционной нормы оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, которыми следует руководствоваться при проведении аудита эффективности для определения уровня реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, разграничения бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг, оказываемых населению субъектов Российской Федерации;

- ♦ содействие достижению целей аудита эффективности использования государственных средств, выделяемых на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- ♦ повышение профессионального уровня инспекторов Счетной палаты Российской Федерации, работников контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления.

Методика проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предназначена для практического применения при





организации и проведении аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, определяет общие правила, процедуры, базовые принципы его проведения, применима для всех уровней внешнего государственного финансового контроля: федерального, регионального и муниципального.

В методике изложены цели, предмет, объекты и этапы аудита эффективности использования государственных средств, выделяемых на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Раздел 2. Содержание аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации

2.1. Цель, предмет, объекты и этапы аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Стратегической целью политики государства в области охраны здоровья и развития здравоохранения является формирование адекватных общественных отношений, позволяющих рассматривать здоровье населения как важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образом жизни, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

Одним из приоритетных направлений социальной политики государства становится создание общенациональной системы охраны здоровья, позволяющей обеспечить возможность осуществления политических, экономических, научно-образовательных, лечебно-профилактических, управленческих и организационных мероприятий, направленных на реализацию конституционных прав граждан на сохранение собственного здоровья. Поэтому так важно и актуально проведение аудита эффективности использования государственных средств в системе здравоохранения, особенно в той части, которая касается реализации статьи 41 Конституции Российской Федерации – обеспечения кон-

ституционных прав граждан на качественную бесплатную медицинскую помощь.

Практика последних десяти лет административно-хозяйственного реформирования в Российской Федерации и опыт развитых стран свидетельствуют, что без эффективного государственного финансового контроля не может быть действенной социально-экономической политики. При этом международный опыт государственного финансового контроля в сфере здравоохранения показывает, что его наибольшая результативность достигается путем широкого внедрения в практику контрольной деятельности аудита эффективности использования государственных ресурсов.

Аудит эффективности использования государственных средств в системе здравоохранения позволит оценивать результаты деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения и медицинских учреждений, использующих государственные средства, при выполнении осуществляемых ими функций по достижению поставленных целей и решению общегосударственных задач охраны здоровья населения, результаты управления финансовыми потоками отрасли, предоставить объективную информацию по проблемам, связанным с оценкой качества гарантируемой населению бесплатной медицинской помощи по системе критериев и показателей, характеризующих медицинский и социальный эффект, а также необходимые финансовые расходы для достижения экономической эффективности отрасли.

Целью аудита эффективности использования государственных средств на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи является определение рациональности и результативности деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования при осуществлении определенных для них функций и выполнении поставленных перед ними задач по реализации конституционного права граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь за счет средств бюджетов всех уровней, системы обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Предметом аудита эффективности использования государственных средств, выделяемых для предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, являются:

- ♦ процесс предоставления населению бесплатной медицинской помощи в соответствии с Конституцией Россий-



ской Федерации и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации;

- ♦ сферы, направления и виды деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, а также государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, предоставляющих гражданам бесплатную медицинскую помощь;

- ♦ система управления здравоохранением и организация финансирования бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации.

Объектами аудита эффективности использования государственных средств, выделяемых на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, являются:

- ♦ органы исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, предоставляющие населению бесплатную медицинскую помощь;

- ♦ Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования;

- ♦ страховые медицинские организации, использующие в своей деятельности средства обязательного медицинского страхования.

Аудит эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, в зависимости от цели, предмета и объекта аудита проводится:

- ♦ в федеральных органах исполнительной власти в сфере здравоохранения и Федеральном фонде обязательного медицинского страхования путем оценки эффективности всех или отдельных аспектов их деятельности по организации системы предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- ♦ в федеральных учреждениях здравоохранения путем оценки эффективности их деятельности по оказанию высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;

- ♦ в субъектах Российской Федерации путем оценки эффективности деятельности органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и учреждений здравоохранения по реализации территориальных программ государственных гарантий предоставления гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

- ♦ в страховых медицинских организациях путем оценки их деятельности по использованию средств обязательного медицинского страхования.

Аудит эффективности использования государственных средств, выделяемых на предоставление гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, проводится в несколько этапов:

- ♦ планирование аудита эффективности;
- ♦ непосредственное проведение аудита эффективности;

- ♦ подготовка отчета по результатам аудита эффективности, разработка рекомендаций и предложений.

2.2. Критерии и показатели оценки эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Оценка эффективности использования государственных средств, выделяемых на оказание населению бесплатной медицинской помощи, осуществляется с помощью системы критериев и показателей.

Критерий – это признак, на основе которого производится оценка, определение или классификация чего-либо.

Если критерии отражают прежде всего качественную характеристику оцениваемого явления (системы) и служат мерилом достижения цели, то показатели – это всегда различные количественные измерители самого критерия.

Все требования, предъявляемые к критериям оценки эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи, в равной степени относятся и к показателям. При этом к показателям дополнительно предъявляются такие требования, как единство понятий, достоверность и статистическая сопоставимость показателей, основанные на единой методологии их расчетов и оценки. В толковании показателей разными специалистами и на разных уровнях не должно быть разночтений.

За основу разработки критериев оценки эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, принят научно-обоснованный методологический подход, в соответствии с которым эффективность рассматривается как отношение полученного результата к произведенным затратам. Для реализации этого подхода необходимо оценить взаимоотношение различных показателей по трем критериям:





- ♦ доступность бесплатной квалифицированной медицинской помощи населению;
- ♦ уровень обеспеченности ресурсами (финансовыми, материальными, кадровыми) и их организация;
- ♦ качество бесплатной медицинской помощи и здоровья населения.

Схематично взаимосвязь критериев эффективности выражается следующим образом:

При организации и проведении аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, подход к выбору критериев осуществлялся с позиции достижения медицинского и социального эффекта, а также экономической эффективности.

Медицинский эффект определяется степенью адекватности и результативности медицинского вмешательства, уровнем качества лечения конкретного больного и использованием современных инновационных технологий при оказании бесплатной медицинской помощи.

Социальный эффект отражает степень улучшения показателей здоровья населения или его отдельных групп и степень удовлетворенности населения бесплатной медицинской помощью (средняя продолжительность предстоящей жизни, снижение заболеваемости, инвалидности, смертности и др.).

При оценке социального эффекта необходимо взвешенно и обоснованно подходить к анализу и выводам, поскольку оказание бесплатной медицинской помощи в улучшении показателей здоровья нации имеет свои определенные границы.

Экономическая эффективность – полученный результат (критерии медицинского и социального эффекта) в сопоставлении с затратами на его достижение, выраженный в рублях.

Критерии определяются на основе:

- ♦ действующих в системе здравоохранения законодательных и иных нормативных правовых актов;
- ♦ стандартов, разработанных органами управления здравоохранением;
- ♦ отчетов объектов аудита эффективности о проделанной работе и планов их работы по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью;
- ♦ общепринятых норм, которыми руководствуются проверяемые объекты в практической деятельности;
- ♦ материалов предыдущих проверок.

Разработка критериев проводится с целью обеспечения объективности оценки деятельности органов исполни-

тельной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, а также исключения разногласий с их руководством по данному вопросу. Поэтому выработанные критерии оценки деятельности проверяемых объектов в обязательном порядке до начала проведения аудита эффективности согласуются с их руководителями.

Эффективность в системе здравоохранения необходимо оценивать как на макроэкономическом уровне (территории страны и территории субъекта Российской Федерации), так и на микроуровне (конкретного лечебно-профилактического учреждения). На макроэкономическом уровне необходимо оценивать реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, показатели здоровья граждан и др. На микро уровне большую значимость приобретают критерии медицинского и социального эффекта, такие как доступность, качество медицинской помощи, использование имеющихся ресурсов, степень удовлетворенности граждан медицинской помощью и др.

Критерии и показатели оценки эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации разработаны Экспертным советом по аудиту эффективности государственных расходов в сфере здравоохранения.*

Уровень реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи оценивается на основе методики комплексной экспертной оценки, одобренной Экспертным советом по аудиту эффективности государственных расходов при реализации государственных гарантий оказания населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Для разграничения платности и бесплатности медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации предлагается оценить отдельно виды и объемы медицинской помощи и их финансовое наполнение из государственных источников финансирования, рассчитанные на душу населения в год, и объемы оказываемых услуг и их фи-

*Критерии и показатели оценки эффективности использования государственных ресурсов в системе здравоохранения приведены в журнале «Менеджер здравоохранения», 2005, № 9, с.18–21.



нансирование за счет личных средств граждан (платные медицинские, санаторно-оздоровительные услуги, приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения в аптеках), также рассчитанные на душу населения в год.

Кроме того, для более полной картины выявления «теневое сектора» в здравоохранении следует организовывать и проводить выборочные социологические исследования участия граждан в финансировании здравоохранения и эти данные необходимо сопоставлять с долей расходов из государственных источников финансирования.

Разграничением бесплатной медицинской помощи и платных медицинских услуг должны стать объемы и виды медицинской помощи, реализуемые ежегодно в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утверждаемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также целевых программ.

Качество медицинской помощи, адекватность и результативность ее ни в коей мере не должны быть различными при оказании медицинских услуг конкретному больному, с конкретным заболеванием на платной и бесплатной основе, то есть набор лечебно-диагностических мероприятий жизненно-необходимый для потребителя должен быть выполнен и в том и в другом случае. Протокол ведения больного (медико-клинический стандарт) должен быть единым.

При проведении аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, важно оценить риски, с которыми сталкивается в работе проверяемый объект.

Риск – это вероятность негативного влияния на проверяемый объект какого-либо действия, фактора или события, которые могут привести к нанесению ущерба, финансовым убыткам, неспособности реализовать конституционное право граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь или к неэффективному использованию государственных средств.

Для определения степени рисков необходимо установить:

- ♦ перечень и характер отклонений от установленных заданий в работе проверяемого объекта;
- ♦ степень вероятности проявления таких отклонений;
- ♦ последствия проявления таких отклонений;
- ♦ наличие возможностей свести влияние выявленных рисков на объемы и результаты оказания гражданам бесплатной медицинской помощи к минимуму, а также контроля рисков;

- ♦ причины, которые могут помешать проведению аудита эффективности.

Примерами возможных рисков могут быть: уменьшение ставки единого социального налога, отсутствие утвержденных нормативов страховых взносов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации на неработающих граждан, которые могут привести к недополучению средств обязательного медицинского страхования и как следствие к снижению доступности бесплатной медицинской помощи населению. К факторам риска можно отнести и снижение объемов реально оказываемой медицинской помощи по сравнению с нормативом, которые также могут привести к снижению доступности бесплатной медицинской помощи, увеличению заболеваемости, переходу заболеваний в хронические формы, увеличению инвалидности и смертности населения и др.

Раздел 3. Организация проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации

3.1. Планирование аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Процесс планирования аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, начинается с определения темы и объектов проверки.

Поскольку проверка всех аспектов деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения по оказанию населению бесплатной медицинской помощи, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, требует значительных затрат ресурсов (финансовых, материальных и т.д.) и времени, необходимо для проверки выбрать наиболее важные области и направления их деятельности. Процесс выбора этих направлений включает следующие последовательные действия:

- ♦ ознакомление с законодательными актами, регулирующими предоставление гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;





- ♦ изучение направлений, целей, задач, ожидаемых результатов, механизмов отчетности и систем контроля в деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, осуществляющих предоставление населению бесплатной медицинской помощи, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования;
- ♦ определение возможных внешних и внутренних рисков при предоставлении населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ анализ деятельности органов исполнительной власти всех уровней в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих населению бесплатную медицинскую помощь, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования с целью выявления имеющихся проблем при осуществлении установленных им функций и использовании государственных средств в процессе предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи;
- ♦ определение на основе этого анализа приоритетных задач, на решении которых будут концентрироваться внимание и усилия инспекторов Счетной палаты Российской Федерации при проверке эффективности использования средств федерального бюджета на оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи и работников контрольно-счетных органов субъектов Российской Федерации при проведении проверок реализации территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в текущем периоде и в перспективе;
- ♦ определение потребностей в ресурсах для проведения аудита эффективности использования государственных средств, выделенных на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также составление графика выполнения контрольных и аналитических мероприятий;
- ♦ подготовка программ проведения проверок на основе предварительного изучения объектов проверок.

3.2. Выбор предмета и объекта аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии

с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Для выбора предмета и объекта аудита эффективности следует провести предварительную работу по сбору и оценке всей информации, источниками которой являются:

- ♦ результаты предыдущих финансовых проверок и материалы проверок других контрольных органов;
- ♦ результаты проверок исполнения федерального бюджета за отчетный финансовый год в федеральных органах исполнительной власти в части средств, выделенных на оказание бесплатной медицинской помощи;
- ♦ результаты проверок исполнения региональных и местных бюджетов в части средств, выделенных на оказание бесплатной медицинской помощи;
- ♦ результаты проверок исполнения бюджетов Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования;
- ♦ материалы отчетов участников бюджетного процесса;
- ♦ материалы заседаний комитетов и комиссий Совета Федерации и Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации;
- ♦ материалы заседаний Правительства Российской Федерации, коллегий федеральных органов исполнительной власти;
- ♦ материалы заседаний органов законодательной и исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления;
- ♦ материалы средств массовой информации;
- ♦ обращения граждан;
- ♦ другие источники.

На основе собранной информации определяется перечень возможных сфер и объектов аудита эффективности, а также границы нормативного правового регулирования проверяемых организационных структур, целей, задач и ожидаемых результатов их деятельности, механизмов отчетности, систем контроля и рисков при предоставлении гражданам бесплатной медицинской помощи.

При выборе конкретного предмета аудита эффективности следует руководствоваться рядом требований (критериев):

- ♦ определением степени наличия рисков при проведении аудита эффективности, которые потенциально могут приводить к неэффективным результатам;
- ♦ возможностью внести максимальный вклад в повышение эффективности использования государственных средств.

При выборе объектов аудита эффективности необходимо учитывать объемы государственных средств, направ-



ляемых на финансирование территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи: чем больше объем государственных средств, тем значимее роль данного фактора.

3.3. Подготовка программы проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации.

Процесс планирования аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, завершается подготовкой программы его проведения. В программе должны найти отражение:

- ♦ цель аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ предмет аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ объекты аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ перечень вопросов, определяющих рамки и масштабы аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ критерии оценки эффективности использования государственных средств, направляемых на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ краткое описание методики проведения аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи (сбора фактических данных и доказательств);
- ♦ график проведения аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ список группы проверяющих, включая ответственных за конкретные направления аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ срок представления отчета о результатах аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи на рассмотрение Коллегии Счетной палаты Российской Фе-

дерации или контрольно-счетного органа субъекта Российской Федерации.

Также при составлении программы проведения аудита эффективности следует учитывать, что помимо аналитической работы, проводимой сотрудниками контрольно-счетных органов, для объективности оценки состояния информационной системы и системы управления обеспечением граждан бесплатной медицинской помощью, степени удовлетворенности населения этой помощью, целесообразно привлечение сторонних организаций, специалистов и экспертов. Это необходимо для обоснования и уточнения целей, объектов и вопросов аудита эффективности, а также критериев оценки деятельности органов управления здравоохранением всех уровней, фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных медицинских учреждений здравоохранения по оказанию населению бесплатной медицинской помощи.

Темы экспертно-аналитических работ, которые должны быть проведены сторонними научными организациями, специалистами и экспертами, а также их ориентировочную стоимость в обязательном порядке следует отразить в программе аудита эффективности.

Программа утверждается в установленном порядке. В случае необходимости внесения изменений в утвержденную программу, ее руководитель должен представить соответствующие предложения на рассмотрение аудитора, ответственного за проведение аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи.

На основе типовой программы проведения в системе здравоохранения на федеральном уровне аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации аудиторами Счетной палаты Российской Федерации утверждается программа проведения аудита эффективности на конкретных объектах.

Раздел 4. Проведение аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации

В процессе проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями ста-





тии 41 Конституции Российской Федерации, группа проверяющих осуществляет:

- ♦ анализ нормативных правовых актов, регулирующих предоставление гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- ♦ анализ нормативных правовых актов, регулирующих деятельность объектов аудита эффективности;
- ♦ анализ методов работы объектов;
- ♦ анализ результатов работы объектов;
- ♦ анализ конкретных ситуаций;
- ♦ обследования;
- ♦ собеседование и опрос руководителей и сотрудников объектов, а также руководителей субъектов управления процессом обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Группа проверяющих осуществляет сбор необходимой информации и достаточных фактических данных для получения аудиторских доказательств в соответствии с установленными целями проверки, критериями оценки эффективности и выбранными методами.

При этом целесообразно проверить:

- ♦ организацию учета и анализа потребностей граждан на федеральном, региональном и местном уровнях в медицинской помощи, а также на основе имеющейся информации уровень удовлетворения этих потребностей на бесплатной и платной основе;
- ♦ полноту исполнения требований законодательных, нормативных правовых актов по организации на федеральном, региональном и местном уровне системы бесплатной медицинской помощи и реализации прав граждан на такую помощь;
- ♦ обоснованность разрабатываемых и утверждаемых органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ уровень обеспеченности финансовыми ресурсами территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- ♦ организацию работы распорядителей и получателей бюджетных средств, а также средств обязательного медицинского страхования, выделенных на бесплатную медицинскую помощь, по целевому и эффективному их использованию;
- ♦ действенность внутреннего и внешнего контроля за целевым и эффективным использованием государственных средств, выделенных на оказание бесплатной медицинской помощи, а также результативность проведенных контрольных мероприятий;

♦ действия распорядителей бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования при выявлении причин нецелевого и неэффективного использования государственных средств, а также осуществлении контроля за их устранением.

Основное внимание в рамках аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи должно уделяться сравнительной оценке фактических результатов, плановых показателей, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, и критериев оценки использования государственных средств. При этом изучаются итоги и результаты работы объектов проверки, а также процесс достижения поставленных целей и применявшиеся методы работы.

Результаты обследований, экспертных оценок, собеседований, социологических опросов, анализа оформляются в виде справок, аналитических записок, отчетов экспертно-аналитических работ исходя из целевого назначения мероприятий и вопросов аудита эффективности.

Следует иметь в виду, что доказательства, полученные при проведении аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи, могут иметь в большей степени качественные, а не количественные характеристики, поэтому решение об их использовании должно приниматься членами группы проверяющих, прежде всего на основе собственных профессиональных знаний.

Раздел 5. Подготовка заключений, выводов и рекомендаций по результатам аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации

В процессе проведения аудита эффективности необходимо провести объективный анализ собранных фактических данных на основе утвержденных критериев оценки эффективности. По результатам сравнения фактических данных с критериями оценки эффективности следует подготовить заключение, которое должно указывать, в какой степени результаты проверки соответствуют использованным критериям оценки эффективности, и сформулировать выводы в отношении целей, поставленных в рамках аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи.



На основе сравнения полученных данных с утвержденными критериями делается соответствующее заключение и выявляются факторы, свидетельствующие о неэффективном (или эффективном) использовании государственных средств. Эти факторы могут иметь как количественную, так и качественную оценку. Количественная оценка может быть выражена либо в рублях: показатели обеспеченности финансовыми ресурсами, либо в процентах: неблагоприятная динамика летальности в учреждениях здравоохранения, детской смертности, рост запущенности социально опасных заболеваний, онкологических заболеваний и т.д., либо в других единицах измерения: число единиц объемов предоставляемой бесплатной медицинской помощи и т.д.

Примерами качественной оценки могут быть: качество предоставляемой бесплатной медицинской помощи (медицинский и социальный эффект), отсутствие необходимых нормативных документов, низкий уровень контроля, принятие неверных решений и т.п.

На основе сделанных заключений необходимо определить причины, которые приводят к неэффективным результатам деятельности объекта аудита эффективности, сформулировать соответствующие выводы и рекомендации.

При этом необходимо иметь в виду, что ухудшение фактических результатов деятельности объектов аудита эффективности, их несоответствие утвержденным критериям могут иметь объективные причины (ухудшение экологической обстановки, стихийные бедствия и др.).

Раздел 6. Подготовка отчета по результатам аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации

По результатам проведенного аудита эффективности использования государственных ресурсов на оказание населению бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, подготавливается отчет, который должен включать следующие компоненты:

- ♦ цель аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ предмет аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ объекты аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;

- ♦ период времени, который охватывал аудит эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
- ♦ краткая характеристика сферы деятельности объекта аудита эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи с указанием обязанностей и функций руководителей, имеющих отношение к показателям и результатам работы;
- ♦ критерии и показатели оценки эффективности использования государственных средств на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи и имеющиеся разногласия с руководством проверенного объекта в отношении их применения;
- ♦ способы сбора данных и формирования аудиторских доказательств;
- ♦ оценка уровня реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации;
- ♦ выводы и рекомендации проверяющих по устранению выявленных недостатков и повышению эффективности использования государственных средств на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи.
- ♦ замечания руководителей проверенных организаций (если они представлены), включая имеющиеся разногласия в отношении использованных критериев оценки эффективности, выводов и рекомендаций, а также запланированные ими меры по устранению выявленных недостатков.

В отчет по результатам аудита эффективности следует включать не только выявленные недостатки, но и заслуживающие внимания достижения в сфере оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Выявленные, но не связанные непосредственно с целями аудита эффективности проблемы, которые требуют проведения дополнительных контрольных мероприятий, также должны найти отражение в отчете с обоснованием необходимости их дальнейшего изучения.

В отчете дается оценка системы управления здравоохранением в субъекте Российской Федерации в части эффективности использования государственных средств на оказание населению бесплатной медицинской помощи.

Итогом аудита эффективности является подготовка конкретных предложений по совершенствованию системы управления здравоохранением по обеспечению граждан качественной бесплатной медицинской помощью, ее правовому обеспечению.



Продолжается подписка на 2006 год

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

• Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»

Подписной индекс (годовая): **20102**

Подписной индекс (полугодовая): **82614**

Подписка через редакцию (с любого номера):

Стоимость годовой подписки через редакцию для любого региона РФ
платежным поручением – **2700 руб.**, на полугодие – **1350 руб.**
НДС не облагается. Доставка включена в стоимость подписки

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьиноорошинском ОСБ №7981

Сбербанка России, г. Москва

К/с 30101810400000000225

БИК 044525225

ИНН 7715376090

КПП 771501001

Получатель – ООО Издательский Дом «Менеджер здравоохранения»

ВНИМАНИЕ!

В платежном поручении обязательно укажите:

«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения» на 2006 г.»

Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.

Мы высылаем свежий номер ценной бандеролью

Адрес редакции:

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

Тел./факс: (095) 218-07-92; 979-92-45

E-mail: idmz@mednet.ru

www.idmz.ru



«ЗДОРОВЬЕ МОСКВА»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ АДРЕСНО-ТЕЛЕФОННЫЙ СПРАВОЧНИК

Базовое ежегодное справочное издание для врачей, фармацевтов и других специалистов, работающих в области здравоохранения.

Тираж справочника: 100 000 печатной версии, 100 000 версий на CD

«ЗДОРОВЬЕ МОСКВА» ПРЕДЛАГАЕТ:

- Весь спектр медицинских услуг и товаров
- Более 580 рубрик по видам деятельности
- 15 000 фирм и организаций
- Более 1 000 практикующих специалистов
- Графики специализированных выставок в Москве, городах России, СНГ и за рубежом

РАСПРОСТРАНЕНИЕ:

Бесплатно

- Почтовая рассылка всем организациям, опубликованным в справочнике
- Среди участников, посетителей и организаторов медицинских выставок, симпозиумов, конференций
- Целевое распространение по заказам рекламодателей для своих потенциальных клиентов
- Через медицинские учреждения и аптечные сети для широких слоев населения

Продажа:

- Оптовая продажа



ЕВРО-АДРЕС

109147, Москва, Воронцовская ул., 356, к. 1
тел. (095) 787-1-787 факс (095) 787-1-788
E-mail: info@euroaddress.ru www.euroaddress.ru

ПУТЬ К ЗДОРОВЬЮ



Издательский дом «Менеджер здравоохранения»



МОДЕРНИЗАЦИЯ здравоохранения в вопросах и ответах



В книге «Модернизация здравоохранения в вопросах и ответах» Вы найдете ответы и получите консультации по 70 практически значимым вопросам управления учреждениями здравоохранения:

- об оплате медицинских услуг;
- о порядке использования прибыли медицинскими учреждениями;
- о налогообложении деятельности медицинских учреждений;
- о лицензировании медицинской деятельности;
- об организационно-правовых формах медицинских организаций;
- о социально-трудовых отношениях в ЛПУ.



С содержанием книги можно ознакомиться на сайте: www.idmz.ru

По вопросам приобретения обращайтесь в редакцию журнала:

тел.: (095)218-07-92

e-mail: idmz@mednet.ru