

ISSN 1811-0185

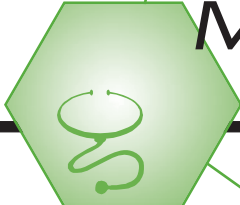
Менеджер здравоохранения

№3. 2005



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал



Менеджер

здравоохранения

**ЧИТАЙТЕ
В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:**

- ❖ Пути совершенствования применения права органами управления здравоохранением в имущественных отношениях
- ❖ Сравнительный анализ эффективности маркетинговых технологий для различных моделей организации первичной медико-санитарной помощи
- ❖ Реформа здравоохранения с точки зрения практического врача
- ❖ Изменения законодательства о донорстве и службе крови
- ❖ Имеет ли право медицинское учреждение оказывать платные немедицинские услуги?
- ❖ Единые рекомендации по системам оплаты труда работников организаций, финансируемых из бюджетов на федеральном, региональном и местном уровнях, на 2005 год

Менеджер здравоохранения

№3
2005

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

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

Шеф-редактор:

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

Редакционная коллегия:

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

В номере:

Компетенция в управлении

Ф.Н.Кадыров

4-6

**Перспективы управления учреждениями здравоохранения
в имущественных отношениях**

В.И.Стародубов, А.В.Тихомиров

7-16

**Формулярная система как инструмент
реформирования здравоохранения**

А.Р.Нагибович, С.З.Умаров

17-23

**Роль общеврачебной практики в амбулаторно-поликлинической
сети здравоохранения промышленного города**

В.П.Сажин, Е.В.Денисенко

24-28

**Система финансового анализа
в лечебно-профилактических учреждениях**

В.В.Кравченко

29-34

**Современная концепция маркетинга
санаторно-курортных услуг**

А.М.Ветитнев

35-44

В редакцию пришло письмо

Обсуждаем реформу

45

**Анализ финансирования систем здравоохранения
в различных странах**

Документационный Центр ВОЗ

46-52

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель Главы Администрации г.Ставрополя

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

РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,
д.м.н., главный врач ГКБ №1 г.Москвы, заведующий кафедрой медико-технического менеджмента МГТУ им. Н.И.Баумана

СКЛЯР Михаил Семенович,
к.м.н., министр здравоохранения Свердловской области

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,
профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте РФ

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

**Может ли быть эффективным здравоохранение,
основанное на законах рынка?**

Зарубежный опыт

53-60

**Отношение к платным услугам посетителей
выставки медицинских услуг –
что осталось «за кадром»?**

О.П.Шульдинер, Ф.Н.Кадыров

61-65

**Программы переподготовки руководителей
здравоохранения в формате дистанционного
обучения**

В.А.Инкелес

66-71

**Закон «О Федеральном бюджете на 2005 год» –
не только финансовый документ**

Консультирует «МЗ»

72-74

Вопросы и ответы

76-77

**Перечень сокращенных и полных
наименований Федеральных органов
исполнительной власти**

Глоссарий

78-79

Органайзер

80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Свидетельство о регистрации
№ 77-15481 от 20 мая 2003 года

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале, посетив страницу электронного форума «Менеджер здравоохранения» в Интернете по адресу:

www.idmz.ru

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11, 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.Лебедев
vsl@mail.ru
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

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

Отпечатано
в ООО «ТРИМЕД-Групп»
Заказ № 010305

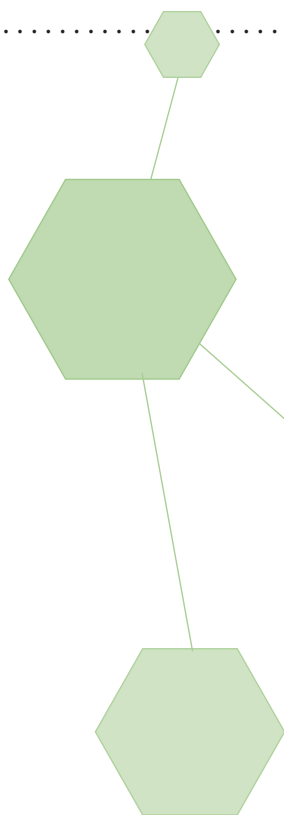
© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»



Ф.Н.КАДЫРОВ,

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

КОМПЕТЕНЦИЯ В УПРАВЛЕНИИ



Много говорится и пишется о необходимости передачи части полномочий в сфере управления от главного врача медицинского учреждения руководителям более низкого уровня. Однако было бы неверным обосновывать требование расширения сферы управленческих полномочий руководителей среднего и низшего звена лишь возрастающими объемами информации, необходимостью разгрузить руководителя медицинского учреждения, освободить его от рутинной работы и т.д.

Да, все это так. Необходимо учитывать соотношение стратегического и тактического управления (стратегия – функция топ-менеджеров, тактика – менеджеров более низкого звена).

Однако следует отметить еще одну важную причину – степень компетентности главного врача в решении конкретных проблем. Суть заключается в том, что **чем специфичнее проблема, чем реже с ней приходится сталкиваться, тем менее компетентен руководитель в ее решении**. Соответственно у главного врача возникает дилемма: либо тратить много времени (своего и подчиненных) на то, чтобы войти в курс проблемы (что снижает эффективность принимаемого решения с точки зрения соотношения полученного результата и затраченных на решение проблемы времени и сил), либо принимать быстрое решение (таящее большую вероятность ошибки).

Если эта проблема важная, определяющая ключевые вопросы деятельности учреждения, то, конечно, целесообразен первый вариант. Но если эта проблема, которая может быть решена на более низком иерархическом уровне, то лучше избрать тре-

© Ф.Н.Кадыров, 2005 г.



тий вариант – вообще отказаться от участия в решении этой проблемы.

Таким образом, можно сделать следующее заключение:

1. Чем меньше по значимости проблема, тем ниже эффективность ее решения на уровне руководителя учреждения.

2. Чем больше мелких проблем решается на уровне руководителя учреждения, тем больше в конечном счете ошибочных решений он принимает.

Поэтому мы приходим к достаточно парадоксальному выводу: **чем больше работает главный врач, чем больше он на себя взваливает, расширяя круг решаемых проблем, тем ниже оценивают его управленческую компетентность подчиненные** (как руководители более низкого звена, так и рядовые работники). Действительно главный врач либо, опасаясь принятия ошибочных решений, задействует большое количество специалистов для прояснения проблемы (которые более компетентны в ней и которых может удивить вполне естественная некомпетентность руководителя в элементарной, по их мнению, проблеме), либо, принимая поспешные решения, главный врач тем самым не только множит ошибки, но и расширяет круг лиц, которые становятся свидетелями этих ошибок.

Обычно добросовестные руководители медицинских учреждений исходят из того, что они должны участвовать в принятии решений по всем проблемам, в решении которых они могут принять участие. Между тем общий принцип, касающийся главного врача, должен быть иной: **главный врач не должен участвовать в решении проблем, в решении которых он может не участвовать**, то есть в решении проблем, которые могут решаться без его прямого участия.

Подобно Одиссею, руководитель должен провозгласить: «Свяжите меня, чтобы я не вмешивался

в решение тех проблем, которые могут решаться и без меня».

Практика показывает, что наименее эффективными и наименее компетентными являются решения, принимаемые на уровне, превышающем необходимую компетенцию. Другими словами, если пустячные решения проходят сложный путь согласования снизу доверху. При этом в ненужную работу вовлекается большое количество руководителей и специалистов. Стоит ли после этого удивляться, что все раздувающийся управленческий аппарат не сидит без дела и вполне закономерно настаивает на еще большем собственном увеличении.

Совершенно очевидно, что необходимо менять технологию принятия управленческих решений. И здесь полезно было бы сослаться на управленческий опыт западных стран. Менеджеры различного уровня в западных клиниках очень много времени проводят на различных совещаниях. И, как правило, это не пустая трата времени. Интересно отметить, что значительная часть совещаний там проходит без участия руководителя медицинского учреждения. Это позволяет решать многие вопросы без обращения к руководителю клиники.

Прекрасные образцы, но насколько они применимы у нас? Чтобы ответить на этот вопрос, давайте представим себе совещание российских управленцев в ранге заместителей руководителя или руководителей служб (кадровой, экономической, хозяйственной и т.д.) без участия главного врача. Часто ли они могут о чем-то между собой договориться в отсутствие «начальственного ока»? Будут ли они сами считаться с принятыми решениями? А главное – позволит ли им главный врач такую самостоятельность, признает ли решения, пойдет ли хотя бы на частичную уступку своей власти? Увы, наши традиции поведения управленческого персонала не дают надежды на скорое широкое внед-





рение подобных примеров западных методов управления.

Обычной для нас является практика, когда совещания проходят с участием представителей менеджеров определенного иерархического уровня. Например, совещания, с участием заместителей главного врача, совещания с участием заведующих отделениями или руководителей служб и т.д. Смешанные совещания проводятся реже, и то, как правило, это представители ближайшего уровня (например, начальник планово-экономического отдела присутствует вместо отсутствующего по какой-либо причине заместителя главного врача по экономическим вопросам). И крайне редко на совещании заместителей может присутствовать рядовой сотрудник.

Нередко вообще считается зазорным, когда руководитель службы приходит на совещание с рядовым сотрудником своей службы – это может быть расценено как проявление некомпетентности, неуверенности в себе и т.д. Между тем ничего плохого в этом нет. Ни один руководитель не знает лучше конкретную ситуацию, чем непосредственный исполнитель, отвечающий за соответствующий участок работы (речь идет не об общей эрудиции или профессиональной квалификации, а именно о знании текущей ситуации, конкретного вопроса). Присутствие рядовых специалистов на совещаниях менеджеров обычно позволяет более оперативно решать многие вопросы и избегать ошибок: окончательное решение не откладывается «на потом», до согласования руководителей служб с непосредственными исполнителями и не принимается без учета их мнения.

По этой же причине на совещания заведующих отделениями, касающиеся хозяйственных проблем, вопросов взаимоотношений с пациентами и т.д., целесообразно приглашать и старших медсестер. Старшие медсестры зачастую

не только лучше знают ситуацию, но и имеют непосредственное отношение к бытовым проблемам своих отделений, имеют больше возможностей повлиять на поведение медсестер и санитарок (составляющих основную часть персонала отделений) и т.д. Да и их мнение может быть далеко не бесполезным.

Нелишне заметить, что, например, немалая заслуга в победах Наполеона была связана с используемым им стилем проведения совещаний и принятия решений. Ему приписывается алгоритм заслушивания мнений присутствующих, начиная с низших чинов, чтобы высшие чины своим авторитетом не давили на их точку зрения.

Необходимо отметить и то, что в последнее время существенно меняются критерии компетентности. Еще совсем недавно к важнейшим достоинствам управленца относилось знание всей работы низового звена. Поэтому приветствовалось, когда управленец проходил последовательно всю лестницу служебной иерархии. Однако сейчас то, что еще недавно считалось достоинством, нередко оборачивается недостатком. Дело в том, что из-за быстрой смены системы управления медицинскими учреждениями, связанной с изменением системы финансирования, законодательства, автоматизацией и т.д., реальные функции низового звена могут претерпеть существенные изменения. И если управленец будет ориентироваться на собственный опыт, предполагающий несколько иные прежние функции, методы принятия решений и т.д., то высока вероятность принятия ошибочных решений. Другими словами, использование прошлого опыта зачастую теряет практическую значимость. Умения сегодняшнего дня не всегда базируются на умениях вчерашнего дня.

Меняются и требования к компетентности, а также само понятие компетентности управленца. Мы коснулись лишь некоторых аспектов этой проблемы.



В.И.СТАРОДУБОВ,

профессор, академик РАМН

А.В.ТИХОМИРОВ,

адвокат, член Московской областной коллегии адвокатов

ПЕРСПЕКТИВЫ УПРАВЛЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИМУЩЕСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЯХ*

1. Политические перспективы управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях

В ежегодном Послании Федеральному Собранию Российской Федерации (2004 г.) Президент Российской Федерации [1] указал, что неэффективность отечественного здравоохранения обусловлена тем, что во всей системе предоставления медицинских услуг их качество и доступность продолжают снижаться, а затраты только растут.

Главная цель модернизации российского здравоохранения – повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Из этого прежде всего следует, что гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. И по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены стандарты медицинских услуг с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями к условиям оказания медпомощи.

Детализация стандартов дает возможность перейти от сметного принципа содержания ме-

дицинских учреждений к оплате за оказанный объем и качество медицинской помощи.

Основной принцип бюджетной реформы – переход от управления бюджетными затратами к управлению результатами. В целом Правительству надо сформировать систему оценки планов и показателей работы всех органов исполнительной власти:

1. Основой формирования бюджета должны стать четко заданные цели проводимой политики и ожидаемые результаты. А само бюджетное планирование должно приобрести долговременный характер. При этом самостоятельность бюджетополучателей в распоряжении средствами должна сопровождаться их ответственностью за результаты работы.

2. Базовым принципом экономической политики должно стать достижение оптимального уровня госрасходов. Правительству надо прежде всего провести реструктуризацию огромной сети бюджетных учреждений, изменив порядок их финансирования и сам статус значительной части таких учреждений. В стране сейчас свыше 35 тысяч федеральных государственных учреждений, многие из которых наделены функциями по контролю и надзору. И они нередко просто навязывают гражданам и бизнесу свои «услуги» по проведению экспертиз, консультаций и так далее. В

* Печатается с разрешения редакции журнала «Главный врач: хозяйство и право» (перераб. и доп.).





этом году Правительство должно изъять из компетенции государственных учреждений, не являющихся органами управления, властные полномочия. Кроме того, государственные функции, уже признанные избыточными, не должны быть реанимированы на уровне субъектов Федерации и муниципалитетов.

3. Необходимо навести порядок с государственной и муниципальной собственностью. Каждый уровень власти должен иметь только то имущество, которое необходимо ему для исполнения закрепленных за ним публичных полномочий, и не более того. Это надо иметь в виду и при дальнейшем сокращении функций министерств и ведомств.

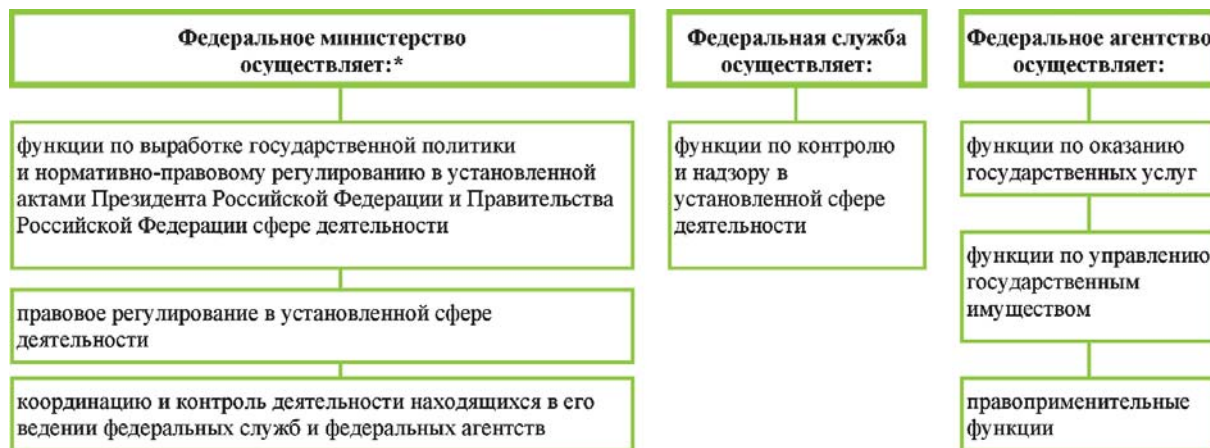
4. Следует подготовиться к введению нового разграничения доходных полномочий и расходных обязательств между уровнями бюджетной системы страны. И субъекты Федерации, и муниципалитеты должны знать, за исполнение каких функций и за предоставление каких публичных

услуг они отвечают, а также из каких источников они их будут финансировать.

5. Нужно установить и разграничить ответственность уровней власти в сфере социальной поддержки населения. Правильным будет привлечение всех субъектов Российской Федерации к активному участию в разработке нормативно-правовых актов и системы мероприятий по практической реализации пакета социальных программ с учетом разграничения полномочий между уровнями государственной власти.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 9 марта 2004 г. № 314 в структуре исполнительной власти произошло:

- ♦ во-первых, отделение функций политических органов от контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств;
- ♦ во-вторых, разделение функций контрольно-надзорных служб и имущественно-распорядительных агентств (рис. 1).



** в установленной сфере деятельности не вправе осуществлять функции по контролю и надзору, правоприменительные функции, а также функции по управлению государственным имуществом, кроме случаев, устанавливаемых указами Президента Российской Федерации*

Рис. 1. Распределение функций между Федеральным министерством, Федеральной службой и Федеральным агентством



Актуальность и своевременность этих мер не вызывают сомнений, а подобное устройство исполнительной власти уже существует в большинстве развитых стран.

Вместе с тем функции агентств не являются исчерпывающе определенными названным Указом.

Агентства выполняют функции агента. Агентом является посредник, совершающий по поручению другой стороны (принципала) юридические и иные действия от своего имени, но за счет принципала либо от имени и за счет принципала (п. 1 ст. 1005 ГК).

Отсюда следует, что:

- 1) агентство призвано выполнять функции посредника;
- 2) посреднические функции агентство осуществляет в договорных отношениях.

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию призвано выполнять посреднические функции агента между публичным субъектом (государством) и исполнителями соответствующих услуг (учреждениями здравоохранения и, если иное не предусмотрено законом, частными коммерческими и некоммерческими организациями).

Между государством как плательщиком и учреждениями здравоохранения как исполнителями медицинских услуг устанавливаются договорные отношения в пользу граждан как получателей этих услуг (ст. 430 ГК), а Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию опосредует эти отношения.

Отсюда следует, что:

- 1) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию не является исполнителем медицинских услуг;
- 2) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию действует не в порядке административного управления деятельностью исполнителей медицинских услуг, а в качестве стороны договора;

3) Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию от имени государства осуществляет функции плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам учреждениями здравоохранения.

Таким образом, возлагаемые на агентства функции по оказанию государственных услуг являются функциями по оплате государством услуг, оказываемых их исполнителями.

2. Организационные перспективы управления учреждениями здравоохранения в имущественных отношениях

Здравоохранение как социальная функция государства осуществляется им за счет имущества (казны), находящегося в собственности государства (бюджетные и внебюджетные средства). На эти же цели расходуются составляющие казну средства бюджета муниципальных образований.

Тем самым выполнение социальной функции государства и муниципальных образований имеет имущественное обеспечение.

Поэтому здравоохранение разделяет два полюса: полюс социальных ориентиров и полюс имущественных ориентиров. Достижение социальных ориентиров осуществляется ценой непрогнозируемых имущественных затрат, а достижение имущественных ориентиров – ценой непрогнозируемых социальных утрат.

Нахождение компромиссного баланса между социальными и имущественными ориентирами возможно. Однако при этом и социальный результат будет не идеальным, и имущественный результат для государства и муниципальных образований составит невосполнимые потери (невосполнимыми эти потери станут потому, что государственные или муниципальные средства финансирования здравоохранения складываются из налогов, которые добавочную стоимость не создают).





Следовательно, здравоохранение стоит на перепутье трех дорог: к социальным ориентирам, к имущественным ориентирам и к балансу между ними.

Однако вместо выбора движения по горизонтали здравоохранение до сих пор занято строительством вертикали – системы.

Основы законодательства об охране здоровья граждан, проведя системообразование здравоохранения по формам собственности, разграничили государственную, муниципальную и частную системы здравоохранения. Если прежде система здравоохранения была объединена административной соподчиненностью субъектов, то в настоящее время вместо одной существуют три системы, разьединенных принадлежностью объектов (имущества). Имущественная принадлежность не является фактором системообразования. Частная медицина не консолидирована в систему формой собственности. А включение в государственную и муниципальную системы здравоохранения и учреждений здравоохранения, и органов управления здравоохранением, объединенных имущественной принадлежностью, но не единством характера деятельности, является фактором разъединения.

Системообразование здравоохранения по имущественной принадлежности отражает лишь отраслевое обособление имущества здравоохранительного назначения – как закрепленного за учреждениями здравоохранения, так и предназначенного для финансирования здравоохранения имущества в казне собственника.

Проблемой здравоохранения признается двойственность источников финансирования: из бюджета и внебюджетных фондов.

Финансированием системообразование здравоохранения не обусловлено. Величина консолидированного бюджета здравоохранения, то есть совокупности бюджетных и внебюджетных средств, вкладываемых из казны в здравоохра-

нение, или доли в ВВП, служит целям не объединения в систему, а учета затрат собственника этих средств.

В пределах консолидированного бюджета источники финансирования здравоохранения имеют отношение к государственной и муниципальной системам здравоохранения в том, что и имущество учреждений здравоохранения, и предназначенные для них бюджетные и внебюджетные средства являются государственной или муниципальной собственностью.

Однако, во-первых, бюджетные (в порядке социального заказа) и внебюджетные (из фондов ОМС) средства могут поступать к частным медицинским организациям, а не только к государственным или муниципальным учреждениям здравоохранения, уменьшая долю участия последних в освоении консолидированного бюджета здравоохранения.

Во-вторых, помимо бюджета и внебюджетных фондов, государственные и муниципальные учреждения здравоохранения оказывают медицинские услуги, плату за которые вносят сами их получатели или иные лица (страховщик при добровольном медицинском страховании, работодатель, благотворительные организации и т.д.). Эта плата, поступая в принадлежность учреждений здравоохранения, обращается в собственность государства или муниципального образования.

Тем самым как из собственности государства или муниципальных образований выбывает, так и в их собственность поступает имущество (денежные средства) здравоохранительного назначения.

Отсюда источники финансирования здравоохранения, как и имущественная принадлежность, не являются фактором системообразования здравоохранения.

Единственным, что объединяет и учреждения здравоохранения, и частные медицинские организации, является их деятельность. Результат де-



тельности и тех, и других имеет форму товара – медицинской услуги.

И, напротив, именно это и отличает тех и других от государственных или муниципальных органов, в частности, органов управления здравоохранением, результат деятельности которых не имеет товарной формы, свою деятельность они осуществляют за счет поступлений из бюджета, происходящих из налогов.

То, что учреждения здравоохранения являются бюджетными и основаны на имуществе государственной или муниципальной принадлежности или что плательщиком за оказываемые ими медицинские услуги выступает бюджет или внебюджетные фонды ОМС, не придает этим услугам характера государственных или муниципальных (бюджетных) услуг. Такие услуги оказываются не государством или муниципальным образованием, а учреждениями здравоохранения – юридическими лицами, являющимися при их оказании хозяйствующими субъектами.

Государство или муниципальное образование является плательщиком за оказываемые гражданам учреждениями здравоохранения медицинские услуги. Государство оплачивает эти услуги из казны: из бюджета или внебюджетного фонда, а муниципальное образование – только из бюджета.

Начавшаяся в государстве административная реформа, расставила все по своим местам, как это принято за рубежом в странах с развитым экономическим оборотом: политическую роль исполняют Федеральные министерства, надзорную – Федеральные службы, а платежную – Федеральные агентства.

Однако, едва начавшись, административная реформа, встретила множество труднопреодолимых препятствий. В основе этих препятствий лежит существенное расхождение между установлениями закона и сложившейся практикой управления.

Административная реформа рассчитана на изменение соответствующей сферы, регулируемой нормами права. Если эта сфера регулируется не нормами права, а отличными от права понятиями, правовая реформа в ней невозможна или, по крайней мере, затруднительна.

Административная реформа рассчитана на изменение соответствующей сферы, которая регулируется в административном порядке, и не может получить распространения в сферах иного регулирования. Правовая реформа в административной сфере возможна тогда, когда сфера экономического оборота действует обособленно от нее по своим единым экономически обоснованным правилам в единых пределах, предусмотренных нормами права. Если административная реформа предусматривает интервенцию в сферу экономического оборота, в результате которой объекты оборота обособляются в зависимости от того, кто их оплачивает, либо для отдельного сегмента или для отдельной группы участников оборота предусматриваются отдельные правила, то на величину такого обособления свертывается экономический оборот и расширяется административная сфера.

Для здравоохранения имеет первостепенное, определяющее значение, в какой сфере оно находится – административного управления или экономического оборота.

Выбор пути – социальных, имущественных или смешанных ориентиров – развития здравоохранения от этого не зависит. От этого зависит сама возможность развития здравоохранения.

Развитие здравоохранения возможно в условиях постоянного и по мере развития науки увеличивающегося обновления его материальных ресурсов, а потому – и роста затрат на совершенствование кадровых ресурсов и на само развитие науки.

Нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете означает, что и органы





управления здравоохранением и учреждения здравоохранения получают имуществомное обеспечение для потребления, расходования по заданию собственника.

По заданию собственника за счет сметы органы управления здравоохранением и учреждения здравоохранения могут приобретать имущество и не могут его отчуждать и иным способом им распоряжаться.

Нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете является высоко затратным. Емкость потребления пределов не имеет. Сколько бы средств ни было ассигновано на развитие здравоохранения, все они будут освоены. И всегда их будет недостаточно для достижения более высокого социального результата (меньшей заболеваемости, инвалидности, смертности и т.д.), тем более не являющегося показателем эффективности исключительно здравоохранения.

Нахождение здравоохранения на бюджетном содержании по смете выполняется лишь последующими поступлениями от собственника. Других источников восполнения имущества потребления содержание здравоохранения по смете собственника не предусматривает.

Бюджетное содержание по смете означает, что в отношении с иными, кроме собственника, лицами по поводу имущества основанные на нем органы и организации вступать не могут. Плодами использования органами и организациями закрепленного за ними имущества может воспользоваться только сам собственник. В отношениях с собственником они не осуществляют деятельность по поводу имущества (не производят услуг, поскольку услуги являются объектом оборота) и не извлекают доходов (поскольку доходы получаются от деятельности в обороте).

При этом производить услуги и получать доходы от их реализации могут учреждения здравоохранения и не могут органы управления здравоохранением.

Производство и реализация медицинских услуг осуществляются учреждениями здравоохранения, во-первых, вне пределов отношений с собственником; во-вторых, на основе договора с заказчиком.

Заказчиком медицинских услуг может выступать любое лицо: как их получатель и/или как плательщик за их получение – в свою пользу или в пользу других получателей (в зависимости от того, как складываются договорные отношения).

В любом случае непреложно, что:

- ♦ услуги оказываются на основании договора;
- ♦ услуги не оказываются ни на каких иных основаниях;
- ♦ в отсутствие договора нет услуги.

Плательщиком за медицинские услуги в пользу третьих лиц являются бюджет (государство или муниципальное образование) в порядке социального заказа, внебюджетный фонд ОМС или страховая медицинская организация (ОМС или ДМС), благотворительная организация, работодатель за работников, родители за ребенка и т.д.

Плата за оказанные медицинские услуги составляет доходы учреждений здравоохранения. Эти доходы и приобретенное за счет них имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждений здравоохранения и подлежат обращению на реинвестирование их деятельности (воспроизводство).

Имущественное выражение услугам придает плата за них. Имея имущественное выражение, они не относятся к имуществу учреждений здравоохранения, поступившему от собственника, будучи основой воспроизводства имущества (доходов) из обязательств (договоров).

Полученные доходы поступают в принадлежность учреждений здравоохранения, одновременно обращаясь в собственность учредителя: насколько эффективно учреждения здравоохранения воспроизводят имущество за счет оказания



Таблица 1

Выбор путей развития для системы органов управления здравоохранением и для государственного и муниципального секторов экономического оборота

Система органов управления здравоохранением	Государственный и муниципальный секторы оборота медицинских услуг (учреждения здравоохранения)
Сфера социальных ориентиров	Сфера имущественных ориентиров
Сфера административного управления	Сфера экономического оборота
Сфера потребления имущества	Сфера воспроизводства имущества

медицинских услуг, настолько увеличивается собственность Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или муниципального образования.

Тем самым возможность развития здравоохранения зависит и от того, в пользу чего будет сделан выбор – потребления или воспроизводства государственного и муниципального имущества здравоохранительного назначения. Иными словами, здравоохранение стоит перед выбором воспроизводства утрат или воспроизводства доходов.

Поскольку здравоохранение не едино по результату деятельности (не имеющему форму товара для органов управления и имеющему форму товара для учреждений здравоохранения), постольку объективно выбор (между социальной и имущественной, административной и оборотной ориентацией здравоохранения, воспроизводством расходов и воспроизводством доходов в здравоохранении) не может быть единообразным и равно пригодным для органов управления здравоохранением и для учреждений здравоохранения.

Для развития здравоохранения необходима дифференциация не по системам, а по характеру и результатам деятельности.

Чтобы выбор путей развития здравоохранения был равно пригодным как для органов управления здравоохранением, так и для учреждений здравоохранения, системообразование здравоохранения подлежит изменению.

В условиях территориально-отраслевого управления, несмотря на различия имущественной принадлежности, именно органы управления здравоохранением объединены в систему.

Учреждения же здравоохранения, как и частные медицинские организации, будучи производителями медицинских услуг, осуществляют их реализацию в едином экономическом обороте.

Конкурентный характер экономического оборота исключает возможность его объединения в систему. В экономическом обороте по имущественной принадлежности исполнителей, как и по имущественной принадлежности плательщиков за медицинские услуги, можно различать государственный, муниципальный и частный секторы.

В этом случае выбор путей развития для системы органов управления здравоохранением и для государственного и муниципального секторов экономического оборота (для учреждений здравоохранения) будет не единым, но равно пригодным для них (табл. 1).

Подобно Федеральному министерству, региональные и муниципальные органы управления здравоохранением должны иметь структуру, соответствующую их функциям.

Региональный орган управления здравоохранением осуществляет и политическую, и надзорную, и платежную функции, а муниципальный орган управления здравоохранением, не будучи наделен государственно-властными полномочиями, – только платежную. На соответствующие социально-политические цели выделяются средства оплаты медицинских услуг, распорядителем которых являются соответствующие Федеральное, региональные и муниципальные агентства. Они могут размещать в порядке социального заказа на конкурсной (договорной) основе бюджетные средства. На договорной же (но внеконкурсной) основе размещаются средства внебюджетных





фондов обязательного медицинского страхования. Получателями этих средств на условиях договоров являются равно государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации.

Систему государственных органов и органов местного самоуправления охватывает сфера административного соподчинения.

Поскольку результат деятельности государственных органов и органов местного самоуправления не имеет формы товара, в этой сфере имущество не воспроизводится, а потребляется в порядке исполнения бюджета.

Вне пределов этой сферы, наряду и наравне с частными медицинскими организациями, действуют государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Единым для них является результат деятельности, имеющий форму товара (услуги), притом услуги не имеют юридически значимых различий в зависимости от того, кто их оказывает. Все они производят и реализуют медицинские услуги, взамен получая плату за эти услуги, которая составляет их доходы и обеспечивает их рентабельность, притом что различия в личности плательщика не имеют юридического значения. Основанием оказания услуг для всех них является договор.

Не обязательно при этом учреждения здравоохранения должны сохранить свою организационно-правовую форму. Они могут быть преобразованы в организации других форм, в том числе перейти в число частных медицинских организаций. Именно это и подтверждает общность всех организаций, оказывающих медицинские услуги: они обладают взаимно конкурирующими, но обязательно присутствующими имущественными интересами, на которые влияет не их форма, а характер их деятельности.

Чтобы быть исправным кредитором, государство (муниципальное образование) производит соответствующую рыночной стоимости и обеспе-

чивающую рентабельность исполнителя оплату оказываемых им медицинских услуг.

Чтобы быть исправным должником, исполнитель (государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и частные медицинские организации) оказывает получателям (гражданам) медицинские услуги того объема, содержания и качества, которые соответствуют их оплате по условиям договора.

Способы оплаты медицинских услуг не являются определяющими ценообразование: цены на медицинские услуги складываются в обороте в зависимости от конъюнктуры (соотношения спроса и предложения).

Чем более развит и стабилен оборот медицинских услуг, тем более сбалансированы цены на них.

Для плательщика за медицинские услуги, в том числе при тарификации по договорам социального заказа или оказания услуг ОМС, определяющей является их рыночная цена, в связи с чем исполнение договоров социального заказа или оказания услуг ОМС для исполнителя становится не менее предпочтительным, чем договоров оказания «платных» услуг.

Этот вариант развития здравоохранения требует адекватности – понимания эволюции общественных отношений в сфере охраны здоровья; учета публичных, корпоративных и индивидуальных интересов в отношениях оказания медицинских услуг; приведения законодательства в соответствие с характером этих отношений; следования всеми участниками этих отношений установлениям закона, а не требованиям текущей целесообразности и т.д.

И если этот вариант развития здравоохранения не будет реализован сейчас, по мере созревания общества его реализация будет востребована позднее – с большими издержками и большими усилиями.

При сохранении существующего системообразования здравоохранения теоретически оно может двинуться по одному из трех путей:



- ♦ по пути, пригодному для органов управления здравоохранением и не пригодному для учреждений здравоохранения;
- ♦ по пути, пригодному для учреждений здравоохранения и не пригодному для органов управления здравоохранением;
- ♦ по пути, равно не пригодному как для органов управления здравоохранением, так и для учреждений здравоохранения.

Все зависит от того, какую позицию займет государство.

Очевидно, что социальная сфера вообще и здравоохранение в частности в изменившихся условиях не в состоянии функционировать так, как до их изменения. И это – не вопрос финансирования. Простое увеличение финансирования не обеспечит пропорциональное повышение функциональной способности социальной сферы.

Повышать финансирование социальной сферы не позволяет бюджет, а вкладываемые в социальную сферу средства сопровождаются не улучшением, а ухудшением ее состояния. Одновременно ветшают материально-технические ресурсы, а кадровые ресурсы не имеют адекватного материального содержания. Из-за функциональной неспособности социальной сферы в ней развивается теневой оборот, а борьба с любого рода правонарушениями в ней сопровождается не уменьшением, а увеличением этих нарушений.

В складывающихся условиях не годен сам механизм функционирования социальной сферы. По этой причине самостоятельно адаптироваться к новым условиям социальная сфера не способна.

Основной вопрос изменения функционирования социальной сферы – что составляет социальные гарантии государства: конкретные предоставления гражданам или оплата этих предоставлений. Например, реформа социальных льгот пошла по пути их замены денежным эквивалентом. Для тех же целей существуют агентства за рубежом: они выполняют посреднические функ-

ции между публичным плательщиком и исполнителями соответствующих услуг.

Несмотря на то, что начавшаяся административная реформа привела к созданию подобных агентств и в России, в целом в социальной сфере и в здравоохранении в частности намечается иной путь.

Активно внедряется термин государственных и муниципальных (бюджетных) услуг.

Предполагается, что государственные и муниципальные (бюджетные) услуги отличаются и подлежат обособлению от остальных.

Функции по оказанию государственных услуг возложены на Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию.

Тем самым юридически исполнителем государственных и муниципальных (бюджетных) услуг признается государство или муниципальное образование.

Предполагается, что соответствующие агентства в оказании государственных и муниципальных (бюджетных) услуг будут осуществлять функции распорядителей (главных распорядителей) средств казны, направляемых фактическим исполнителем этих услуг (учреждениям здравоохранения).

Однако фактические исполнители государственных и муниципальных услуг при этом, во-первых, будут лишены права самостоятельного распоряжения доходами и имуществом, приобретенным за счет доходов, это право отойдет к распорядителям (главным распорядителям) бюджетных средств (агентствам). Во-вторых, фактические исполнители государственных и муниципальных услуг будут получать от распорядителей (главных распорядителей) бюджетных средств оплату этих услуг не по их стоимости (не по рыночным ценам), а по административно установленным подушевым нормативам. В этой связи, в-третьих, оказываемые государственными и муниципальными (бюджетными) учреждениями здра-





вохранения государственные и муниципальные (бюджетные) услуги утратят свойства объектов обращения в условиях единства экономического пространства, свободного перемещения товаров, услуг и финансовых средств, поддержки конкуренции и свободы экономической деятельности, как это предусмотрено Конституцией Российской Федерации.

Иными словами, государственные и муниципальные (бюджетные) услуги лишатся товарной формы, а государственные и муниципальные (бюджетные) учреждения здравоохранения – функций хозяйствующих субъектов.

Чтобы этого не произошло, Положением о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию предусмотрено, что оно, во-первых, проводит в установленном порядке конкурсы и заключает государственные контракты на размещение заказов на поставку товаров, оказание услуг, выполнение работ, включая научно-исследовательские, опытно-конструкторские и технологические работы для государственных нужд в установленной сфере деятельности, в том числе для обеспечения нужд Агентства, то есть производит оплату соответствующих услуг, а не их оказание;

во-вторых, осуществляет в порядке и пределах, определенных федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, полномочия собственника в отношении федерального имущества, необходимого для обеспечения исполнения функций федеральных органов государственной власти в соответствующей сфере деятельности, в том числе имущества, переданного федеральным государственным унитарным предприятиям, федеральным государственным учреждениям и казенным предприятиям, подведомственным Агентству, то есть функции по управлению государственным имуществом [2, п.п.5.1–5.2].

Вместе с тем Положением о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию не раскрывается, как соотносятся его функции по оплате услуг и управлению имуществом, в чем заключаются и до каких пределов распространяются соответствующие функции, каков механизм их реализации и механизм оценки эффективности деятельности агентств и т.д., то есть какова мотивация для принятия управленческих решений и какова мера обоснования поведения должностных лиц при их исполнении.



ЛИТЕРАТУРА

1. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации//Российская газета, 26 мая 2004 г.
2. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 325 «Об утверждении Положения о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию».



А.Р.НАГИБОВИЧ,

заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга по лекарственному обеспечению

С.З.УМАРОВ,

главный провизор Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА КАК ИНСТРУМЕНТ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Обилие лекарственных препаратов на отечественном фармакологическом рынке, расширяя возможности выбора, создает вместе с тем целый ряд проблем. К их числу относится не только правильность выбора лекарственных препаратов в данной конкретной ситуации, но и ценовая оптимизация. Решению этих проблем должно способствовать использование принципов доказательства медицины. К числу организационных мер, направленных на достижение данной цели, относится использование формулярной системы. Поэтому в статье большое внимание уделяется принципам создания и функционирования формулярного комитета.

На этапе реформирования перед российскими провизорами и фармацевтами стоит важная стратегическая задача, суть которой заключается в необходимости перехода от неэффективного, социально безответственного фармацевтического рынка к эффективному обеспечению лечебного процесса лекарственными средствами (ЛС).

Для решения этой задачи необходимо выполнить целый комплекс мероприятий, включающий:

- ♦ формирование перечня лекарственных средств, гарантированно предоставляемых участ-

никам программы льготного лекарственного обеспечения;

- ♦ разработку и утверждение протоколов медицинской помощи при амбулаторном лечении;
- ♦ изменение порядка выписки рецептов и переход к выписке препаратов по международным непатентованным наименованиям;
- ♦ утверждение порядка отпуска и правил замены лекарственных средств;
- ♦ усиление контроля за выпиской ЛС и деятельностью врачей, установив ответственность и врача, и самого ЛПУ за нерациональное назначение препаратов.

© А.Р.Нагибович, С.З.Умаров, 2005 г.



Необходимость этих мер вызвана самой жизнью. В России, как в никакой другой стране мира, зарегистрировано неоправданно много воспроизведенных препаратов, что создает проблему в первую очередь для специалистов, которым весьма сложно ориентироваться в этом море ЛС. К сожалению, имеют место факты, когда западные производители ЛС лоббируют среди врачей свои препараты, финансово стимулируя их через медицинских представителей. Существующая практика регистрации лекарственных средств по торговым наименованиям в ряде случаев ведет к нерациональному расходованию финансовых средств.

В качестве примера можно привести такой факт из федеральной практики. В 2003 г. в рамках реализации Федеральной целевой программы по онкологии были предусмотрены закупки одного из эффективных онкологических препаратов, цена которого составляла 395 руб. за упаковку. А в 2004 г., когда поставщики этого препарата обрели уверенность в том, что исключить его из Программы невозможно, цена возросла до 650 долларов за упаковку.

Основным способом решения этой проблемы являются разработка и внедрение **формулярной системы лекарственного обеспечения**. Необходимость реализации такой системы, как уже было показано, диктуется несовершенством существующих механизмов использования лекарственных препаратов как провизорами, так и врачами.

Под **формуляром** понимают список лекарственных средств, носящий ограничительный характер и позволяющий использовать только те лекарства, которые включены в этот список. Этим достигается значительное сокращение номенклатуры используемых лекарств, повышается терапевтическая отдача и упрощается процесс закупок. **Формуляр** составляется после

тщательного анализа структуры заболеваемости по каждой нозологической форме, объемов потребления и стоимости курса лечения каждого заболевания. Формуляр может быть издан в виде справочника, несущего базовую информацию о применении, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, взаимодействиях с другими лекарствами и т.д. Основой для принятия решений и разработки критериев выбора препаратов являются **принципы доказательства медицины** (Evidence-Based Medicine).

Под **доказательной медициной** понимают такую тактику сбора, анализа, синтеза и применения медицинской информации, которая позволяет принимать наиболее оптимальные клинические решения.

При составлении формуляра необходимо руководствоваться следующими основными принципами:

1. Формуляр должен быть разработан для решения четко обозначенных задач. Коррекцию необходимо проводить на основании клинических и экономических, в том числе и отдаленных, результатов использования лекарственных препаратов.

2. Процесс обеспечения лекарственными препаратами должен быть максимально упрощенным.

3. Стандарты эффективности, качества и безопасности всех включенных в формуляр препаратов должны основываться на самых современных данных, неукоснительно соблюдаться и контролироваться.

Для рационализации использования лекарств необходимо осуществлять управленческие и образовательные меры.

Управленческие меры, осуществляемые органами управления здравоохранением, заключаются во включении и исключении препарата из формуляра (списка) или ограниче-



нии его применения только для определенных категорий больных, выражаются в издании приказа или распоряжения.

Образовательные меры, осуществляемые главными специалистами, подразделениями учебных заведений, выражаются в обучении медицинского персонала и больных рациональному использованию разрешенных к медицинскому применению лекарственных средств.

Формулярная система – процесс, включающий в себя отбор специалистами Формулярного комитета наиболее клинически и экономически эффективных и безопасных препаратов, разработку и распространение объективной лекарственной информации, обучение персонала ЛПУ контролю правильности использования препаратов и принятию мер предотвращения и исправления ошибок фармакотерапии. Формулярная система облегчает закупки лекарственных средств, уменьшает расходы на них и оптимизирует лекарственную терапию.

Формулярная система позволяет решить проблемы, обусловленные:

- ♦ ограничением средств для закупки лекарственных препаратов;
- ♦ постоянно увеличивающимся числом лекарств-аналогов;
- ♦ неправильным назначением и использованием лекарственных препаратов;
- ♦ наличием на рынке лекарств сомнительного качества;
- ♦ преобладанием рекламы и недостаточной распространенностью объективной информации о лекарственных препаратах;
- ♦ необходимостью закупок, хранения и доставки большого количества позиций по лекарственным препаратам;
- ♦ несовершенством процесса преемственности на этапах лечебного процесса.

Внедрение формулярной системы позволяет достичь:

- ♦ снижения уровня заболеваемости и смертности;
- ♦ снижения расходов на закупки лекарственных средств;
- ♦ сокращения сроков лечебно-диагностического процесса;
- ♦ проведения целевых программ повышения квалификации медицинского персонала;
- ♦ уменьшения объемов затрат на проведение лечебно-диагностического процесса.

Анализ отечественного и зарубежного опыта позволяет рекомендовать поэтапный подход к разработке и внедрению формулярной системы.

Этап I. Подготовка:

- ♦ создание концепции формулярной системы;
- ♦ организация Формулярного комитета.

Этап II. Разработка Формулярного списка лекарственных средств:

- ♦ анализ структуры заболеваемости;
- ♦ анализ состояния лекарственного обеспечения;
- ♦ отбор лекарственных средств для Формулярного списка;
- ♦ утверждение Формулярного списка лекарственных средств.

Этап III. Издание Формулярного справочника.

Этап IV. Обеспечение функционирования формулярной системы:

- ♦ соблюдение принципов «доказательной медицины»;
- ♦ внедрение стандартов лечебно-диагностического процесса;
- ♦ обучение персонала подведомственных ЛПУ работе по Формулярному справочнику;
- ♦ регулирование использования «неформулярных» лекарственных препаратов;





- ♦ контроль качества использования лекарственных средств;
- ♦ создание постоянно действующей образовательной системы по рациональной фармакотерапии;
- ♦ создание системы мониторинга побочных реакций;
- ♦ регулярное обновление Формулярного списка.

Следует иметь в виду, что успешность внедрения формулярной системы зависит от понимания ее целей и задач всеми медицинскими специалистами.

Для создания концепции формулярной системы необходимо иметь объективную информацию об использовании лекарств, как то:

- ♦ годовой бюджет на лекарственные закупки;
- ♦ процентное соотношение бюджета на лекарственные закупки и общего годового бюджета;
- ♦ общее количество используемых лекарственных средств;
- ♦ перечень наиболее экономически затратных лекарственных средств;
- ♦ перечень используемых лекарств однонаправленного действия и лекарств-аналогов.

Наиболее успешно формулярная система внедряется тогда, когда она становится частью концепции и плана медицинского обеспечения в целом. Руководители здравоохранения всех уровней должны принять идею использования ограниченного числа лекарственных средств и быть готовыми изменить свои привычки в их использовании. Закупки должны осуществляться только по Формулярному списку, так как известно, что расходы на лекарственное обеспечение составляют существенную часть бюджета. Современные эффективные технологии управления лекарственными закупками – определение приоритетных лекарств, расчет по-

требности, конкурсные закупки (тендеры), тщательность выбора и контроля деятельности поставщиков и производителей – позволяют существенно снизить расходную часть бюджета, улучшить качество лечебно-диагностического процесса. При правильном подходе к проблеме лекарственного обеспечения руководство получает возможность накопления средств для будущих лекарственных закупок.

Основным рабочим органом формулярной системы является Формулярный комитет, задачами которого являются разработка и внедрение лекарственного формуляра, определение объема потребности, оценка эффективности и безопасности применения, информационное обеспечение, создание образовательных программ повышения квалификации.

Формулярный комитет:

- ♦ разрабатывает критерии включения лекарственных препаратов в формуляр;
- ♦ разрабатывает перечень лекарственных средств для использования (формуляр);
- ♦ консультирует по всем вопросам использования лекарственных препаратов;
- ♦ оптимизирует лекарственную терапию путем разработки стандартов качества лечения;
- ♦ рекомендует дополнительное включение или исключение лекарственного препарата из формуляра;
- ♦ организует и планирует программы обучения медицинского персонала;
- ♦ анализирует сообщения о возникающих побочных реакциях лекарственных препаратов;
- ♦ проводит программу оценки использования лекарственной терапии;
- ♦ разрабатывает и готовит к изданию Формулярный справочник.

Решение о создании и составе внештатной структуры – Формулярного комитета принимается руководителем учреждения здравоохра-



нения, соответствующего органа управления здравоохранением и утверждается приказом.

Примерный состав Формулярного комитета:

- ♦ **председатель** – руководитель или заместитель по лечебной работе соответственно учреждения здравоохранения или органа управления здравоохранением;
- ♦ **секретарь** – заместитель руководителя по фармации, заведующий аптекой;
- ♦ **члены** – главные специалисты или заведующие отделениями и сотрудники кафедр.

Нечетное количество членов Формулярного комитета определяет возможность принятия решения голосованием. При рассмотрении спорных вопросов Комитет имеет право пригласить на заседания специалистов-экспертов с совещательным голосом.

Одним из требований формулярной системы является внесение в формуляр лекарственных средств под **международным непатентованным наименованием (МНН)**.

Каждое лекарственное средство имеет свое химическое и МНН, которое вне зависимости от компании-производителя является официальным. Торговое (фирменное) наименование дается производителем для того, чтобы потребитель мог отличить его продукцию от подобной на фармацевтическом рынке.

Использование МНН в Формулярных списках лекарств имеет следующие преимущества:

- ♦ МНН более информативно, так как отражает принадлежность препарата к определенной химической структуре и к определенному клинко-фармакологическому классу;
- ♦ использование МНН позволяет проводить замену, тогда как фирменная номенклатура обязывает отпускать только указанное в рецепте средство;
- ♦ оперирование МНН наименованиями позволяет сэкономить отпущенные денежные средства при проведении тендеров.

В Формулярном списке в качестве дополнения к МНН возможно указание **торгового наименования** препарата. Это считается обоснованным, если высокая клиническая эффективность и биоэквивалентность лекарственных препаратов разных производителей доказана международным, национальным и местным опытом, определенную роль играет «приверженность» медицинских работников к знакомым торговым наименованиям.

Узкий терапевтический индекс препарата или его оригинальность и новизна при отсутствии зарегистрированных аналогов также являются основанием для включения препарата в Формулярный список под торговым наименованием.

Еще одной обоснованной причиной включения в Формулярный список препарата под торговым наименованием является оригинальная лекарственная форма (пролонгированные или таблетки ретард, накожные, ингаляционные формы и т. д.).

Формулярный комитет избирает наиболее приемлемую для конкретной структуры здравоохранения систематизацию лекарственных средств для составления Формулярного списка.

Лекарственные препараты возможно систематизировать по следующим принципам:

- ♦ по терапевтическому применению (антиангинальные, противоопухолевые, гипотензивные, антибиотики...);
- ♦ по фармакологическому действию (антагонисты кальция, диуретики, вазодилататоры, антикоагулянты...);
- ♦ по химическому строению (сердечные гликозиды, алкалоиды, стероиды, бензодиазепины, фторхинолоны, цефалоспорины...);
- ♦ по нозологическому принципу (средства для лечения бронхиальной астмы, стенокардии, артериальной гипертензии, язвенной болезни...).





Целесообразно располагать препараты и в алфавитном порядке.

В целях повышения качества разрабатываемого формуляра Формулярный комитет анализирует:

- ♦ **Структуру заболеваемости.** Формуляр лекарственных средств должен соответствовать структуре заболеваемости для выделения приоритетных направлений по преобладающей или имеющей тенденцию к росту заболеваемости и категориям больных.

- ♦ **Информацию о лекарственных средствах.** Формулярный комитет должен объективно отбирать лекарственные средства для включения в формуляр, используя только объективную и непредвзятую информацию (рекомендации Всемирной Организации Здравоохранения или других официальных структур, а также подтвержденные результаты международных многоцентровых клинических испытаний («доказательная медицина»). Не рекомендуется пользоваться рекламными изданиями производителей лекарственных средств и различного рода неофициальными справочниками.

- ♦ **Перечень лекарственных средств, использованных в предыдущем году.** Формулярный комитет анализирует качественную и количественную структуру лекарственных средств, использованных в течение прошедшего календарного года. Предпочтительно иметь данные поквартально, что помогает получить информацию в связи с сезонными колебаниями и распланировать объемы закупок. Для проведения анализа необходимо учитывать: наименования лекарственных средств, их дозировки, лекарственные формы, закупочную и отпускную стоимость, а также объемы реализации по каждой позиции.

- ♦ **Анализ структуры заболеваемости и затрат на лекарственное обеспечение.** Анализ проводится следующим образом:

1. Расположить данные годового отчета о заболеваемости в процентном отношении к общему числу заболеваний в порядке убывания числа случаев по каждому классу заболеваний и внутри каждого класса по нозологическим формам. Не следует брать в расчет заболевания, не требующие лекарственной терапии.

2. Проанализировать данные об объемах экономических затрат на покрытие лекарственного обеспечения по классам и по каждой нозологической форме. Для систематизации и выделения объемов приоритетных затрат использовать ABC-и VEN-анализы.

- ♦ **ABC-и VEN-анализы.**

ABC-анализ – метод распределения лекарственных средств по трем группам в соответствии с их годовым потреблением.

Класс А: 10–20% препаратов, на которые расходуется 50–60% объема финансирования.

Класс В: средний уровень потребления (20–30% объема финансирования).

Класс С: большинство препаратов с низкой частотой использования, на которые в сумме расходуются не более 10–20 % объема финансирования.

ABC-анализ позволяет получить точную объективную картину расходования средств лекарственного бюджета.

VEN-анализ проводится параллельно с ABC-анализом и строится по принципу деления лекарственных препаратов на жизненно важные (Vital), необходимые (Essential) и второстепенные (Nonessential).

Использование обеих методик предоставляет данные об избыточном или недостаточном использовании лекарственных средств и позволяет принять объективное решение о включении или исключении того или иного лекарственного препарата из формуляра.



Анализ классов лекарственных препаратов проводится на основании выбранной Формулярным комитетом и утвержденной приказом систематизации.

Основаниями для включения лекарственного препарата в формуляр являются точные ответы на следующие вопросы:

- ♦ Существует ли обоснованная потребность в данном препарате?
- ♦ Удовлетворена ли эта потребность другим препаратом, уже находящимся в списке?
- ♦ Может ли эта потребность быть удовлетворена с помощью других средств, уже включенных в формуляр?
- ♦ Имеется ли национальный и местный опыт применения данного препарата?
- ♦ Оправдывает ли применение данного препарата расходы на его закупку и затраты, связанные с его применением?
- ♦ Будет ли данный препарат назначаться в стационаре и/или в амбулаторно-поликлинических условиях?

Анализ экономических аспектов лекарственной терапии включает в себя выявление, расчет и сравнение всех затрат и последствий применения (позитивных и негативных) лекарственных средств.

Так как закупочная стоимость лекарственного препарата является лишь частью стоимости лечения, решение о включении препарата в формуляр должно приниматься только после оценки суммарных затрат.

Примеры различных видов расходов:

- ♦ стоимость лекарственного препарата на полный курс терапии;
- ♦ затраты на применение препарата, включающие стоимость сопутствующих материалов, растворов для в/в вливания, шприцев и т.д.;
- ♦ затраты на оплату труда медицинского персонала;

♦ затраты на параклинические исследования для определения эффективности лечения;

♦ затраты на хранение на всех этапах движения препарата;

♦ влияние адекватного амбулаторного лечения на частоту госпитализаций и продолжительность пребывания в стационаре.

Целью формулярной системы должно быть не просто сокращение затрат на закупку препаратов, но сокращение объемов совокупных затрат, необходимых для лечения определенных заболеваний.

Мировой опыт показывает, что в ряде ситуаций намного выгоднее применять более дорогостоящие лекарственные препараты при условии, что это сократит использование параллельных лекарств, снизит частоту возникновения побочных эффектов, затраты на оплату медицинского персонала, продолжительность пребывания в стационаре, частоту случаев повторных госпитализаций.

Дешевизна, с экономической точки зрения, лекарственного средства иногда принимается за приоритет при принятии решения о включении его в формуляр, чем часто руководствуются страховые компании или другие финансирующие организации. Однако такое очевидное преимущество на практике нередко оборачивается потерями в качестве лечения. Старые и более дешевые препараты зачастую имеют низкую эффективность и безопасность, их необходимо принимать несколько раз в день, при длительном и многолетнем применении у одного больного к ним развивается резистентность.

Экономичность лечебного процесса достигается рациональным использованием высокоэффективных препаратов при исключении применения препаратов малоэффективных и небезопасных.





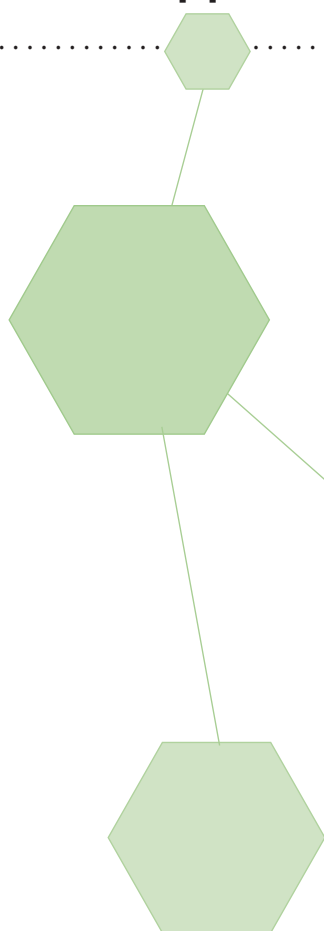
В.П.САЖИН,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии и общеврачебной подготовки с курсом эндохирургии ФПДО Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, главный врач МУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»

Е.В.ДЕНИСЕНКО,

заместитель главного врача по поликлинической работе МУЗ «Новомосковская городская клиническая больница», г.Новомосковск

РОЛЬ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА



Возможные варианты реформирования амбулаторно-поликлинической сети здравоохранения показаны на примере организации амбулаторно-поликлинической службы г.Новомосковска Тульской области с населением 140 000 человек и развитой химической промышленностью. Основными принципами организации первичной медицинской помощи взрослому населению были избраны максимальная доступность квалифицированной медицинской помощи, обеспечение этапности и преемственности лечения, полное проведение лечебно-диагностических мероприятий.

Для различных этапов реформирования были определены основные задачи по организации оказания медицинской помощи населению: формирование врача общей практики (ВОП) с новым принципом мышления, ориентированным на здоровье пациента и его семьи в целом; создание материально-технической базы для работы ВОП с максимальной доступностью для населения; оптимизация использования ресурсов здравоохранения путем перераспределения части узкоспециализированной помощи на врачей общей практики (развитие стационарозамещающих технологий, уменьшение числа необоснованных консультаций, госпитализаций); организация специализированных поликлинических отделений (лечебно-консультативного, отделения медицинской помощи на дому).

© В.П.Сажин, Е.В.Денисенко, 2005 г.



Рис. 1. Структура медицинских учреждений здравоохранения промышленного города по оказанию медицинской помощи взрослому населению до реформирования

При осуществлении перехода к общеврачебной практике в г.Новомосковске перед руководителями здравоохранения была поставлена задача реорганизации системы первичной медико-санитарной помощи (ПСМП) без коренной ломки действующей сети лечебно-профилактических учреждений. К началу реформирования медицинская помощь взрослому населению (112 000 человек) в г.Новомосковске оказывалась несколькими лечебными учреждениями: 3 стационарами и 4 поликлиниками (рис. 1). Для внедрения единой системы общеврачебной практики в течение 1991–1997 гг. (рис. 2), все поликлиники города и один крупный стационар были объединены под единым административным руководством и единым



Рис. 2. Структура организации общей врачебной практики в 2003г. в МУЗ «Новомосковская городская клиническая больница»

ПРИМЕЧАНИЕ: поликлиники 1–4, кроме отделений ВОП, имеют специалистов других профилей, поликлиники 5–7 имеют только ВОП, поликлиника 1 несет функцию консультативной и центра диагностики для всех других поликлиник и имеет отделение восстановительного лечения для 3 и 4 этапов (постстационарное лечение) реабилитации больных всех профилей (кардиологических, неврологических, травматологических), поликлиника 2 имеет отделение медицинской помощи на дому для всех поликлиник и центр амбулаторной хирургии, поликлиника 4 занимается выездной работой на селе по системе ВОП. Все поликлиники имеют дневные общетерапевтические стационары и ДС по специальностям (неврологический, офтальмологический и т.д.), стационары на дому.





названием «Новомосковская городская больница», ставшая в последующем клинической.

Организацию работы общей врачебной практики осуществляли поэтапно по мере подготовки медицинских кадров, материально-технической базы и решения промежуточных задач.

Медицинскую помощь по принципу врача общей практики начали оказывать с 1992 г. 5 врачей. В последующем трудности с подготовкой кадров врачей и медсестер общей практики были преодолены благодаря открытию в 1993г. на базе больницы кафедры хирургии и общей врачебной подготовки с курсом эндохирургии факультета последипломного образования Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова.

Независимо от квалификации участкового врача-терапевта переучивание на врача общей практики требует значительных усилий и преподавателя, и организатора здравоохранения, и врача-терапевта. Главным условием учебы ВОП должна быть непрерывность.

При проведении обучения ориентировались на унифицированную программу подготовки врача общей практики (семейного врача), разработанную под руководством И.Н.Денисова. Принципиально важными положениями программы следует признать последовательную расстановку акцентов на этапности и объемах обучения. Во-первых, из врача общей практики не следует делать специалиста по глазным или ЛОР-болезням, но нужно научить его оказывать первичную медико-санитарную помощь по многим смежным специальностям в ограниченном объеме. Следует к этому добавить необходимость постоянного совершенствования по результату, достигнутому ранее, и в теории, и особенно в практике. Во-вторых, будущий врач общей практики должен понять, что его образование будет продолжаться в течение

всей профессиональной жизни, причем это же необходимо понять и организаторам здравоохранения.

К 2003г. все участковые врачи города поэтапно прошли первичную специализацию по общей врачебной подготовке с получением сертификата. В ходе обучения врачи получили качественную подготовку по специализированным тематикам. К этому же времени были подготовлены медсестры общей практики.

Одновременно с подготовкой кадров шла работа по укреплению и созданию материально-технической базы для врачей общей практики. В поликлиниках города для эффективной организации общей врачебной практики созданы манипуляционные кабинеты. Врачи и медсестры общей практики в этих кабинетах осуществляют диагностические и лечебные процедуры, включая ЭКГ, измерение внутриглазного давления, исследование зрения и слуха, обработку ран, извлечение серных пробок и другое. В отдаленных районах города открыты 3 микрополиклиники, работающие по модели групповой общеврачебной практики, 2 офиса врачей общей практики, работающих по модели индивидуальной практики. К моменту окончания ремонта поликлиник и подготовки базы для оказания медицинской помощи все врачи оснащены наборами врачей общей практики.

Подготовка кадрового состава и материально-технической базы позволила в 2003 году полностью организовать первичную медико-санитарную помощь на качественно новом уровне по принципу общей врачебной практики.

Анализ эффективности работы участкового врача при оказании медицинской помощи на дому привел к необходимости перераспределения времени его работы на приеме и на участке (на дому). Ранее традиционно на прием участковому врачу выделялось 3ч.20мин.



его рабочего времени. Увеличив время приема до 5 часов за счет уменьшения времени передвижения врача по участку, был выявлен резерв для увеличения времени приема в поликлиниках всех нуждающихся. Благодаря изменению режима работы в 2002г., количество посещений на приеме увеличилось на 14% и составило 91% от общего числа посещений поликлиники. Наряду с организационной работой руководители поликлиник и отделений общеврачебных практик приняли на себя работу с населением на участках общеврачебных практик. Проводимая работа дала свои результаты – укомплектованность кадрами врачей общей практики в некоторых районах достигла 83,4%, что свидетельствует о престижности новой специальности и стремлении участковых терапевтов обрести новый, более высокий профессиональный статус. Благодаря помощи врачей общей практики, удается влиять на снижение частоты гипертонических кризов, инсультов, своевременно выявлять хирургические заболевания по визуальным и анамnestическим признакам, корректировать зрение и слух больных, лечить многие другие болезни.

Эффективную помощь врачам общей практики на участке оказывает отделение медицинской помощи на дому, которое располагает необходимым санитарным транспортом, оснащением и дежурной службой. Сотрудниками этого отделения являются и штатные врачи общей практики, и врачи-совместители, но фельдшерская и сестринская службы остаются постоянным составом. Им вменяется в обязанность обслуживание вызовов на дому при неотложных состояниях, связанных с высокой температурой, подъемом артериального давления, выраженным болевым синдромом в позвоночнике и суставах, а также оказание медицинской помощи онкологическим больным. Накопленный опыт свидетельствует, что отделение медицин-

ской помощи на дому является важной структурной единицей в организации медицинской помощи на амбулаторном этапе. Благодаря этому отделению удается реализовать ряд важных организационных направлений: увеличить объем оказания неотложной помощи больным в короткие сроки после вызова; организовать паллиативную помощь онкологическим больным в терминальной стадии заболевания; широко использовать на дому методы функциональной диагностики острой коронарной патологии; снизить нагрузку на дому врачей общей практики, освободив их для работы на поликлиническом приеме.

Важным событием в организации амбулаторно-поликлинической службы стала специализация одной из поликлиник и создание на ее базе консультативного приема ведущих специалистов ЛПУ. На консультативных приемах ведущие специалисты стационара и заведующие отделениями больницы проводят отбор больных на плановую госпитализацию в стационарные отделения, корректируют лечение, проводимое врачами общей практики, или проводят самостоятельные специализированные приемы по желанию больных.

Развитию общей врачебной практики сопутствует расширение стационарозамещающей помощи. Благодаря этому в поликлиниках успешно функционирует дневной стационар на 70 коек, первые 3 койки которого были открыты в 1987 году. С 1989 года начал действовать стационар на дому. В 2003 году в дневном стационаре получили квалифицированное лечение 7896 больных (из них врачами общей практики пролечено 38,3%), в стационаре на дому – 3477 (32,0 на 1000 нас.) больных (из них врачами общей практики пролечено 95%). Использование стационарозамещающих технологий в поликлинике обеспечило возможность непрерывного лечения «своих» больных,





постоянно проживающих на прикрепленных участках, приблизило объемы помощи к месту жительства больного. Благодаря этому стал более рационально использоваться коечный фонд больницы, что позволило динамично маневрировать дорогостоящими стационарными койками, особенно специализированного профиля.

Важнейшим направлением деятельности врача общей практики является профилактическое. Для семейного врача общепринятое понятие диспансеризации во многом является условным, так как диспансерным для него является все прикрепленное население. В настоящее время на каждом участке действуют медицинские паспорта территории обслуживания, в которых отражены не только паспортные данные, социальный статус, ежемесячный учет заболеваемости, но и данные профилактической работы: даты последней профилактической прививки, флюорографического обследования, посещения мужского и женского смотровых кабинетов. Опираясь на эти сведения, врач общей практики имеет возможность адекватно планировать профилактическую работу и рационально использовать свое рабочее время.

Пациенты, не обращавшиеся за медицинской помощью более 2-х лет, активно приглашаются на прием, где проводится их первичное скрининговое обследование.

Реализация концепции развития здравоохранения и государственной программы «Общая врачебная (семейная) практика», поиск новых форм и методов работы позволили более эффективно и экономно использовать имеющиеся ресурсы, увеличить объем и повысить качество медицинских услуг в сфере первичной медико-санитарной помощи по сравнению с участковыми врачами.

Проведенный анализ наглядно показывает эффективность работы врача общей практики:

за 10 лет количество посещений к ВОП увеличилось в 11 раз (с 25 618 до 282 867), причем количество посещений на приеме достигло 91% от общего количества посещений. Количество посещений «непрофильных» больных к врачам общей практики увеличилось на 38%, соответственно снизилась частота посещаемости к узким специалистам: ЛОР-врачам на 41%, хирургам на 16%, окулистам на 21%. Врач общей практики стал выступать в новой качественной роли, беря на себя лечение части «непрофильных» больных, которыми ранее занимались только врачи-специалисты. Сравнительный анализ работы участковых врачей и врачей общей практики в 2001–2002 гг. показал, что удельный вес пациентов, закончивших лечение у врача общей практики, составил 78,7% от числа обратившихся против 35,4% закончивших лечение у участкового врача.

При анализе качества оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией (АГ) за 2000–2003 гг. установлено: увеличение выявляемости больных АГ на 47% (с 3,2 до 4,7 на 1000 населения). Среди наблюдаемых больных АГ отмечено уменьшение частоты госпитализаций в 2,4 раза (с 9 до 3,8%), уменьшение доли гипертонических кризов в 2 раза (с 11 до 5,7%), уменьшение в 2,6 раза частоты развития инсультов (с 4 до 1,5%) и в 10,7 раза частоты развития инфаркта миокарда (с 7,5 до 0,7%).

Практически по всем оценочным критериям врачи общей практики превосходят участковых терапевтов, что доказывает несомненную актуальность и полезность этого направления работы.

Таким образом, проводимое реформирование амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения раскрывает новые перспективы в лечении амбулаторных больных.



В.В.КРАВЧЕНКО,

финансовый аналитик группы компаний «Высокие медицинские технологии»

СИСТЕМА ФИНАНСОВОГО АНАЛИЗА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ОТ РЕДАКЦИИ:

В силу специфики организационно-правовой формы бюджетных учреждений при осуществлении экономического анализа неприменим целый ряд традиционных подходов к финансовому анализу, используемых при анализе деятельности коммерческих организаций. Это вызывает необходимость поисков путей адаптации методов финансового анализа к специфике бюджетных учреждений. В публикуемой статье как раз и описан подобный опыт.

В последние годы в лечебных учреждениях происходит активное развитие внебюджетной деятельности, подразумевающей прежде всего оказание платных медицинских услуг населению (в том числе в рамках ДМС).

В этих условиях важнейшими факторами развития ЛПУ (в числе которых обеспечение достойной зарплаты персоналу, достойный уровень сервиса, наличие современного оборудования и пр.) являются технологии немедицинского характера, присущие коммерческим предприятиям, ведущим конкурентную борьбу. Данные технологии, как правило, внедряются с большим опозданием, что существенно сдерживает развитие лечебных учреждений.

Исходя из опыта работы группы компаний «Высокие медицинские технологии», можно выделить четыре подобных составляющих:

- ♦ **организационная** (организация приема пациентов, создание для них комфортной доброжелательной обстановки, обеспечение необходимой информацией, предоставление сервисных услуг и прочее);
- ♦ **юридическая** (надлежащее оформление внебюджетных отношений ЛПУ и пациента, либо ЛПУ и страховой компании, защита интересов лечебного учреждения, предупреждение конфликтных ситуаций);
- ♦ **маркетинговая** (продвижение медицинских услуг с помощью рекламных акций и установления отношений с прочими ЛПУ и врачами);
- ♦ **финансовая** (проведение финансового анализа, создание оптимальной схемы распределения внебюджетных средств, рациональное ценообразование медицинских услуг, мотивационные расчетные схемы для персонала и многое другое).



© В.В.Кравченко, 2005 г.



В данной статье речь пойдет о последней – финансовой составляющей, значение которой трудно переоценить, так как адекватное представление руководителя лечебного учреждения о состоянии ресурсов, которые находятся в его распоряжении, и эффективности финансовых результатов дает ему неоспоримые преимущества перед другими ЛПУ. Появляется возможность «зряче», заранее планируя эффект от принятия тех или иных решений, управлять экономической ситуацией в учреждении. В то же время подавляющее большинство ЛПУ руководствуется экономическими принципами, нормами и инструкциями, пришедшими к нам еще с советских времен. И если для учета и анализа бюджетных потоков этого может быть достаточно, то внебюджетная деятельность требует более «продвинутого» анализа с применением современных финансовых технологий, свойственных любому коммерческому предприятию.

Цель финансового анализа заключается в определении того, какими ресурсами владеет организация, какова структура источников их образования и как соотносятся между собой доходы и расходы, каков потенциал всей этой финансовой структуры. Мы получаем реальное представление о том, «что у нас есть» и «что мы можем получить». Финансовый анализ для руководителя любой организации является очень важным подспорьем в работе, так как существующая система бухгалтерского учета, особенно для бюджетных учреждений, порой совершенно не отражает реальное положение дел.

С помощью финансового анализа мы перерабатываем данные бухгалтерского учета, дополняем их специфической финансовой и отраслевой (в данном случае медицинской) информацией и получаем адекватную экономическую модель организации, с помощью которой можно ответить на следующие вопросы:

- ♦ Эффективно ли работает учреждение?

- ♦ Какую реальную прибыль или убыток оно имеет?

- ♦ Что произойдет с организацией, например, через 3 года при существующем положении дел?

- ♦ В чем слабые места этого учреждения и что нужно изменить для его успешной работы?

- ♦ Имеет ли смысл его реорганизация?

- ♦ Есть ли у организации подразделения, которые необходимо ликвидировать или реорганизовать?

Далее рассмотрим систему финансового анализа для лечебных учреждений на примере одного из крупных лечебных учреждений федерального подчинения г.Новосибирска.

Анализ финансового состояния

1. Преобразование данных бухгалтерского учета

Основным источником информации при анализе финансового состояния выступает бухгалтерский баланс или баланс исполнения сметы доходов и расходов. Но его оригинальный вид не дает возможности для проведения полноценного анализа. Необходимо, чтобы структура баланса была проще, меньше объемом и отражала реальную экономическую ситуацию. Для этого бухгалтерский баланс преобразуется в аналитический вид и анализируется его структура и динамика (табл. 1 и 2).

Смысл указанных преобразований заключается в сведении бухгалтерского баланса к аналитической форме, а именно:

- ♦ уменьшение балансовой стоимости основных средств на величину начисленного износа;
- ♦ включение в число внеоборотных активов малоценных предметов и низколиквидных материалов;
- ♦ исключение из состава дебиторской и кредиторской задолженности невозвратной и неликвидной доли;



Аналитический баланс (структура)

Наименование	Сумма (руб.)	Удельный вес (%)
АКТИВЫ		
Основные фонды (первоначальная стоимость)	28 805 165	-
Износ основных средств	5 986 788	-
Основные фонды (остаточная стоимость)	22 818 377	72
МБП	1 900 467	6
Итого внеоборотные активы	24 718 844	78
Запасы	606 661	2
Дебиторская задолженность	2 875 468	9
Денежные средства	3 422 293	11
ИТОГО оборотные активы	6 904 422	22
ВСЕГО активов	31 623 266	100
ПАССИВЫ		
Собственный капитал	29 115 612	92
Кредиторская задолженность	2 507 654	8
ВСЕГО пассивов	31 623 266	100
Чистые активы	29 115 612	-
Чистые оборотные активы	4 396 768	-

Таблица 1

♦ уменьшение стоимости активов на величину части VII актива «Расходы» как статей, не имеющих собственной рыночной стоимости, и прочее.

Грубо говоря, мы «очищаем» баланс от ненужных данных и приводим к простому виду, который позволил бы оценить, сколько у нас недвижимости, материалов, дебиторской задолженности, денег и за счет каких источников они образовались – своих или заемных.

2. Анализ аналитического баланса

Теперь, имея только аналитический баланс, без расчета специальных финансовых коэффициентов уже можно сделать ряд важных выводов, а именно:

♦ 78% балансовой стоимости ресурсов сосредоточено в основных фондах – стоимости здания и оборудования (учитывая, что последняя переоценка осуществлялась в 1994 году, рыночная, реальная стоимость недвижимого имущества гораздо выше);

♦ удельный вес стоимости запасов относительно мал, а значение стоимости запасов неуклонно уменьшается;

♦ среди оборотных средств преобладают денежные средства и дебиторская задолженность;

♦ доля заемных средств в общей структуре пассивов составляет всего 8%;



Аналитический баланс (динамика)

Наименование	01.07.02	01.01.03	01.07.03	01.01.04
АКТИВЫ (руб.)				
Основные фонды	22 369 242	21 500 918	21 620 496	22 818 377
Темп прироста	-	-4%	1%	6%
МБП	1 561 923	2 515 107	1 721 007	1 900 467
Темп прироста	-	61%	-32%	10%
Запасы	3 996 321	2 470 232	1 282 875	606 661
Темп прироста	-	-38%	-48%	-53%
Дебиторская задолженность	1 537 775	1 560 787	1 165 054	2 875 468
Темп прироста	-	1%	-25%	147%
Денежные средства	3 229 460	1 257 839	2 420 223	3 422 293
Темп прироста	-	-61%	92%	41%
ВСЕГО активов	32 694 721	29 304 883	28 209 655	31 623 266
Темп прироста	-	-10%	-4%	12%
ПАССИВЫ (руб.)				
Собственный капитал	31 245 204	28 144 851	27 320 765	29 115 612
Темп прироста	-	-10%	-3%	7%
Кредитовая задолженность	1 449 517	1 160 032	888 890	2 507 654
Темп прироста	-	-20%	-23%	182%
ВСЕГО пассивов	32 694 721	29 304 883	28 209 655	31 623 266
Темп прироста	-	-10%	-4%	12%
Чистые активы	31 245 204	28 144 851	27 320 765	29 115 612
Чистые оборотные активы	7 314 039	4 128 826	3 979 262	4 396 768
Темп прироста	-	-44%	-4%	10%

Таблица 2



- ♦ стоимость основных фондов со временем незначительно увеличивается;
- ♦ уровень стоимости МБП имеет тенденцию к увеличению в среднем на 10%;
- ♦ уровень денежных средств на счетах также имел тенденцию к увеличению;
- ♦ сумма кредиторской задолженности во 2-ом полугодии 2003 года резко увеличилась на 182%.

3. Анализ показателей ликвидности и финансовой устойчивости

Основополагающим фактором для серьезного финансового анализа является использование понятия чистых активов и чистых оборотных активов.

Примечание:

Чистые активы =

Активы – Обязательства;

Чистые оборотные активы =

Оборотные средства –

Краткосрочные обязательства.

Величина чистых активов увеличилась в 2003 году на 1 млн.руб., а величина чистых оборотных активов осталась практически неизменной.

Чистые активы (тыс. руб.):

01.01.03	01.07.03	01.01.04
28 145	27 321	29 116

Темп прироста чистых активов:

01.01.03	01.07.03	01.01.04
-10%	-3%	6,5%

Величина чистых активов в течение 2003 года увеличилась на 1 млн. руб. за счет приобретения оборудования в рамках федерального финансирования. Необходимо, однако, отметить, что для строгого расчета чистых активов необходимо начислять износ основных фондов поквартально и выработать реальные амортизационные нормы (или нормы износа), которые позволили бы поддерживать фонды в приемлемом состоянии. В настоящее время годовая норма амортизации составляет около 6%. Величина чистых активов очень важна при определении стоимости организации

при приватизации и рыночной оценке ее ресурсов.

Чистые оборотные активы (тыс. руб.):

01.01.03	01.07.03	01.01.04
4128	3979	4396

Темп прироста чистых оборотных активов:

01.01.03	01.07.03	01.01.04
-44%	4%	10%

Величина чистых оборотных активов более важна для оценки текущей деятельности учреждения, определения ее бюджетного дефицита. От уровня этой величины зависит способность предприятия эффективно работать и решать оперативные финансовые вопросы. В течение 2003 года уровень чистых оборотных активов в ИКИ практически не изменился, этот факт сыграет важнейшую роль в дальнейшем, при определении совокупного уровня расходов в процессе ценообразования. Говорит это о том, что в 2003 году было достаточно оборотных средств для поддержания работы и обеспечения насущных потребностей. Объем прихода оборотных ресурсов был примерно равен объему его расхода, оборотные средства «не проедались», их величина (4,3 млн.руб.) достаточна для нескольких месяцев деятельности на условиях самофинансирования (табл. 3–5).

Анализ коэффициентов ликвидности является одним из важнейших элементов финансового учета и определяет, насколько способна организация оперативно выполнять свои финансовые обязательства, насколько эффективно выстроена структура оборотных активов. Коэффициент текущей ликвидности является основным показателем, по значению которого определяют риск банкротства.

Анализ коэффициентов ликвидности позволяет сделать вывод, что оборотных ресурсов достаточно для покрытия обязательств организации и на ближайшее время не существует круп-



ных рисков неплатежеспособности или невыполнения текущих обязательств. Более того, ЛПУ может позволить себе даже несколько увеличить сумму кредиторской задолженности. Сумма средств на счетах, с финансовой точки зрения, чрезмерна, в таких случаях рекомендуют не держать излишки средств на счетах, однако схема бюджетного финансирования такова, что данная ситуация неизбежна.

Значения коэффициентов структуры актива также свидетельствуют об определенном запасе устойчивости, который имеет ЛПУ, что может позволить несколько месяцев «выживать», даже лишившись федерального финансирования. В то же время в течение 2002–2003 годов появилась тенденция к оптимизации показателей ликвидности и структуры капитала в плане уменьшения неиспользуемых или замороженных в материалах или деньгах средств.

Коэффициенты структуры пассива свидетельствуют об устойчивом финансовом положении, которое может позволить при определенных условиях существенно увеличить сумму кредиторской задолженности.

4. Анализ внеоборотных активов

В табл. 6 представлены основные коэффициенты, характеризующие структуру внеоборотных активов.

Таблица 3

Показатели ликвидности

Наименование	01.01.03	01.07.03	01.01.04	Норма
Текущая ликвидность	3,57	6,05	2,75	1,2–1,7
Срочная ликвидность	2,7	3,29	2,51	0,8–1,3
Абсолютная ликвидность	1,55	2,23	1,36	0,01–0,3

Примечание:

Коэффициент текущей ликвидности =

Оборотные средства/Краткосрочные обязательства;

Коэффициент срочной ликвидности =

(Дебиторская задолженность + Деньги)/Краткосрочные обязательства;

Коэффициент абсолютной ликвидности =

Деньги/Краткосрочные обязательства.

Таблица 4

Коэффициенты структуры актива

Наименование	01.01.03	01.07.03	01.01.04
Обеспеченность текущих активов	0,72	0,83	0,64
Обеспеченность запасов	2,97	1,83	7,25

Примечание:

Коэффициент обеспеченности текущих активов =

Чистые оборотные средства/Оборотные средства;

Коэффициент обеспеченности запасов =

Чистые оборотные активы/Запасы.

Таблица 5

Коэффициенты структуры пассива

Наименование	01.01.03	01.07.03	01.01.04
Автономия	0,95	0,96	0,92
Финансовая независимость	0,05	0,05	0,09

Таблица 6

Показатели структуры внеоборотных активов

Наименование	01.01.01	01.01.02	01.10.02
Удельный вес внеоборотных активов	82%	73%	78%
Индекс постоянного актива	0,87	0,77	0,85
Коэффициент износа	20%	15%	21%

Примечание:

Индекс постоянного актива =

Внеоборотные активы/Собственный капитал.

Коэффициент износа основных фондов находится на приемлемом уровне и свидетельствует о высоком потенциале имеющегося на сегодняшний





день оборудования. Индекс постоянного актива характеризует обеспеченность внеоборотных активов предприятия собственным капиталом. Такая ситуация свидетельствует об устойчивом финансовом положении в краткосрочном периоде. Доля внеоборотных активов составляет 85% от стоимости всех ресурсов, что делает вопросы управления основными фондами ключевыми. В частности, важнейшим является вопрос эффективности работы оборудования.

Детальный анализ основных фондов с использованием расшифровок указывает на значительный удельный вес машин и оборудования, то есть активной части основных фондов, которая непосредственно принимает участие в создании медицинской услуги. Если судить по балансовой стоимости, то доля такого оборудования – 65%.

Так как последняя переоценка производилась в ЛПУ в 1994 году, можно примерно скорректировать стоимость зданий с учетом инфляции с 1994 до 2003 года. Получим, что реальная стоимость основных фондов гораздо выше, чем это показано в бухгалтерской отчетности, и составляет как минимум **44 млн. руб.** Исходя из вышесказанного, положим, что реальный срок службы для зданий равен 30 лет, а для оборудования – 6 лет, получим, что амортизационная норма составит 7,6%, что соответствует 3,4 млн. руб. ежегодных или 275 тыс. руб. ежемесячных вложений в обновление основных фондов.

Несмотря на все бухгалтерские инструкции и рекомендации, нам необходимо самим определять, какое реальное количество средств мы должны вкладывать в поддержание нашей материальной базы. Амортизация должна являться одним из основных факторов при формировании стоимости продукции в таких фондоемких производствах, как оказание медицинских услуг. Согласно расчетам, приведенным выше, в анализируемое лечебное учреждение необходимо вкладывать ежемесячно порядка 275 тыс. руб. на

покупку нового оборудования и капитальный ремонт всех основных средств. Данный вывод является важнейшим при формировании в ЛПУ эффективной системы ценообразования.

Выводы

В результате анализа финансового состояния ЛПУ можно отметить:

«Плюсы»:

1. Некоторое улучшение в рассматриваемый период основных показателей финансового состояния Клиники, существование достаточно рациональной структуры активов и пассивов, существование финансовой устойчивости в краткосрочном и, возможно, среднесрочном периодах.
2. Потенциальная способность ЛПУ к долгосрочным заимствованиям и инвестиционным программам.
3. Невысокое значение коэффициента износа (20%), наличие большого числа «активного» оборудования, способного приносить отдачу.
4. Существование приличного резерва оборотных средств (в виде чистых оборотных активов), что говорит о некотором запасе прочности Клиники, что даст возможность выжить Клинике в течение 2–3 месяца в условиях жесткого бюджетного дефицита.

«Минусы»:

1. Отсутствие должного финансового учета для получения агрегированных экономических показателей, отражающих реальное состояние учреждения.
2. Примерная стоимость обновления основных фондов для Клиники должна составлять 275 тыс. руб. ежемесячно, что не осуществлялось в необходимых размерах за последнее время.
3. Существование большого риска быстрого устаревания основных фондов и, как следствие, потеря конкурентоспособности.
4. Значительное увеличение (на 84%) суммы дебиторской задолженности.



А.М.ВЕТИТНЕВ,

д.м.н., профессор Сочинского государственного университета туризма и курортного дела, начальник санатория «Победа» ФТС России, г.Сочи

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ МАРКЕТИНГА САНАТОРНО-КУРОРТНЫХ УСЛУГ

Первые работы, посвященные маркетингу санаторно-курортных услуг, появились в начале 90-х годов (А.А.Сарян, 1994; Г.М.Романова и соавт., 1995). Либерализация экономики в середине 90-х годов вызвала в санаторно-курортной отрасли разрушение вертикальных командных связей, децентрализацию сбыта рекреационных услуг, ликвидацию дотационного механизма ценообразования и сформировала рынок санаторно-курортных путевок, что сделало востребованным применение в управлении здрав-

ницами соответствующих рыночных концепций, одной из которых является концепция маркетинга. Поэтому, начиная с 1997 года, интенсивность исследований в сфере курортного маркетинга резко возросла и к настоящему времени насчитывается более 100 диссертационных работ по данному вопросу, выполненных специалистами разных отраслей (медиками, экономистами, социологами, психологами, географами).

Эти работы можно сгруппировать по восьми основным направлениям (рис.1). Наибольшее



Рис.1. Основные направления научных исследований в сфере санаторно-курортного маркетинга



© А.М.Ветитнев, 2005 г.



число работ было выполнено по проблемам рынка санаторно-курортных услуг и его регулированию на государственном (Боков М.А., 2001; Ветитнев А.М., 2002; Голубчикова Н.А., 2004; Каракозов О.В., 2003; Криворучко Л.В. и соавт., 1997, 2000; Огурцов А.Н., 2000; Островерхов А.В., 1996; Разумов А.Н. и соавт., 1997–2004; Яковенко Г.В. и соавт., 2000) и региональном уровнях (Амбарцумян С.Ю., 2003; Берлин С.И., 1998; Быкова О.Н., 2003; Варвашян А.О., 2003; Винюхин А.Ю., 2003; Гордышев И.А., 2001; Демченко В.А., 2004; Джанджугазова Е.А., 2000; Другова М.Ю., 1997; Картунов А.П., 2001; Семеняк Н.Г., 1999; Шарафутдинов В.Н., 2000). Следует отметить, что большинство этих работ не были посвящены специально маркетингу, а рассматривали главным образом проблемы управления отраслью. Тем не менее, хотелось бы отметить монографии Г.А.Карповой с соавторами по анализу курортного рынка, диссертации С.И.Ручки по рынку курортных услуг Московского региона и В.Н.Брыкалова по методологии исследования спроса и предложения на санаторные услуги. Большое практическое значение имеет работа, выполненная в Казани под руководством Н.В.Калмыковой по маркетинговому обеспечению республиканской ЦКП развития восстановительной медицины.

По организации маркетинговых исследований следует отметить работы А.Дуровича и Л.Анастасовой, профессора Л.В.Криворучко, М.А.Боква, В.К.Скрыпкина. Специально методологии маркетинговых исследований была посвящена диссертация С.А.Чудиновских.

Теоретические аспекты формирования курортного продукта нашли отражение в исследованиях А.М.Ветитнева («Концепция мультиатрибутивного санаторного продукта»), Г.М.Романовой («Доминантные и рецессивные услуги»), а также в практических подходах, разрабатываемых под руководством С.П.Шпилько (Проект «Санкуртур»).

Значительное число работ было посвящено разработке проблем конкурентоспособности и качества санаторно-курортных услуг. В этом плане хотелось бы отметить единственную монографию по оценке конкурентоспособности здравниц с позиций удовлетворенности потребителей А.М.Ветитнева с соавторами (1999), а также диссертации Н.С.Матющенко, В.Н.Бондаренко и С.Г.Стремоусова. Проблемам качества курортных услуг посвящены работы В.В.Журавлева, Е.М.Иванова, Н.В.Клеповой, А.Н.Жукова.

В нескольких работах рассматривались вопросы ценообразования на санаторные путевки. Прямо эта проблема анализируется в диссертации Т.Н.Валько. Работа В.И.Лимонова по управленческому учету в здравницах также имеет раздел по формированию цены. Нормативный подход к ценообразованию продемонстрировал Н.Г.Истошин.

Отдельные работы были посвящены вопросам внутреннего маркетинга и управления персоналом (Гузев А.В., 2004; Серебренникова И.Ю., 2003) и только одна диссертация – маркетинговым коммуникациям (Токовой Л.В., 2003).

К сожалению, большинство работ по маркетингу санаторно-курортных услуг касаются лишь отдельных аспектов его использования. Ранее нами (1997–2001) была сформулирована концепция санаторно-курортного маркетинга, однако дальнейшее осмысление ее сущности внесло некоторые серьезные изменения в первоначальные теоретические построения.

Курортный маркетинг как концепция управления рекреационным предприятием, в отличие от его использования как вспомогательной функции по обеспечению производства и сбыта санаторно-курортных услуг, делает упор на ориентацию всей совокупности хозяйственных функций курортного предприятия (производственной, снабженческой, сбытовой, кадровой, финансовой и т.п.), на удовлетворение конкретного рыночного спро-

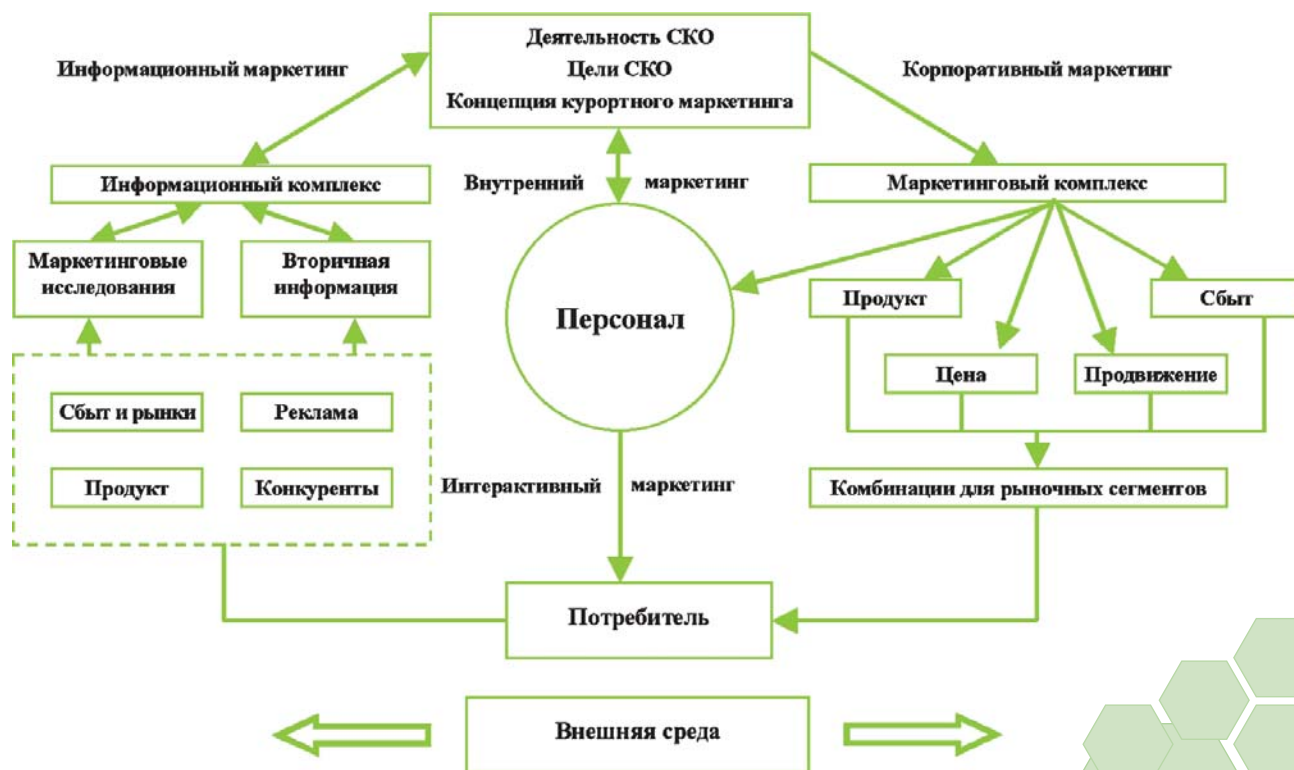


Рис.2. Содержание управленческой концепции курортного маркетинга

са различных социальных групп рекреантов, а потому и на учет рыночной конъюнктуры, изучение потребностей покупателей санаторно-курортных услуг. Курортный маркетинг в этом случае является основополагающей, целевой функцией, которая определяет все аспекты деятельности конкретной здравницы.

При этом курортный маркетинг начинает определять всю содержательную деятельность рекреационного предприятия, а потому он превращается из обычной хозяйственной функции предприятия в само содержание, сущностную черту функционирования санаторно-курортной организации, стремящейся к удовлетворению потребно-

стей пациентов и получению максимально возможной прибыли. Обобщенная схема ингредиентов маркетинговой управленческой системы в санаторно-курортной отрасли представлена на рис. 2.

Важнейшим организующим элементом системы является ее подчиненность определенной цели, где цель выступает в виде образа желаемого будущего, то есть определенной модели состояния, на которую направлено функционирование системы.

Центральная идея санаторно-курортного маркетинга – это встреча между возможностями (предложением) рекреационного предприятия и потребностями (спросом) клиентов для того, чтобы осу-





ществить цели санаторно-курортной организации (СКО), прежде всего получения прибыли. Однако часто цели СКО не ограничиваются получением прибыли, а представляют собой сложное сочетание различных целевых установок, формирование которых определяется разнообразными факторами внешней и внутренней среды.

К таким целям можно отнести:

- ♦ удержание своих позиций на рынке курортных услуг (стратегия выживания);
- ♦ проникновение на новые рынки (стратегия роста);
- ♦ получение сверхвысоких прибылей (стратегия «снятия сливок»);
- ♦ диверсификация продукта;
- ♦ социальные цели.

Понятно, что цели маркетинга и определенные на этой основе задачи вытекают и соответствуют главным целям организации.

Поскольку потребители курортных услуг устанавливают и индивидуализированные требования к рекреационному продукту, его качественным характеристикам, присущему ему набору потребительских свойств, служба маркетинга СКО должна проводить систематические исследования как самих потребителей, так и конъюнктуры рынка, деятельности конкурентов, анализа собственных возможностей и эффективности мероприятий продвижения. Исходя из полученной информации, осуществляется ориентация всей хозяйственной деятельности СКО на удовлетворение рыночного спроса.

Эта ориентация достигается формированием маркетингового комплекса, классическими элементами которого являются так называемые «4Р» (E.J.McCarthy):

- ♦ совокупность свойств выпускаемого продукта (product);
- ♦ ценообразование (price);
- ♦ доведение продукта до потребителя (place);
- ♦ система продвижения продукта (promotion).

Ф.Котлер определяет комплекс маркетинга как «...набор поддающихся контролю переменных факторов маркетинга, совокупность которых фирма использует в стремлении вызвать желаемую ответную реакцию со стороны целевого рынка».

Следует отметить, что большинство исследователей, занимающихся вопросами маркетинга в сфере услуг, считают возможным дополнительно к классическим рассматривать еще три элемента: персонал (people), материальные свидетельства (physical evidence) и способ предложения услуг (process). Такой подход авторы объясняют специфическими особенностями сферы услуг (неразрывность процесса производства услуг и их потребления, изменчивость качества, неосязаемость и несохраняемость), отличающими их от материального производства.

По нашему мнению, в санаторно-курортном маркетинге оправдано присоединение к классическому marketing-mix только пятого элемента – персонала, поскольку действительно в оказании курортных услуг роль хорошо обученного и мотивированного персонала чрезвычайно велика.

Материальные свидетельства, к которым относят состояние интерьеров, внешний вид здания и территории, мебель, оборудование, по нашему мнению, являются составной и неотъемлемой частью санаторно-курортного продукта (СКП), так же, как и способ предложения услуг (разные варианты обслуживания).

Таким образом, комплекс курортного маркетинга составляют пять основных элементов (product, price, place, promotion, people), формируемых после проведения маркетинговых исследований, анализа полученной информации, разработанной на этой основе программы маркетинга, определения позиции рекреационного продукта на рынке и направляемой затем для воздействия на определенный рыночный сегмент.

Следует отметить, что маркетинг в сфере санаторно-курортных услуг включает в себя внешний,



внутренний и интерактивный маркетинг. Внешний маркетинг определяет работу санатория по формированию цен, реализации путевок, продвижению санаторных услуг. Внутренний маркетинг включает в себя весь комплекс взаимоотношений администрации СКО с персоналом (обучение, мотивацию, продвижение по службе и т.д.), направленный на приобщение каждого работника к маркетинговой деятельности и имеющий конечной целью обеспечение высокого качества обслуживания отдыхающих.

Интерактивный маркетинг определяет умение персонала обслужить клиента. Результат курортного обслуживания – удовлетворенность рекреанта, складывается не только из технологической, но и функциональной составляющей. К первой составляющей относится материальная часть санаторного продукта (уровень лечебной базы, комфортность номеров, организация питания и т.д.), ко второй – непосредственно процесс оказания санаторных услуг, в осуществлении которого ведущую роль играет хорошо подготовленный и мотивированный персонал.

В деятельности СКО, исповедующей маркетинг, большую роль играет принцип обратной связи. Наряду с принятием хозяйственных решений в зависимости от конъюнктуры рынка, рекреационные организации активно воздействуют на потребителей и конкурентов всеми возможными методами и средствами. Таким образом, санатории не пассивно реагируют на спрос и проводят продуманную и хорошо скоординированную политику завоевания рынка, формирования новых потребителей.

На представленной схеме видно, что курортный маркетинг как концептуальная основа рыночной системы управления сферой производства санаторно-курортных услуг отражает качественно новые условия российского курортного рынка, которые под влиянием роста концентрации отраслевого производства в значительной мере

утрачивают ранее присущую этому рынку хаотичность и подпадают под регулирующее воздействие сложившихся в мировой практике курортов традиционных хозяйственных отношений, в которых главная роль отводится потребителю.

Поскольку в теории маркетинга (Голубков Е.П., 1998) различают пять этапов и соответственно им пять основных вариантов концепции маркетинга (производственная, продуктовая, интенсификация коммерческих усилий, собственно маркетинга и социально-этического маркетинга), рассмотрим распределение этих вариантов среди организаций санаторно-курортного комплекса. Приблизительно треть из них (в основном бюджетные) используют производственную концепцию, предусматривающую направление усилий руководства главным образом на технологическое обеспечение производства рекреационного продукта, не утруждая себя активными мероприятиями по продвижению и сбыту из-за отсутствия необходимости в этой работе.

Другая треть, куда можно отнести большую часть местных региональных здравниц, исповедуют товарную концепцию, при которой основной задачей является обеспечение качества и снижения себестоимости своих услуг. Около четверти СКО используют классическую концепцию интенсификации коммерческих усилий, стремясь за счет активной работы по продвижению своего продукта и разветвленной системы сбыта обеспечить решение финансово-хозяйственных задач. И только очень небольшое количество здравниц России (около 1–2%) действительно исповедуют и применяют практически вышеизложенную теорию маркетинга как главную концепцию управления.

Необходимыми условиями освоения такой концепции являются:

- ♦ нахождение СКО в условиях рыночных отношений;
- ♦ осуществление как текущего, так и расширенного воспроизводства за счет собственных источников и отсутствие централизованных дотаций;





♦ клиентоориентированная работа всего персонала и активный внутренний маркетинг.

В связи с тем, что в последние годы в сфере услуг сформировалась концепция маркетинга взаимоотношений (CRM), направленная на создание долговременных отношений с удовлетворенным лояльным потребителем, отдельного рассмотрения заслуживает методология оценки удовлетворенности отдыхающих оказанными услугами. На основании большого объема исследований мы предложили (2003) структурную модель удовлетворенности потребителей, выполненную на принципах европейской модели (рис.3). В представленной модели имеются пять латентных переменных, относящихся к сервисному качеству: технологическое качество, функциональное ка-

чество, удовлетворенность рекреанта, ценность для него полученных услуг и его лояльность к данной здравнице.

Ключевыми составляющими в данной модели выступают технологическое и функциональное качество. Технологическое качество, близкое к понятию «твердого» продукта европейской модели, является интегральным индексом, определяемым как среднее арифметическое пяти технологических индексов: общих факторов (месторасположение, имидж, благоустройство территории, удобство расположения, транспортные услуги и пр.), размещения, питания, лечения, досуга.

В основу тестирования функционального качества положена адаптированная к курортному обслуживанию и русифицированная методика



Рис.3 Модель удовлетворенности потребителя качеством санаторно-курортных услуг



SERVQUAL, включающая измерение по пяти параметрам (материальность, исполнительность, компетентность, отзывчивость, персонализация – МИКОП). В отличие от достаточно широко применяющегося подхода оценки по этим параметрам на основе «ожидания–исполнения», мы использовали более понятную российскому потребителю методику «важность–исполнение». Определенную клиентом по пятибалльной шкале оценку исполнения мы корректировали затем путем перемножения на параметр важности для потребителя данного признака (по шкале от 0,2 до 1,0). Индекс функционального качества является средним арифметическим индексов пяти параметров МИКОП.

Об общей удовлетворенности потребителей судили по ответам на прямой вопрос, насколько оправдались их ожидания от пребывания в данном санатории, и косвенным путем по средневзвешенному индексу технологического и функционального качества.

Определение ценности полученных услуг для потребителя с помощью прямого вопроса не принесло значимых результатов. Вероятно, это связано с преобладанием льготного приобретения санаторных путевок, что искажает истинную денежную ценность потребленного сервисного продукта для отдыхающих. Поэтому в данном случае оперировали двумя явными переменными, значимо влияющими на поведение и восприятие отдыхающих: уровень дохода и форма оплаты путевок (льготная, частично льготная, оплаченная из собственных средств).

О лояльности потребителя к данной здравнице судили по двум прямым вопросам: намерению повторного приезда и желанию рекомендовать данный санаторий другим. Кроме указанных латентных переменных, определяли еще два фактора – предшествующий опыт и семейный состав, которые влияют на оценки отдыхающими качества курортных услуг. О наличии предшествующего опыта судили по ответам на вопрос о повторности приезда в данный санаторий. Семейный состав интересовал нас с точки зрения пребывания в санатории с семьей или без сопровождения.

Вышеизложенные положения легли в основу специально составленной обширной анкеты, включающей 75 вопросов (частично двойных).

Анализируя итоги опроса отдыхающих в санаториях Российского Причерноморья, можно сделать следующие выводы:

1. Подтверждаются в целом основные положения концептуальной модели оценки качества санаторно-курортных услуг. Имеются определенные отличия в оценках отдыха лиц, отличающихся по уровню дохода, семейному составу, форме оплаты путевки и предшествующему опыту.
2. Лица с более высоким уровнем дохода оказались менее удовлетворены, чем остальные отдыхающие.
3. Более строго подходили к оценке отдыха и лица, оплачивающие путевки за полную стоимость, а также семейные пары.
4. Предшествующий опыт в целом играет положительную роль в восприятии качества лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Амбарцумян С.Ю. Формирование инновационной модели управления санаторно-курортным комплексом (на примере ЗАО «Русь»): Дис. ...канд. экон. наук. – М., 2003. – 166 с.





2. Берлин С.И. Формирование экономического потенциала рекреационной зоны: На примере Краснодарского края: Автореф. дис. ... д-ра экон. наук. – СПб., 1998. – 34 с.
3. Боков М., Ветитнев А., Полков В., Угрюмов Е., Шаповалов В. Менеджмент в санаторно-курортных организациях/Под науч. ред. М.А. Бокова. В 3-х частях//Учебное пособие для студентов по специальности 0611 «Менеджмент». – СПб.: СПбГУЭФ, 2001. – 230 с.
4. Бондаренко В.Н. Закономерности формирования и управления конкурентным статусом санаторно-курортной организации: Дис. ... канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 213 с.
5. Брыкалов В.Н. Маркетинговые исследования спроса и предложения на рынке санаторно-курортных услуг: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2004. – 23 с.
6. Быкова О.Н. Методы обоснования стратегии развития санаторно-курортных комплексов региона на основе экономико-математических моделей: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Кисловодск, 2003. – 27 с.
7. Валько Т.Н. Медико-экономическое обоснование, разработка и реализация оптимальных стоимостных характеристик санаторно-курортного лечения и отдыха рекреантов в здравницах России: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2001. – 18 с.
8. Варвашян А.О. Совершенствование рыночных инструментов в управлении санаторно-курортным комплексом: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Кисловодск., 2003. – 27 с.
9. Ветитнев А.М., Боков М.А., Угрюмов Е.С. Конкурентоспособность санаторно-курортных организаций. – Сочи: РИО СГУТиКД, 1999. – 95с.
10. Ветитнев А.М. Маркетинг санаторно-курортных услуг//Учебное пособие. – М.: Медицина, 2001. – 224 с.
11. Ветитнев А.М. Некоторые подходы к оценке рынка санаторно-курортных услуг// Практический маркетинг. – 2002. – № 11. – С. 8–15.
12. Ветитнев А.М. Удовлетворенность потребителей как главный элемент качества санаторно-курортных услуг//Стандарты и качество. – 2004. – №7. – С. 54–57.
13. Винюхин А.Ю. Научное обоснование развития и совершенствования деятельности санаторно-курортных учреждений регионального значения и их потребность в ресурсах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2003. – 20 с.
14. Голубков Е.П. Маркетинговые исследования: теория, практика, методология. Маркетинг и менеджмент в России и за рубежом. – М.: «Финпресс», 1998. – 416 с.
15. Голубчикова Л.А. Санаторно-курортный комплекс Российской Федерации: социологический анализ: Дис. ... канд. социол. наук. – М., 2004. – 166 с.
16. Гордышев И.А. Методические основы управления формированием и развитием санаторно-курортного комплекса региона. Дис. ...канд. экон. наук. – Махачкала, 2001. – 142 с.
17. Гузева А.В. Внутренний маркетинг в управлении организациями сферы услуг (на примере санаторно-курортной отрасли): Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2004. – 23 с.
18. Демченко В.А. Маркетинг в управлении социально-экономическим развитием региона с туристско-курортной специализацией: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2004. – 23 с.



19. Джанджугазова Е.А. Применение маркетинговых стратегий на предприятиях санаторно-курортного комплекса (на примере города Сочи): Дис. ...канд. экон. наук. – М., 2000. – 164 с.
20. Другова М.Ю. Экономическая оценка рынка рекреационных услуг Московского региона: Дис. ...канд. экон. наук. – М., 1997. – 371 с.
21. Дурович А., Анастасова Л. Маркетинговые исследования в туризме//Учебно-практ. пособие. – М.: Новое знание, 2002. – 348 с.
22. Жуков А.Н. Совершенствование управления гостиничным предприятием на основе маркетингового подхода к повышению качества обслуживания: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2004. – 23 с.
23. Журавлев В.В. Формирование системы управления качеством санаторно-курортного продукта: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 22 с.
24. Иванов Е.М., Шварева Н.И. Оценка качества санаторно-курортной помощи. – Владивосток: Изд. Дальневосточного ун-та, 2000. – 159 с.
25. Истошин Н.Г. Научное обоснование оптимизации деятельности санаторного комплекса курортного региона: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 48 с.
26. Карпова Г.А., Скрыпкин В.К. Маркетинговые исследования рынка курортно-туристских услуг. – СПб.: СПбГУЭФ, 1998. – 18 с.
27. Калмыкова Н.В. Маркетинговое обеспечение формирования и реализации целевой комплексной программы развития восстановительной медицины: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 19 с.
28. Каракозов О.В. Совершенствование управления рекреационных предприятий на основе развития рыночных технологий: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – М., 2003. – 22 с.
29. Клепова Н.В. Теоретические и практические аспекты оценки конкурентоспособности санаторно-курортного продукта: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 23 с.
30. Котлер Ф., Боуэн Дж., Мейкенз Дж. Маркетинг. Гостеприимство и туризм//Учебник для вузов//Пер. с англ./Под ред. Р.Б.Ноздревой. – М.: ЮНИТИ, 1998. – 787 с.
31. Кортуннов А.П. Организационно-экономические основы управления развитием санаторно-курортного комплекса региона (на примере субъекта Федерации): Дис. ...канд. экон. наук. – СПб, 2001. – 203 с.
32. Криворучко Л.В., Криворучко В.И., Стремоусов С.Г. Маркетинговые исследования в индустрии оздоровления и гостеприимства//Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе. – 1999. – № 3. – С.22–23.
33. Криворучко В.И., Нелюбин В.В., Криворучко Л.В., Скрыпкин А.П., Дымченко А.С. Маркетинг и логистика в системе государственного управления санаторно-курортной сферой. – Сочи: Гос. ин-т повышения квалификации руководящих работников и специалистов курорт. дела г. Сочи, 2000. – 116 с.
34. Быков А.Т., Карпова Г.А. и др. Курортно-туристский комплекс как объект управления/Под. ред. Г.А.Карповой. – СПб.: СПбГУЭФ, 2000. – 146 с.
35. Лимонов В.И. Учетно-аналитическое обеспечение принятия решений в маркетинге: Автореф. дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 22 с.





36. Луценко А.В. Закономерности формирования и факторы развития санаторно-курортного комплекса: Дис. ...канд. экон. наук. – Кисловодск, 2002. – 126 с.
37. Матющенко Н.С. Управление конкурентоспособностью санаторно-курортной организации в условиях переходного периода: Дис. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2002. – 152 с.
38. Огурцов А.Н. Санаторно-курортный комплекс в системе социальной защиты населения: Дис. ...канд. экон. наук. – СПб., 2000. – 182 с.
39. Островерхов А.В. Регулирование развития санаторно-курортного комплекса Российской Федерации: Дис. ...канд. экон. наук. – М., 1996. – 158 с.
40. Романов С.М., Романова Г.М. Формирование рынка туристских услуг/Проблемы функционирования и развития курортно-туристской сферы в условиях рынка. – Сочи: СГУТиКД, 1995. – С. 2–23.
41. Ручка С.И. Курорты Московской области как фактор позитивной динамики показателей общественного здоровья: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2001. – 40 с.
42. Сарян А.А. Спрос населения на рекреационные услуги//Проблемы прогнозирования. – 1994. – № 2. – С.131–137.
43. Семеняк Н.Г. Формирование и эффективность системы стратегического управления санаторно-курортным комплексом (на примере Туапсинского района Краснодарского края): Дис. ...канд. экон. наук. – СПб., 1999. – 147 с.
44. Серебrenникова И.Ю. Формирование системы управления трудовым потенциалом санаторно-курортной организации: Дис. ... канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 168 с.
45. Криворучко В.И., Криворучко Л.В., Островерхов А.В., Лебедева И.П. Словарь-справочник: экология, здоровье, курорты, туризм. – М.: Медицина, 1997. – 224 с.
46. Сорокун В.И. Социальный маркетинг и курортная валеология как основа совершенствования санаторно-курортной помощи в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа., 2000 – 27 с.
47. Стремоусов С.Г. Организационно-экономические факторы обеспечения конкурентоспособности предприятий и организаций санаторно-курортной сферы: Дис. ... канд. экон. наук. – Кисловодск, 2004. – 208 с.
48. Сфера туризма: структурное и бесструктурное управление/Под ред. Г.А.Карповой//Учебное пособие. – СПб.: СПбГУЭФ, 2000. – 79с.
49. Токовой Л.В. Теоретические и методологические основы формирования системы коммуникативной политики курортно-туристского комплекса Сочи: Автореф. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 19 с.
50. Чудиновских С.А. Формирование системы маркетинговых исследований в сфере санаторно-курортных услуг: Автореф. ...канд. экон. наук. – Сочи, 2003. – 19 с.
51. Шарафутдинов В. Н. Курортно-туристский комплекс Сочи: развитие в условиях рынка. – М.: Институт экономики РАН, 2000. – 222 с.
52. Шпилько С.П. Курортный «Рубикон»//Курортные ведомости. – 2001. – № 5. – С.2–4.
53. Яковенко Г.В., Винокуров Б.Л., Ветитнев А.М. Экономика туристских и санаторно-курортных предприятий. – Санкт-Петербург – Киев, 2000. – 308с.



В РЕДАКЦИЮ ПРИШЛО ПИСЬМО....

УВАЖАЕМАЯ РЕДАКЦИЯ!

Большое впечатление произвела на меня статья И.Н.Мартыанова «Экономические аспекты работы стационара или экономическая эффективность неэффективных методов лечения», опубликованная в «МЗ», 2005, №1, с. 29–32. Ее выводы (первый и второй) созвучны изложенным в книгах Конгвестедта и «Реформирование здравоохранения», «Финансирование здравоохранения», изданных ВОЗ.

Меня интересует, как эти вопросы предполагает решить в процессе реформирования? Пока ни один документ не отражает этого аспекта. Есть опасение, что все то, что заложено в реформах, приведет к повышению финансовой самостоятельности медицинских учреждений за счет гипердиагностики и гиперлечения «выгодных» пациентов, и снижения качества и доступности медицинской помощи для невыгодных.

Эксперты ВОЗ отмечают, что наиболее эффективная и наименее затратная система здравоохранения – та, которая основывается на бюджетном финансировании как основном источнике. Но надо понимать, возврата к прошлому не будет.

Пока же, как справедливо отмечает автор, принцип работы старшего поколения врачей «все во благо пациента; думай не что еще можно назначить, а без чего можно обойтись» постепенно умирает, а «независимой» службы (аналогичной в Великобритании, Австралии, Германии) по отбору технологий, контролю за адекватностью медицинской помощи – нет.

Идея контроля посредством стандартизации, бесспорно хорошая, но те стандарты, которые направлены Минздравсоцразвития РФ, в частности те шесть (из 34) стандартов, которые имеют отношение к сердечно-сосудистой патологии, вызывают много вопросов. Несмотря на тот факт, что название приказа звучит, как «Стандарт медицинской помощи больным» с конкретной нозологией, внутреннее содержание

стандарта не соответствует формулировке. Например, при сердечной недостаточности – отражены диагностические и лечебные услуги только при 1-ой и 2-ой стадии сердечной недостаточности в условиях поликлиники; в стандарте медицинской помощи больным с инфарктом миокарда написано, что данный стандарт отражает все стадии заболевания, чуть ниже – условия оказания помощи – амбулаторно-поликлинические, а частота и кратность услуг указаны только для этапа реабилитации. Из «стандарта» полностью выпали «догоспитальный» и «госпитальный» этапы). Ни в одном из шести «кардиологических стандартов» не отражены критерии (или возможность) направления пациента на стационарное (специализированное) лечение или показания к консультации специалиста.

Не касаясь многих спорных вопросов по тактике ведения пациентов обращает внимание, что больным на этапе реабилитации после острого инфаркта миокарда по стандарту не положены никакие диагностические исследования (даже ЭКГ), кроме того, совершенно очевидно, что люди трудоспособного возраста после выписки из стационара должны приходить в поликлинику для продления больничного листа гораздо чаще 1 раза в месяц, как это прописано в стандарте. Необходимо отметить, что во всех стандартах значительное количество опечаток (мерцающая анемия, таблицы без названия, несоответствие наименования таблицы ее содержанию и т.д.).

Данные «стандарты» не соответствуют тому определению двух видов стандартов, которое предложила сама лаборатория стандартизации при Минздравсоцразвития РФ («клинический протокол ведения больных» – медицинский стандарт, «клинико-экономический стандарт») и тому определению, которое заложено в проект Федерального Закона.

Читатель, пожелавший остаться неизвестным.



Тема номера: **Финансирование здравоохранения**

В последние два десятилетия все более серьезной проблемой для политики в области здравоохранения в Европе становится рост стоимости медицинского обслуживания. Этот процесс обусловлен такими факторами, как старение населения, рост уровня заболеваемости хроническими болезнями и инвалидности, появление новых методов лечения и медицинских технологий, а также растущие ожидания населения. Эта проблема характерна для

всех стран Европейского Региона, но в странах с переходной экономикой она усугубляется ограниченностью ресурсов. При разработке политики здравоохранения на национальном уровне приходится решать важнейшие задачи по сбору доходов и распределению финансовых средств на обеспечение медицинского обслуживания населения (Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных тенденций. – 2000).

Обзор Документационного центра ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения проводит постоянный анализ финансирования систем здравоохранения в странах. В штаб-квартире ВОЗ была подготовлена серия публикаций Комиссии по макроэкономике и развитию, которая была создана в 2000 г. под председательством Генерального директора ВОЗ с целью оценки роли здоровья и здравоохранения в глобальном экономическом развитии. В Европейском бюро ВОЗ создана Европейская observa-

тория по системам здравоохранения, которая проводит тщательный анализ организации систем здравоохранения в странах Европы, привлекая к этому экспертов из числа ученых, руководителей здравоохранения и практикующих врачей для выработки научно обоснованной политики в этой сфере. Во втором номере Информационного бюллетеня представлены основные публикации по проблеме финансирования и инвестиций в здоровье, изданные ВОЗ в последние годы.

Макроэкономика и здоровье: инвестиции в здоровье в целях экономического развития (Доклад Комиссии по макроэкономике и здоровью. – ВОЗ. – Женева, 2001. – 224 с.)

В докладе содержится анализ взаимосвязи здоровья и экономического развития стран с разным уровнем дохода. Отмечается важность инвестиций в систему здравоохранения. Макроэкономические данные подтверждают тот факт, что страны с низким уровнем развития здравоохранения и образования с большим трудом

добиваются устойчивого роста и развития по сравнению со странами, где эти проблемы решены. Экономический эффект от предупреждения заболеваний, в целом, удивительно высок. Заболевания сокращают годовые доходы государств и отдельных лиц, равно как и ухудшают перспективы экономического роста. Ежегод-

ные потери беднейших стран от высокой заболеваемости и смертности населения составляют десятки процентов ВВП, что оценивается десятками миллиардов долларов США. Даже если бы состояние здоровья не влияло бы на рост доходов на душу населения, экономическое благосостояние все равно возрастало бы из-за увели-

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ



EUROPE

Выпуск 2, Март 2005

чения продолжительности жизни. В странах с низким уровнем заболеваемости люди в среднем живут дольше, а значит и их суммарный заработок на протяжении жизни выше. Более того, увеличение продолжительности жизни, помимо прямого влияния на увеличение

продолжительности рабочего периода, потребления и отдыха, косвенно связано с увеличением экономического благосостояния всего общества. Таким образом, для каждого общества, охрана и укрепление здоровья должны быть делом первостепен-

ной важности. В докладе поднимаются такие вопросы, как мобилизация внутренних ресурсов стран для развития здравоохранения, проводится сравнительный анализ общего финансирования в развитых и развивающихся странах и др.

Полный текст Доклада на русском языке имеется в Документационном центре ВОЗ и доступен на сайте ВОЗ на английском языке по адресу: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550X.pdf>.



Mobilization of Domestic Resources for Health (Мобилизация внутренних ресурсов стран в целях здоровья. – ВОЗ. – Женева, 2002. – 165 с. (книга имеется только на английском языке).

В книге показано, как страны могут использовать различные схемы финансирования здравоохранения с целью мобилизации внутренних ресурсов для развития здравоохранения. Подробно описаны методы финансирования, определение эффективности финансирования различных служб здравоохранения в странах с низким, средним и высоким доходом. «В странах со средним доходом доступ к основным медицинским службам обеспечивается за счет известных схем (государственного финансирования здравоохранения или социального медицинского страхования). Однако, в этих странах остаются нерешенными две основные проблемы. Многие семьи

не имеют достаточного доступа к медицинскому обслуживанию, поскольку они слишком бедны, чтобы оплачивать это обслуживание самостоятельно, а правительство выделяет недостаточно средств на обеспечение работы этих служб в полном объеме. Поэтому государства должны обеспечивать справедливый доступ к основным службам здравоохранения для бедных слоев населения. С другой стороны, потребность в увеличении ассортимента медицинских услуг постоянно растет, особенно при лечении неинфекционных болезней (за счет высоких медицинских технологий), что создает дополнительную нагрузку на бюджет здравоохранения. При этом

возникает проблема либо переноса части платежей на население, что значительно ограничит доступ к ряду медицинских услуг, либо увеличение бюджетных или страховых расходов на здравоохранение. Кроме того, система платежей за оказанные медицинские услуги приводит к значительному увеличению стоимости медицинского обслуживания, поскольку врачи начинают предлагать ненужные анализы и процедуры». В книге на основе опыта разных стран показано, как посредством распределения бюджетных средств, платежей, заключения контрактов и мер по сдерживанию роста цен можно добиться справедливости и эффективности.

Книга имеется в открытом доступе в Интернете на английском языке по адресу: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241590114.pdf>.





Voluntary Health Insurance in the European Union (Добровольное медицинское страхование в Европейском Союзе. – Европейское региональное бюро ВОЗ//Open University Press, 2004. – 208 с.).

Настоящее исследование было проведено по запросу Европейской Комиссии в ответ на обсуждение проблемы добровольного медицинского страхования в Европейском Парламенте. В октябре 2000 г. Европейский Парламент рассмотрел доклад о добровольном медицинском страховании, подготовленный Комитетом по занятости и социальным вопросам. В последующие годы Европейская Комиссия изучала опыт ряда стран Европы (Ирландии, Германии и Нидерландов). Как было сказано выше, добровольное медицинское

страхование является дополнительным источником финансирования здравоохранения в странах Европы. Оно присутствует как в странах с бюджетным финансированием, так и в странах с социальным медицинским страхованием. Добровольное медицинское страхование составляет менее 10% от общего финансирования здравоохранения в этих странах, за исключением Франции – 12,2% и Нидерландов – 17,7%, и предназначено для лиц с доходом выше среднего по стране. Дальнейшее развитие этого вида страхования и расширение его ис-

пользования активно дискутируется в странах Европейского Союза, поскольку оно, с одной стороны, способствует увеличению притока средств в здравоохранение, развитию высоких медицинских технологий и конкуренции среди поставщиков медицинских услуг, а с другой, – ограничивает доступ бедных слоев населения к определенным видам медицинской помощи. В обзоре детально проанализированы проблемы добровольного медицинского страхования и тенденции его развития в разных странах Европы.

Книга имеется в открытом доступе в Интернете на английском языке по адресу:
<http://euro.who.int/Document/E84885.pdf>.



Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – «Весь Мир», 2002. – 333 с.

В книге содержится наиболее полный анализ систем финансирования здравоохранения в разных странах Европейского региона. В ней, в частности, подробно рассматриваются различные источники финансирования (бюджетное финансирование, социальное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения за медицинские услуги). Как правило, ни в одной стране нет одного

чистого источника доходов. В той или иной степени развивается преимущественная система финансирования здравоохранения при наличии других форм. В большинстве стран Европы исторически сложились системы преимущественного финансирования здравоохранения либо из бюджета (Дания, Финляндия, Ирландия, Италия, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция, Великобритания), либо на основе социального медицинского

страхования (Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды). Добровольное медицинское страхование и прямые платежи населения за медицинские услуги являются дополнительными источниками дохода и применяются для платежеспособной части населения, либо за определенные высокотехнологические, более комфортные или необязательные виды медицинской помощи. В Западной Европе широко используется система со-

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ



EUROPE

Выпуск 2, Март 2005

участия потребителей в оплате медицинских услуг. Эта система используется для увеличения дополнительных доходов, когда система финансирования здравоохранения не может покрыть все услуги за счет налогообложения или социального страхования, а также для предотвращения чрезмерного использования медицинских услуг. Необходимо отметить, что частичное возмещение издержек за счет потребителей может нарушить принцип справедливого доступа к медицинскому обслуживанию для разных слоев населения. Поэтому он используется в ограниченных случаях. Кроме того, от прямых платежей освобождаются

социально уязвимые группы населения (лица с низким доходом, безработные, пенсионеры), а также хронически больные (например, с сахарным диабетом и др.) и беременные. Отдельной проблемой в настоящее время связи со старением населения является проблема финансирования долгосрочного ухода для тяжелобольных и престарелых граждан. Этому вопросу посвящена отдельная глава книги. Таким образом, с точки зрения справедливого доступа населения к медицинским услугам явные преимущества имеют системы государственного финансирования здравоохранения и социального страхования. Оплата

населением медицинских услуг и добровольное страхование связывают доступ к медицинской помощи с платежеспособностью, но увеличивают уровень финансирования здравоохранения. Успех политических решений в области финансирования здравоохранения определяется взвешенной оценкой условий развития конкретной страны, уровнем доходов населения и знанием достоинств и недостатков каждого из методов финансирования. Все эти вопросы подробно обсуждаются в книге. В ней также дан углубленный анализ реформы финансирования здравоохранения в странах Восточной Европы и СНГ.

Книга имеется в открытом доступе в Интернете на русском языке адресу:
<http://euro.who.int/document/e74485r.pdf>.



Social health insurance systems in Western Europe (Системы социального страхования в западной Европе)/Ed. by R.B.Saltman, R.Busse, J.Figueras. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Open Univer. Press, 2004. – 313 с.

Социальное страхование здоровья носит обязательный характер для всего населения. Размер взносов при этом страховании не связан с учетом рисков, а сами взносы, как правило, отделены от других обязательных налогов. В разных странах обязательным медицинским страхованием охвачены или все население, или значительная его часть. Для лиц, не ох-

ваченных системой социального медицинского страхования, могут быть предусмотрены другие механизмы покрытия расходов на здравоохранение: параллельная система финансирования из бюджета или заключение договоров обязательного медицинского страхования. В ряде случаев используются схемы привлечения прямых платежей населения за медицинские

услуги. Современные стратегии социального медицинского страхования в странах Западной Европы, оценка его эффективности, государственное регулирование системы социального медицинского страхования, солидарная ответственность, сочетание социального и добровольного медицинского страхования и др. вопросы рассматриваются в данной книге.

Книга имеется в открытом доступе в Интернете на английском языке по адресу:
<http://euro.who.int/document/E84968.pdf>.





Обзор Библиотеки проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ»

За последнее десятилетие при поддержке международных организаций на территории Российской Федерации выполнено более 20 проектов, затрагивающих вопросы финансирования здравоохранения. Наибольшей популярностью среди посетителей электронной версии Библиотеки пользуются именно такие проекты. Для каждого из них в данном обзоре предос-

тавлена краткая информация о целях и задачах, а также описание наиболее важных документов, созданных в ходе реализации проекта. Все проекты и документы, размещенные в настоящем выпуске Бюллетеня, снабжены прямыми ссылками на страницы в Интернете, на которых Вы сможете найти о них подробную информацию, а также скачать электронные версии документов.



Проект: Реформирование финансирования здравоохранения.

Начало проекта: 1998 г.

Донор: Европейское Сообщество (ЕС).

Краткая информация: Основная задача проекта – оказать содействие Министерству здравоохранения в разработке надежных, гибких и простых методов финансирования услуг здравоохранения и выделения ресурсов с целью обеспечения многопрофильных и экономически эффективных медицинских услуг.

Полная информация:

http://zdravinform.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=101.

Основные документы:

- ♦ Финансирование здравоохранения в Российской Федерации. Описывается развитие и структура модели финансирования здравоохранения в России за период с 1990 по 2001 г. Обзор подготовлен экспертами проекта.

В Библиотеке можно скачать электронную версию документа на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=426.

- ♦ Введение в экономику здравоохранения для стран Восточной Европы и СНГ (под редакцией Софи Виттер и Тимоти Енсора, Центр экономики здравоохранения Университет Йорка, Великобритания), книга состоит из пяти частей. Обсуждаются вопросы микроэкономики, финансирования, страховой системы, методов оплаты труда, планирования, частного сектора в здравоохранении. По каждому вопросу приводятся примеры зарубежных стран.

В Библиотеке можно скачать электронную версию книги на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=425.

- ♦ Проект системы бухучета и аудита в учреждениях, предоставляющих медицинские услуги (М.Аргуиллере (Michael Arguillere). Этот документ является первой попыткой сформулировать политику реформирования системы бухучета учреждений, предоставляющих медицинские услуги.

В Библиотеке можно скачать электронную версию документа на русском языке:

http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=430.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



EUROPE

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ

Выпуск 2, Март 2005

Проект: Поддержка управления системой здравоохранения.

Продолжительность: 1998–2001 гг.

Донор: Европейское Сообщество (ЕС).

Краткая информация: Наиболее важными результатами проекта являются:

- ♦ внедрение принципов стратегически ориентированного управления и планирования в системе здравоохранения на федеральном и региональном уровнях;
- ♦ развитие у специалистов системы здравоохранения способностей и навыков применения современных управленческих технологий и укрепление институционального потенциала в сфере обучения управлению и экономике здравоохранения. Изданные учебники и учебные пособия по управлению и экономике здравоохранения, предназначенные для практических работников системы здравоохранения, являются уникальными для России.

Полная информация:

http://zdravinform.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=11.

Основные документы:

- ♦ Экономика здравоохранения/Учебное пособие//Под ред. И.М.Шеймана. – М.: ТЕИС, 2001. В книге описываются такие проблемы, как рыночные механизмы в здравоохранении, системы финансирования, распределение финансовых средств, методы оплаты медицинской помощи и др.

В Библиотеке можно скачать электронную версию учебника на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=806.

- ♦ Методы разработки финансовых планов в сфере здравоохранения/Учебное руководство//Под ред. Р.М. Зельковича. – Кемерово: СибформС, 2000.

Рассматриваются вопросы финансирования государственных гарантий, бюджетный процесс, системы ОМС, финансового планирования.

В Библиотеке можно скачать электронную версию руководства на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=802.

- ♦ Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения/Учебное руководство//Под ред. Н.Б.Окушко. – Кемерово: СибформС, 2000.

В Библиотеке можно скачать электронную версию руководства на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=803.

Проект: Поддержка осуществления реформ здравоохранения в Республике Карелия.

Продолжительность: 1997–1999 гг.

Донор: Европейское Сообщество (ЕС).

Краткая информация: Общей целью проекта было улучшение благосостояния населения республики Карелия благодаря поддержке реформ в области здравоохранения и социальной сферы, которые должны способствовать созданию эффективной и гибкой системы качественных медицинских услуг, ориентированных на потребителя. Наиболее весомыми компонентами работы данного проекта были законодательная реформа здравоохранения, разработка общих подходов между социальным сектором и сектором здравоохранения на республиканском и местном уровне и создание республиканской сети с новым программным обеспечением.

Полная информация:

http://zdravinform.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=10.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ



EUROPE

Выпуск 2, Март 2005

Проект: Управление развитием системы социальной защиты: социальное страхование, медицинское страхование и пенсионное обеспечение.

Продолжительность: 1997–2000 гг.

Донор: Европейское Сообщество (ЕС).

Краткая информация: Главной задачей проекта было достижение консенсуса по отдельным вопросам в области социального обеспечения при помощи широкого вовлечения российских организаций и ведомств и регулярного консультирования по вопросам формирования политики специалистами высокого уровня. Кроме того, проект провел консультирование по вопросам политики и предоставил подробные рекомендации, разработав сценарии возможных комбинаций отличных друг от друга принципов (солидарность против страхования), а также рекомендации по различным способам финансирования социальных услуг.

Полная информация:

http://zdravinform.ru/dev/html/rus/projects/pr_passport.php?ppprojectid=113.

Основные документы:

- ♦ Анализ финансовых потоков в системе здравоохранения и медицинского страхования в аспекте их реформирования (Куранова Н.Е., 1999).

В Библиотеке можно скачать электронную версию документа на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=736.

- ♦ Аналитический обзор деятельности Ярославского ТФМС по организации обеспечения защиты прав застрахованных.

В Библиотеке можно скачать электронную версию документа на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=720.

- ♦ Германская и австрийская системы медицинского страхования (Описание двух систем с учетом Российской системы социального страхования).

В Библиотеке можно скачать электронную версию документа на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=737.

- ♦ Оценка отношения к реформам и преобразованиям в финансировании и обеспечении здравоохранения в четырех регионах Российской Федерации. Исследование проводилось в следующих субъектах РФ: Ярославль, Мурманск, Москва и Московский регион. Основной областью исследования было определение альтернативных источников финансирования и, в частности, желания и способности пользователей нести затраты по медицинскому обслуживанию.

В Библиотеке можно скачать электронную версию документа на русском языке: http://zdravinform.ru/dev/html/rus/documents/mat_passport.php?ppmaterialid=723.

Информационный бюллетень распространяется свободно по электронным адресам, включенным в список рассылки. Добавить новый адрес в список, а также отказаться от рассылки можно по адресу: bulletin@zdravinform.ru.

Вводный выпуск бюллетеня был опубликован в журнале «Менеджер здравоохранения», 2005, №1, с. 39–43.

Контактная информация на сайтах: <http://zdravinform.ru>
<http://mednet.ru/whodc>



МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ ЭФФЕКТИВНЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ОСНОВАННОЕ НА ЗАКОНАХ РЫНКА?

ОТ РЕДАКЦИИ:

В конце декабря 2004 года в журнале «Эксперт» (№48, 20–26, от 12.2004, с.96–104) было опубликовано интервью Ольги Власовой («Рецепт всеобщего благосостояния») с одним из ведущих западных специалистов по организации здравоохранения Скоттом Гринером, основные тезисы которого сводятся к следующему:

♦ **Здравоохранение не может быть эффективным, если оно основано на законах рынка.**

♦ **Лучше работают те системы, что основаны на всеобщем перераспределении рисков. Нам показалось оправданным предоставление страниц рубрики «Зарубежный опыт» для публикации развернутого реферата этого материала.**

– **Вы считаете, что модель европейского государства всеобщего благосостояния лучше американской модели?**

– У всех стран есть своя система государства всеобщего благосостояния. Даже в Гонконге. В Америке она тоже существует. Вопрос в том, насколько она хороша. Американская система государства всеобщего благосостояния предлагает очень плохое обслуживание для наиболее бедной части населения. Несмотря на это, она оказывается очень дорогой. Если европейские государства в среднем тратят на медицинское обслуживание восемь процентов от ВВП, при этом оно всеобщее и качественное, то в США тратят семнадцать процентов, и это медицинское обслуживание значительно худшего качества и покрывает оно далеко не все население. В Америке есть даже система для поддержания среднего класса. Она скрыта от глаз, ее не видно, но она имеет огромное значение. Например, если изучить налоговый кодекс, то обнаружится, что обеспечение жильем субсидируется. Проблема, однако, состоит в том, что, хотя социальная система там и существует и как-то работает, постепенно число сбоев и проблем растет, и любому вдумчивому наблюдателю видно, что в ближайшем будущем это вызовет гигантские проблемы.

– **В этом году я присутствовала на лекции, которую читал представитель Commonwealth Fund. Лекция была посвящена системе здравоохранения. По мнению специалистов фонда, в США превосходная система здравоохранения.**





— Некоторые части американской системы предлагают самую лучшую систему здравоохранения в мире. Во-вторых, если посмотреть внимательно, американская система здравоохранения так же, как и европейская, зависит от значительных вливаний общественных денег. Многие из лучших американских медицинских учреждений – это, например, университетские клиники, которые получают невероятные по величине суммы из федерального бюджета. Многие американцы говорят, что это прекрасная система, потому что если у вас есть деньги или хорошая страховка, то вы получаете великолепный уход. Но существует и другая точка зрения: если эта система не универсальна, то она плоха. Даже если говорить только о качестве и не затрагивать этические вопросы, то, согласно исследованиям, США начинают отставать от других развитых стран по самым основным показателям медицинского обслуживания. США стали меньше вкладывать в технологии, там меньшее число коек на душу населения, меньшее число врачей на душу населения. Похоже, что система начинает сыпаться вследствие недостаточного охвата в сочетании с высокой стоимостью. Как я уже говорил, США функционируют, но там нарастают серьезные структурные проблемы.

— Вы считаете, что американская система здравоохранения на грани серьезного кризиса?

— Американская система медицинского обслуживания финансируется за счет двух типов денежных поступлений: медицинское страхование, предоставляемое работодателем, и медицинское страхование, предоставляемое правительством. В течение длительного времени эта система работала. Если у вас была работа, тогда за ваше медицинское обслуживание платил работодатель. Если же вы были слишком бедны или стары, тогда вы получали федеральное финан-

сирование. Что же происходит в сфере здравоохранения сейчас? Из-за большого количества платных клиник и благодаря тем, кто в состоянии за это платить большие деньги, растет конкуренция между медицинскими учреждениями. Это в свою очередь приводит к невероятному росту цен – идет борьба за хороших врачей, более качественное оборудование стоит дороже. Так как цены растут, то одна и та же сумма денег, на которую можно рассчитывать по страховке, покрывает все меньшее количество услуг. В целом для медицины оптимальна ситуация, когда только процентов десять системы регулируется рыночными отношениями, – это придает системе некий динамизм, но не создает больших перекосов.

В США сейчас происходит невероятный, космический рост цен на медицинское обслуживание. В некоторых штатах – до пятнадцати процентов в год. В результате, например, компания DaimlerChrysler тратит на здравоохранение сейчас больше, чем на производство отдельных видов продукции. Как вы думаете, нравится ли это ей, а также другим пятистам крупнейшим компаниям США? Разумеется, в ближайшее время они постараются уменьшить свои расходы – и набор услуг, предоставляемых по страховке, станет еще меньше. Такие проблемы касаются самых крупных компаний, что же говорить про средние и мелкие: они вообще не могут позволить себе медицинскую страховку. В итоге каждый человек из последних сил цепляется за работу в крупной компании, потому что это обеспечивает медицинское обслуживание ему и его семье, люди боятся проявлять инициативу, открывать свой бизнес или уходить в новые маленькие компании, что тормозит экономический рост.

Эти процессы происходят начиная с 1994 года, когда корпорации, чтобы сократить затраты, «зарезали» план развития здравоохране-



ния Президента Б.Клинтона. И с 1994 года мы наблюдаем эту невероятную инфляцию цен. Компании используют разнообразные схемы, чтобы не финансировать систему здравоохранения. Одна из таких схем, например, подразумевает, что вам ежемесячно выплачивается некоторая сумма, которую вы можете поместить на счет для оплаты вкладами. Старые и больные вынуждены оставаться в тех фондах, которые обходятся все дороже и дороже. В результате, однако, плата становится все выше и выше и в тех, и в других, и это замкнутый круг.

В этом состоит одна из самых серьезных проблем американской системы медицинского страхования. Мы называем это негативным отбором. Если предоставить людям возможность выбирать для себя страхование, страховые фонды будут заполнены людьми, которым требуется большой уход. А тогда за счет чего этот фонд может оплачивать их дорогое медицинское обслуживание? Вот почему так важны глобальные системы. Они позволяют так организовать обслуживание, чтобы здоровые и больные не разделялись на отдельные группы, а разумно делили риск. А американская система этого не позволяет. Вот почему все системы, кроме американской, пошли по пути единого финансирования. Немцы делают это за счет расходов общества, британцы – за счет налогов, у канадцев есть особый фонд. Но все осуществляют это через систему единого финансирования, потому что это единственная возможность заставить молодых и здоровых платить за тех людей, с которыми реально связаны расходы в здравоохранении.

– Чем вызван резкий рост стоимости медицинского обслуживания в США?

– Вы знакомы с понятием эластичности цен? Например, цена часов обладает низкой эластичностью. Меня не слишком волнуют часы, поэтому я могу приобрести дешевую модель, а то и вовсе обойтись без часов. Цена услуг здра-

воохранения исключительно неэластична. Потому что ради своего здоровья я заплачу любые деньги – столько, сколько никогда не пожертвовал бы на что-либо другое. Добавьте сюда то, что и врач, и пациент неосознанно всегда стремятся потратить больше. Так возникает огромная проблема с финансированием услуг здравоохранения. Услуги здравоохранения построены по принципу предоставления надлежащего обслуживания за разумные деньги, что подразумевает сдерживание затрат. В этом конфликт.

С одной стороны, врач с пациентом считают, что только они имеют право решать, что им нужно, а с другой, есть определенные лимиты затрат, из которых нельзя выходить. Огромная часть американского медбюджета (поверить даже трудно, но это доходит до сорока процентов) – административные расходы. То есть расходы на людей, которым фактически платят за то, чтобы они сдерживали рост издержек. Но это не срабатывает. Вы и ваш врач принимаете решение о том, что вам нужно, а потом администрация говорит вам, что вы этого не получите, потому что, с их точки зрения, это неразумное расходование средств. Что вы делаете? Если вы живете в Британии, то напишете члену Парламента. А если вы в Америке и вашу медицинскую страховку оплачивает компания General Electric, то вы позвоните директору по кадрам и пожалуетесь. GE оплачивает вашу медицинскую страховку, потому что хочет иметь довольного работника, поэтому они свяжутся со страховой компанией и попросят их предоставить вам желаемое. То есть проблема здравоохранения в том, что оно не может быть организовано на рыночной основе, так как эта система не реагирует должным образом на сигналы, поступающие от ценообразования. Я реагирую на повышение цен на компьютеры тем, что не покупаю новый компьютер. Но я не





отреагирую на такой ценовой сигнал в здравоохранении, потому что хочу остаться в живых.

– Не могли бы вы описать, в чем состоит разница между немецкой, британской и французской системами? Какая из них вам больше нравится?

– У каждой из них есть свои достоинства и недостатки. Прежде всего обратимся к принципам страхования. Каждая из этих систем основана на принципе перераспределения рисков: все население оплачивает расходы на здравоохранение и делит риски между собой. Британия использует для этого налогообложение, Германия – систему уравнивания между различными страховыми фондами. Просто все это оформлено по-разному.

В Британии есть министр здравоохранения, который отвечает за миллион сто тысяч человек, работающих в национальной системе здравоохранения. У Шотландии, Уэльса и Северной Ирландии свои министры. В национальной системе медицинского обслуживания – клиники, больницы, скорая помощь. Государство владеет больницами, больницы платят специалистам. Второй тип учреждений – частный. Это первая помощь. Врачам первой помощи нравится считать себя бизнесменами. Но если они бизнесмены, то я – Тони Блэр. Это маленькие предприятия, все средства которых зависят от наличия госконтракта. С тем же успехом их можно считать служащими. Преимущество британской системы в том, что вы точно знаете, сколько на это тратится денег, потому что все это идет через общий бюджет правительства. То есть вам не нужна система контроля, которая требуется в других системах.

Недостаток первый – поскольку все расходы на здравоохранение включены в бюджет правительства, то есть проблема недостаточного финансирования. Есть и серьезные проблемы в

распределении затрат внутри национальной системы здравоохранения. Это вызвано тем, что исторически в Британии очень мало средств вкладывалось в здравоохранение. Система может быть очень эффективна, но даже эффективная система не может обходиться без капиталовложений. Вторым недостатком в том, что британская система бесплатная и всеохватывающая. Здесь возникает проблема с нормированием. Если это серьезная медицинская проблема, вы немедленно получаете лечение, и оно превосходно. Но если это проблема с тазобедренным суставом или катаракта, вам приходится ждать очереди.

– В Британии многие жалуются на медицинское обслуживание, на больницы.

– Прежде всего позвольте мне высказать свое мнение: британцы умеют жаловаться как никто другой. Существует немало стран, где много жалуются, но британцам это особенно удается. Давайте подойдем к анализу издержек и выгод реалистично. Что такое национальная система здравоохранения? Она сложна для пациента, но любая система сложна для пациента. Никто в действительности не в состоянии построить систему, основываясь на точке зрения пациента. Вам приходится ждать. А когда вы приходите в больницу, вы обнаруживаете, что ее построили сто лет назад и выглядит она не очень. Итак, ваш опыт свидетельствует, что вам назначают неудобное время, срок ожидания составит полгода и больница плоха. Все это – наследие недостаточного финансирования. Фактически уже в течение двадцати лет в системе национального здравоохранения не строилось никаких новых медицинских учреждений. Но это можно решить. И мы надеемся, что эти проблемы будут решены в ближайшее время. Скоро будут сданы в эксплуатацию самые большие больничные площади за всю историю Британии.



Немцам, в отличие от британцев, нравится делать вид, что у них есть несколько конкурирующих между собой фондов. В действительности это совершенно не так. Раньше эта система и впрямь состояла из конкурирующих фондов, но немцы столкнулись с тем, что она не работает. Были, например, корпоративные фонды типа Siemens, а также маленькие хилые компании, там ставки были низкие, но и брали туда только избранных. При этом существовал общенациональный фонд, куда брали всех: и тяжело больных, и инвалидов. В Siemens ставка была три процента, а в общенациональном фонде – четырнадцать процентов. В результате получалось, что самые бедные платят за медицинское обслуживание больше всех.

В итоге немцы решили эту проблему так: они создали федеральное агентство, расположено оно в Берлине и фактически оно отбирает все деньги, взимаемые этими организациями, перераспределяет их из расчета на одного пациента и пересылает обратно. Таким образом немецкую систему спасает то, что в реальности между фондами нет конкуренции. Это та же самая универсальная система разделения риска, как и в Великобритании.

Зачем немцы делают это именно так? Во-первых, это вызвано тем, что в Германии сохраняется иерархическое общество. Общий фонд – недостаточно крутой фонд. Во-вторых, это позволяет им разделить покупателя и поставщика. Фактически они не пользуются этим, но в теории общенациональный фонд или любой другой фонд может отказаться оплатить лечение, которое, на его взгляд, не было необходимо пациенту. В-третьих, это усложняет контроль над расходами. Помните, в Британии это налоги: вы платите налоги, практически каждый пенни, который вы платите, идет правительству. В Германии все это разделено, каждый расход идет отдельной строкой в вашем фонде зара-

ботной платы. И люди сами решают, каков должен быть вклад в страхование, не привлекая к этому правительство. В результате из немецкой системы вы можете извлечь больше денег, поскольку сотрудники фондов – люди более независимые, чем политики. А чем больше денег вы тратите на медицину, тем больше денег туда приходит. Таким образом, это способ привлечь дополнительные средства в систему. Если предоставить возможность выбора пациенту и ослабить бюджетные ограничения, то в рамках немецкой системы вы получите более дорогой уход и большие возможности выбора. Получается, если у меня катаракта, в Германии я получу прием у офтальмолога практически мгновенно и мои процедуры будут оплачены. В Британии мне придется ждать, потому что они считают, что это не является первой необходимостью, с медицинской точки зрения. В Британии я заплачу меньше, получу более дешевое обслуживание и буду ждать. В Германии я заплачу больше и не буду ждать.

– **А вы что предпочитаете?**

– Это вопрос общественных ценностей. Я предпочитаю британскую национальную систему здравоохранения, потому что в целом медицинское обслуживание в этой системе лучше. Проблема немецкой системы в том, что в нижнем сегменте она весьма хороша. А серьезный недостаток ее в том, что по многим причинам (исключительно технического характера) сложно найти средства для финансирования действительно хороших больниц. То есть, с точки зрения обычного медобслуживания, немецкая система очень хороша. Но если вам потребуется что-то действительно экзотическое, то вас (пациента) отправят в Париж, Лондон или Вену.

Что касается принципов финансирования различных систем, то они становятся все более и более похожими. Французская система, по существу, – это ухудшенный вариант немецкой.





У испанцев и итальянцев – ухудшенная британская модель. У шведов этим занимаются региональные власти, но затем у них вступает в действие значительная программа национального выравнивания. Поскольку в противном случае Гетеборг оказался бы банкротом, а Упсала бы разбогатела. Таким образом, шведы осуществляют все это по территориальному признаку, немцы разделяют это между фондами, применяя выравнивание, а британцы используют систему налогообложения. Что касается пациентов, то каждый швед где-то живет, и это определяет схему его медицинского обслуживания. Что касается немецкого пациента, то у него сто восемьдесят различных вариантов, и все они более-менее аналогичны.

– Что вы думаете о расширении ЕС за счет значительно более бедных стран Восточной Европы? Не угрожает ли это существованию государства всеобщего благосостояния в Европе? Не понизит ли общеевропейские стандарты этого благосостояния?

– В рамках ЕС сегодня нет никакого механизма, который позволил бы экспортировать шведские, немецкие или британские стандарты в Литву. Это означает, что в общем-то существование государств всеобщего благосостояния очень хорошо защищено от проблем европейской интеграции. Возьмем то же здравоохранение. Если вдруг все литовские пациенты пожелают получить лечение, предусмотренное для немцев, то счет за это лечение получит правительство Литвы. С другой стороны, в Британии сегодня много приезжих врачей, которых с удовольствием берут на работу. Половина из них – из Восточной Европы. Таким образом, у Минздрава Литвы могут возникнуть проблемы. Гипотетически пациенты из Литвы отправятся на лечение в Германию, где стоимость лечения будет в пять раз выше, чем стоимость аналогичного лечения в самой Литве, и литовский Минздрав

завалит счетами из Германии. В то же время литовские врачи уезжают на работу в Лондон. С точки зрения ЕС – это проблема Литвы. Пусть лучше платят своим врачам.

– Как эти страны будут со всем этим разбираться?

– Прежде всего правило гласит: каждый, кто вступает в Европейский Союз, становится богаче. Не было ни одной страны, которая не стала бы богаче после вступления в ЕС.

– А Греция?

– Греция просто застыла на месте. Но даже и греки преодолели инфляцию и стимулировали свой экономический рост. Полагаю, что, с точки зрения статистики, из десяти присоединившихся стран две могут потерпеть неудачу. Но идея в том, что если они будут проводить правильную политику, то они могут значительно преуспеть. Мы уже видим ряд примеров. Так, Чехия превращается в филиал немецкой автомобильной промышленности. Для них это хорошо. Эстония и другие страны Балтии выполняют большие подряды для скандинавских стран. Так начинала и Испания.

Теперь вернемся к государству всеобщего благосостояния. Если вы живете в бедной стране, вы просто получаете плохое обслуживание. Существуют, разумеется, группы, которые преданы идее улучшения и распределения благ, которые говорят об устойчивой системе пенсионного обеспечения и прочее. Но в действительности это не имеет серьезного отношения к продвижению общеевропейских стандартов. Поскольку идея Европейского Союза была разработана богатыми странами, где уже существовали хорошо развитые системы государства всеобщего благосостояния, у них было одно желание – чтобы ЕС этого не касался.

– То есть у ЕС нет какой-либо всесторонней согласованной политики в отношении других стран в сфере здравоохранения?



– Всем странам ЕС необходимо иметь всеобщее здравоохранение, всеобщее пенсионное обеспечение и всеобщее образование. Но то, как именно вы этого достигнете, – это ваше дело.

– Считается, что на чрезвычайные ситуации рыночные системы реагируют быстрее и более адекватно. Возьмем для примера появление новых болезней или эпидемии. Какая система – американская или европейская – лучше отреагирует на такие вызовы?

– Сегодня во всем мире положение дел в сфере контроля над инфекционными заболеваниями отвратительное. Люди часто задаются вопросом – как предусмотреть систему защиты на случай возникновения серьезной всемирной эпидемии? Но если проанализировать различные существующие в мире принципы борьбы с инфекционными заболеваниями, то станет ясно: лучшее, что мы могли бы сделать в этом случае, – это покончить жизнь самоубийством. Ни европейская, ни американская система сейчас не в состоянии ответить на такой вызов.

Дело в том, что система контроля над инфекционными заболеваниями избыточна. Она предполагает наличие специальных инспекторов, которые расследуют вспышки заболеваний. Они исследуют пациентов, обращающихся в больницы со странными заболеваниями. Выясняют, с кем те разговаривали, где побывали, что ели, не путешествовали ли. Понятно, что большую часть времени этим людям просто нечего делать, странные заболевания случаются нечасто.

Но появившись некое странное заболевание, нам понадобится лаборатория. А большую часть времени эта лаборатория нам не нужна. У меня как у потребителя нет никакой ежедневной потребности в услугах этой ветви здравоохранения. Я не заинтересован платить за лабораторию, которая будет простаивать и задача которой распознать некое гипотетическое заболевание. В результате государство не хочет со-

держивать эту структуру и отдает ее на откуп частному сектору, заключая с ним договор. И тут все становится совсем плохо, так как у частной клиники вообще нет и не может быть никакого стимула ответственно заниматься этими проблемами, а у государственного здравоохранения очень ограниченные возможности для контроля за этими структурами. Это абсолютно классический пример проблемы, порождаемой рыночной экономикой. Речь идет об оплате чего-то, чем вы не пользуетесь, но важность того, чтобы это что-то было в наличии, очевидна. Вот все страны, и Америка в том числе, прибегают к услугам частного сектора.

Разницы между Америкой и Европой в сфере инфекционного контроля нет практически никакой еще по одной причине. Здесь вам не нужна структура, подобная рынку, здесь вам требуется структура, подобная армии. Большую часть времени вы ее не используете, но вам нужны люди, нужна немедленная связь, вам требуются большие резервы. Вот почему некоторые страны эту область фактически милитаризируют. Американские должностные лица в этой области здравоохранения носят звание генерального врача. Все это очень похоже на военную организацию. Правительства инвестируют в эту сферу по принципу: лишь бы хватало, но частный сектор практически вообще ничего в нее не вкладывает.

– Как вы думаете, какую систему – европейскую или американскую – выберут развивающиеся страны?

– В развивающихся странах мы столкнемся с проблемой: платежеспособный спрос и реальный спрос сильно отличаются друг от друга. Фактически вы имеете дело с двумя рынками. У вас есть люди, испытывающие потребность в некоторых базовых вещах. Им прежде всего понадобится хорошая повивальная бабка. Забудьте о врачах. С другой стороны, там есть некое





число обеспеченных людей, которые хотят получить весь спектр западных медицинских услуг. Разрешить эту ситуацию возможно, но вам придется бороться с коррупцией, так как в системе нет достаточных средств. Если же вы адаптируете систему к такой ситуации, то потом, когда страна станет богаче, эта система будет тормозить дальнейшее развитие. Неплохим выходом может быть ирландская методика. Эта методика позволяет придать коррупции определенную форму. Скажем, если вы делаете некоторое подношение своему врачу, давайте оформим это соответствующим образом. Пусть врачу причитается с этого подношения определенный процент. Таким образом, когда страна станет богаче, вы сможете отказаться от этой системы. Врачам просто будут платить больше. Вот с таких позиций надо думать о будущем.

Другой важный аспект. Для большинства развивающихся стран действительно значительные сдвиги в системе здравоохранения связаны с улучшением системы оказания первой помощи. Если у вас правильная система первой помощи, с больницами можно подождать. Но те классы населения, которые определяют политику этих стран, как правило, уже сегодня хотят для себя модных больниц западного типа. Реальную же отдачу от системы здравоохранения можно ожидать при правильном построении системы оказания первой помощи.

– Что бы вы посоветовали российским специалистам?

– Я не эксперт по России, но все, что я читал, готовясь к этому разговору, подсказывает: основная причина высокого уровня смертности – неправильная организация российской системы медицинского обслуживания, а не проблема алкоголизма, как это обычно считается. Корень российских проблем – разрушение системы оказания первой помощи. Больницы – это второй вопрос. На примере Литвы, Латвии, Эс-

тонии и тех стран Восточной Европы, которые в свое время позаимствовали советскую систему, видно, что вся система здравоохранения построена вокруг «отслеживания», а не «взаимодействия». Ваша система построена для борьбы с инфекционными заболеваниями – она в состоянии отследить, что со мной происходит. Она покажет, что у меня нет никаких заболеваний, но при этом я могу оказаться алкоголиком. То есть отсутствует комплексный подход к лечению. Чрезмерное внимание к вопросам отслеживания заболеваний мешает своевременно выявить, что необходимо долгосрочное вмешательство.

А есть еще миллионы, миллионы и миллионы больничных коек, которые не используются должным образом. Содержание тысяч плохих больниц – это неэффективный способ тратить средства. В конце концов вы столкнетесь с проблемой плохой хирургии. Возьмем Испанию, там была такая же проблема: миллионы коек повсеместно, в плохо оборудованных больницах, где не было даже водопровода. Испанцы поступили так: они превратили две трети своих больниц в рестораны. Это позволило им сконцентрировать медицинские ресурсы в действительно работающих больницах, а не прикрываться возможностью проводить операции в убогих больницах, где нет абсолютно никаких условий. Хирургические операции отдали в ведение региональных центров. Небольшие же больницы, которые не соответствуют стандартам, нужно всего лишь привести в порядок и превратить их в центры ухода. Речь не идет о тех, кому требуется сложное лечение, речь о тех, кому требуется помощь медсестер. Наверное, такая система – не лучшее решение в долгосрочной перспективе, но в течение некоторого времени она помогает взять под контроль коррупцию и проанализировать, насколько оптимально распределяются средства.



О.П.ШУЛЬДИНЕР,

директор НП «Торговый Петербург»

Ф.Н.КАДЫРОВ,

заместитель председателя Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

ОТНОШЕНИЕ К ПЛАТНЫМ УСЛУГАМ ПОСЕТИТЕЛЕЙ ВЫСТАВКИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ – ЧТО ОСТАЛОСЬ «ЗА КАДРОМ»?

Проблема платных медицинских услуг волнует многих: и население, и медицинских работников, и органы управления здравоохранением, и целый ряд других структур. Тем не менее, всех в первую очередь интересует отношение к платным услугам основных потребителей этих услуг – населения. Для медицинских учреждений (независимо от организационно-правовой формы и формы собственности) – это изучение рынка, для органов управления здравоохранением – оценка правильности политики в отношении платных услуг.

Поэтому Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга оказывает поддержку выставкам медицинских услуг не только как форме продвижения цивилизованных платных услуг (в противовес теневой оплате в здравоохранении), но и как источнику независимой информации об отношении населения к платным услугам. В частности, прошедшая в период с 1 по 3 октября 2004 г. в Санкт-Петербурге III выставка медицинских услуг «Экспомед» сопровождалась маркетинговым исследованием по проблемам платного здравоохранения. Вопросы для опросника были составлены с участием представителей Комитета по здравоохранению.

В выставке приняли участие многие ведущие медицинские организации города.

Выставку посетили около 9000 жителей Санкт-Петербурга. Всего было опрошено 288 человек (см. приложение № 1). Посетители выставки – в основном женщины (68 %), люди активного возраста от 25 до 54 лет, имеющие высшее или незаконченное высшее образование, с уровнем дохода средним и выше среднего. При этом 46 % респондентов пользовались в течение последнего года только платными медицинскими услугами. 69 % респондентов считают, что выставка была для них полезной и даже очень полезной.

На первый взгляд результаты опроса оказались достаточно стандартными. Однако более детальный анализ показывает, что формы оказания платных услуг далеки от наиболее рациональных – в этой сфере имеется достаточно много проблем.

Так, согласно результатам опроса, 35,7% горожан предпочитают получать платную медицинскую помощь в государственных медицинских учреждениях, 28,9% – в частных клиниках, а 35,4% – не придают значения, государственное это учреждение здравоохранения или частное. Как видно, получение платной медицинской помощи в

© О.П.Шульдинер, Ф.Н.Кадыров, 2005 г.





частных клиниках не стало для горожан приоритетным. Несмотря на то, что платные услуги, оказываемые в государственных учреждениях здравоохранения, являются для них существенным финансовым подспорьем, эту ситуацию в целом следует рассматривать скорее как негативную. В большинстве развитых стран платные медицинские услуги сосредоточены именно в частных клиниках, а в учреждениях здравоохранения общественного сектора услуги в основном бесплатные. Очевидно, причины отмеченного выше отношения граждан к частным клиникам кроются в следующем:

- ♦ число и мощность частных клиник, а также виды оказываемых в них услуг значительно уступают возможностям оказания платных услуг в государственных учреждениях здравоохранения;
- ♦ значительная часть платных услуг является сопутствующими к бесплатной помощи в государственных учреждениях здравоохранения;
- ♦ в частных клиниках цены, как правило, гораздо более высокие;
- ♦ по тем или иным причинам частные клиники не всегда вызывают доверие населения.

На вопрос о том, в какой форме предпочтительна оплата услуг, осуществляемая из своих собственных средств, 70% горожан ответили, что предпочитают оплачивать услуги наличными, а 30% – при помощи добровольного медицинского страхования. Это тоже не соответствует мировой практике, когда в развитых странах основной объем платных услуг оказывается по системе медицинского страхования. Это говорит о недостаточной развитости системы добровольного страхования, потенциально способной обеспечить для граждан как финансовые выгоды, так и более надежную защиту их прав.

Среди недостатков платных медицинских услуг в первую очередь были названы: «высокая цена» (56,5%) и лишь затем «упор на сервис в ущерб качеству» (18,5%) и «необходимость

оплачивать не только саму медицинскую услугу, но и сервисную составляющую» (10,5%). Как видим, основная часть потребителей платных медицинских услуг либо не возражает против того, что, оплачивая платные услуги, они оплачивают и сервисную составляющую, либо просто не акцентирует на этом внимания, считая, что всему виной завышенные цены (но ведь цены на платные услуги выглядят высокими часто именно из-за того, что в цене учитывается сервисная составляющая).

Довольно неожиданными оказались ответы на вопрос о том, замещают ли официальные платные услуги теневую оплату медицинских услуг. Большинство горожан (52,1%) считают, что официальные платные услуги не замещают теневую оплату медицинских услуг. И только 37% опрошенных считают, что платные услуги полностью или частично замещают теневую оплату. Означает ли это несостоятельность распространенного мнения о том, что развитие официальных платных услуг следует рассматривать как фактор противодействия теневой оплате? Вряд ли. Во-первых, 37% опрошенных, поддерживающих указанную точку зрения, – это весьма существенная часть респондентов. Во-вторых, даже если развитие официальных платных услуг только в каждом третьем случае ведет к уменьшению теневой оплаты, то и это хорошие результаты. В-третьих, судя по предпочтениям респондентов оплачивать услуги наличными, они под официальными платными услугами понимают в основном именно платные услуги, оказываемые за наличный расчет. Добровольное же медицинское страхование однозначно считается более эффективной мерой вытеснения теневой оплаты по сравнению с оплатой за наличный расчет. Наконец, ответы на данный вопрос должны дать пищу для размышления органам управления здравоохранением – очевидно, далеко не во всех случаях развитие платных услуг осуществляется с соблю-



дением всех необходимых требований. Ведь хорошо известно, что официальные платные услуги, оказываемые с нарушениями, могут содействовать вымогательству со стороны медицинского персонала (то есть как раз стимулировать теневую оплату).

Хотя желание населения заплатить по возможности минимальную цену оказалось предсказуемым (25 % согласны оплатить за консультацию не более 100 рублей, а 12 % с радостью бы ничего не платили), тем не менее, для 40,2 % горожан приемлемая стоимость 1 консультации оказалась в интервале 150-300 руб. Распределение респондентов на отрезке более высоких цен оказалось достаточно равномерным. При этом 8,5% готовы заплатить за консультацию и более 600 рублей.

Оценка соотношения цена/качество оказываемых платных медицинских услуг была достаточно критичной. 72,8% опрошенных считают, что цена не соответствует качеству. И лишь 20% посетителей, обращавшихся за платной медицинской помощью, считают, что цены на услуги соответствуют их качеству.

Наиболее распространенным источником информации о медицинском учреждении 46,2% горожан назвали советы родственников и знакомых. Все остальные источники информации сильно отстают по эффективности воздействия. Так стоящие на втором месте советы специалистов (врачей) получили только 12%. Это определяет приоритетность не внешнего имиджа медицинского учреждения, а восприятия медицинской помощи самими пациентами. Другими словами, важно не то, как смотрится учреждение в глазах потенциального пациента до того, как он попал в него, а как пациент будет относиться к учреждению после выхода из него. Именно от этого в первую очередь будет зависеть, посоветует ли этот пациент своим родственникам и знакомым обратиться в данное медицинское учреждение.

Перечень наиболее востребованных специалистов не стал неожиданностью. С большим отрывом лидируют стоматологи (45,5%), за ними следуют урологи/гинекологи (20,1%). Наименьший интерес среди указанных в анкете специальностей вызвал терапевт. С одной стороны, это традиционная картина в российской практике оказания платных услуг. Но, с другой стороны, это показатель реального развития сектора платных медицинских услуг: пока приходится говорить не о полноценном самостоятельном секторе частного здравоохранения (где роль терапевтов и педиатров должна быть сопоставима с их ролью в общественном здравоохранении), а об отдельных нишах частного здравоохранения, сформированных по принципу наибольшей выгоды.

Среди наиболее важных факторов при выборе клиники были названы рекомендации родственников и знакомых (33,9%) и репутация клиники (22,8%). Обращает на себя внимание тот факт, что значимость цены услуги (10%) оказалась ниже, чем месторасположение медицинского учреждения (13,5%). Скорее всего это касается случаев получения относительно простых и дешевых видов услуг, когда экономия времени и средств, связанных с транспортом, важнее небольшого выигрыша в цене.

Большинство горожан (63%) не отдадут безусловного предпочтения платной медицинской помощи, поступая избирательно: с некоторыми проблемами предпочитают обращаться в платные медицинские клиники, а с некоторыми – в бесплатные. При этом почти 20% опрошенных признают свое обращение за платными услугами вынужденным (10,7% пользуются платными услугами только в том случае, если нет бесплатных аналогов, а 7,4% пользуются платными медицинскими услугами, поскольку бесплатные не устраивают). 11,9% признают преимущества платной медицины, но не могут позволить себе пользоваться ею.





Среди преимуществ платной медицины перед бесплатной указывались: «внимательный и доброжелательный персонал» (22%), «современное оборудование» (20%), «квалифицированный персонал» (17,7%), «отсутствие очередей и бюрократии» (16,9%).

В заключение отметим, что, несмотря на безусловную полезность проведения подобных исследований, относиться к их результатам нужно осторожно. Во-первых, в данном случае среди респондентов только те, кто пришел на выставку. Как уже отмечалось, это в основном лица со средним уровнем дохода и доходом выше

среднего. Поэтому их мнение не совсем точно отражает общее мнение горожан (значительная часть которых не только не имеет возможности регулярно пользоваться платными медицинскими услугами, но и принципиально не признает даже право на их существование). Тем не менее, мнение респондентов крайне важно именно как мнение наиболее вероятных потребителей платных медицинских услуг. Во-вторых, нужно уметь правильно интерпретировать результаты опроса. Как было показано выше, полученные выводы не столь очевидны, как они кажутся на первый взгляд.

Приложение № 1

Результаты маркетингового исследования

Вопросы	Варианты ответов	Результат	
		Количество (чел.)	Проценты (%)
1. В каких учреждениях Вы предпочитаете получать платные услуги:	• в частных;	83	28,9
	• в государственных;	103	35,7
	• не имеет значения	102	35,4
2. В какой форме для Вас предпочтительна оплата услуг, осуществляемая из своих собственных средств:	• за наличный расчет;	201	70
	• страхование в системе добровольного медицинского страхования	77	30
3. Каковы недостатки оказания платных медицинских услуг:	• высокая цена;	129	56,5
	• необходимость оплачивать не только саму медицинскую услугу, но сервисную составляющую;	24	10,5
	• упор на сервис в ущерб качеству;	42	18,5
	• и т.д.	33	14,5
4. Замещают ли, на Ваш взгляд, официальные платные услуги теневую оплату медицинских услуг:	• полностью;	26	13
	• частично;	48	25
	• только в бюджетных мед. учреждениях;	0	0
	• нет;	100	52,1
	• другое;	18	9,4
5. Приемлемая стоимость одной консультации:	• 50–100;	65	25
	• 150–200;	52	20,1
	• 250–300;	52	20,1
	• 350–450;	23	8,9
	• 500;	14	5,4
	• 600 и более;	22	8,5
	• бесплатно	31	12
6. Оценка отношений цена/качества для платных медицинских услуг:	• цена соответствует качеству;	33	20
	• цена выше качества;	120	72,8
	• качество выше цены	12	7,2



Приложение № 1 (окончание)

Вопросы	Варианты ответов	Результат	
		Количество, чел.	Проценты, %
7. Источники информации, используемой при выборе платной клиники:	• советы родственников, знакомых;	142	46,2
	• справочники;	28	9
	• реклама в периодических изданиях;	19	6,3
	• радиореклама;	11	3,6
	• Интернет;	14	4,5
	• советы специалистов (врачей);	37	12
	• телевизионная реклама;	26	8,4
	• наружная реклама в город;	8	2,6
	• тематические выставки;	17	5,5
	• другие источники	6	1,9
8. Наиболее востребованные специалисты, предоставляющие платные медицинские услуги:	• стоматолог;	168	45,5
	• уролог/гинеколог;	76	20,1
	• терапевт;	19	5,1
	• диагностика;	29	7,9
	• хирургия;	26	7
	• офтальмолог (окулист);	20	6
	• другие специалисты	31	8,4
9. Факторы, важные при выборе платной клиники:	• рекомендации родственников, знакомых;	105	33,9
	• репутация клиники;	71	22,8
	• стоимость услуг;	31	10
	• месторасположение;	42	13,5
	• собственный опыт;	39	12,5
	• известность названия (на слуху) ;	11	3,5
	• широкая рекламная кампания;	8	2,6
10. Отношение к платной и бесплатной медицине:	• затруднились ответить	4	1,2
	• с некоторыми медицинскими проблемами предпочитаете обращаться в бесплатные медицинские службы, с некоторыми – в платные;	170	63
	• пользуетесь платными услугами только в том случае, если нет бесплатных аналогов;	28	10,7
	• платная медицина – это хорошо, но недоступно;	32	11,9
	• пользуетесь только платными медицинскими услугами, поскольку бесплатные не устраивают;	20	7,4
	• не пользуетесь услугами платной медицины, хотя и имеют такую возможность;	10	3,7
	• другое	9	3,3
11. Преимущество платной медицины перед бесплатной:	• внимательный, доброжелательный персонал;	87	22
	• квалифицированный персонал;	70	17,7
	• современное оборудование;	79	20
	• выше уровень обслуживания, качество услуг, лечения;	31	7,8
	• быстро, без очередей и бюрократии;	67	16,9
	• комфортные условия (приемная, палаты);	34	8,6
	• затруднились ответить;	15	3,8
	• нет никаких преимуществ	13	3,2

ЭКСПОМЕД ПЕТЕРБУРГ

Единственная
в Санкт-Петербурге
выставка платных
медицинских услуг
для горожан

18-20 марта 2005 Ледовый дворец

/метро "Пр. Большевиков"/

Организатор: НП "Торговый Петербург"
при поддержке Комитета по здравоохранению
Администрации Санкт-Петербурга

В выставке примут участие ведущие
медицинские организации Санкт-Петербурга

Для горожан будут проведены лекции
и консультации лучших врачей города

Генеральный спонсор



Генеральный информационный
спонсор



Информационная поддержка



ВХОД СВОБОДНЫЙ

Подробная информация по телефонам:

(812) 320-3299, 320-2453

и на сайте <http://www.infotrade.ru/expomed/>



Н.Г.КУРАКОВА,
к.б.н., ЦНИИОИЗ МЗ РФ
В.В.ИНКЕЛЕС,
менеджер e-learning-проектов «Новый диск»



ПРОГРАММЫ ПЕРЕПОДГОТОВКИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМАТЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

ОТ РЕДАКЦИИ:

В Решениях Коллегии Минздравсоцразвития РФ «Модернизация здравоохранения» (22.11.2004) записано: «разработать и внедрить программы подготовки современных специалистов в области управления высшего и среднего звена (срок 2005–2007 гг.)».

Как сегодня главврачу получить дополнительное образование по менеджменту, маркетингу, современным информационно-коммуникационным технологиям? Ведь очевидно, что при жестком графике работы и уровне бюджетного финансирования медицинских учреждений возможность поехать в крупный учебный центр и провести там минимум неделю на тренинге или семинаре или несколько месяцев на серьезной 500-часовой программе «Менеджмент в здравоохранении» предоставляется единицам наших коллег. Вместе с тем о желании получить дополнительное бизнес-образование сообщают до 42% опрошенных нами главврачей.

Существует ли решение этой проблемы? Существует и оно эффективно, современно и доступно по цене, если Вы станете участником пилотного проекта, организованного журналом «Менеджер здравоохранения», компанией «Новый диск», ЦНИИОИЗ МЗ РФ под патронажем Минздравсоцразвития РФ.



© Н.Г.Куракова, В.В.Инкелес, 2005 г.



При обсуждении путей реформирования здравоохранения в качестве одной из первоочередных проблем указывается кадровая проблема: отрасли не хватает профессиональных управленцев, владеющих приемами эффективного менеджмента. Решить эту проблему путем создания новых программ подготовки и переподготовки молодых специалистов удастся не скоро. Возможности главного врача получать второе образование с отрывом от места работы весьма ограничены. Но обозначенная проблема имеет современное, эффективное и доступное по цене решение. Получить необходимые навыки и сертификат, подтверждающий овладение ими, можно уже сегодня.

Что такое e-learning?

По данным аналитических агентств США, к 2015 году 60% рабочих мест будут требовать специализированного обучения (10% в 2002 году). В связи с этим приобретает все большее распространение новая форма дистанционного обучения e-learning – интерактивная система электронного обучения через Интернет или Интранет. Онлайн-обучение используют как для повышения квалификации, так и для получения основной профессии. В настоящее время это в основном последипломное образование.

Дистанционное образование (ДО) является гибридом очной и заочной форм обучения. С заочной формой его сближает удаленность преподавателя и ученика. С очной – индивидуальность, наличие учебного плана и возможность общаться с педагогом – тьютором – в специальном чате и путем видеоконференций. Удобством для обучаемого является возможность выбора темпа и последовательности изучения предметов. Какие-то из них, рассчитанные на годовой курс, можно изучить за

один семестр, другие, наоборот, растянуть на два года. Эта форма образования перспективна в первую очередь для регионов, страдающих от образовательного «голода» и недостатка квалифицированного преподавательского состава.

Что такое e-learning в России сегодня? На одну треть – это обучение IT-технологиям (на уровне начинающих пользователей и профессионалов) и на две трети – бизнес-курсы (от подготовки менеджеров продаж до уровня топ-менеджмента). Школа высшего образования пока использует этот ресурс мало. Своими виртуальными порталами сегодня обладают не более десятка учебных заведений: Российский университет Дружбы народов, Современный гуманитарный университет, РЭА им. Плеханова, Центр компьютерного обучения «Специалист» при МГТУ им. Баумана, факультет ВМК МГУ им. Ломоносова, Московский Государственный Университет Экономики, Статистики и Информатики (МЭСИ), Тюменский ГУ (работает над созданием аспирантуры ДО), Волжский ГУ, Уральский ГУ. Для сравнения: более 200 университетов США предлагают дистанционное обучение. В 2004 году им будут обладать уже 90% колледжей Америки. Как и все другое, здесь это и большой бизнес. ДО США получает значительную поддержку государства, обусловленную совокупным дефицитом и дороговизной традиционного образования (к 2005 году затраты на ДО составят 12 млрд. долларов). Сейчас оборот всего рынка ДО в США составляет 4,5 млрд. долларов (в России этот показатель в сфере образования – 500 тыс. долларов, в корпоративном секторе – 9,13 млн. долларов в год). Мировой рынок ДО прирастает в основном за счет США. В 2002 – 2003 годах около 350 тысяч американцев, обучающихся дистанционно, платят учебным заведениям 1,75 млрд. долларов в год, а к 2006 году дистанционно будут обучать-



ся уже 5 млн. американских студентов. Однако лидерство в этой области может в скором времени перехватить Индия: по предварительным оценкам, емкость рынка e-learning к концу 2004 года вырастет до 23 трлн. долларов, а к концу 2009 года – до 182 трлн. долларов.

В Европе ДО очень динамично развивается в Италии, уступая лишь Великобритании и Германии. Великобритания планирует направить свои онлайн-ресурсы не только на внутренний, но преимущественно на внешний рынок. Российский корпоративный рынок e-learning представлен такими известными предприятиями «большого» бизнеса, как «Русский алюминий», «Северсталь», «Газпром», «Норильский никель», «Сибнефть», «Юкос», «УралСиб» (бывший «НикОйл»), «Вымпелком», «БиЛайн», ЦБ РФ, Сбербанк РФ, банк «Русский стандарт», Министерство по налогам и сборам РФ, всего более 30 компаний. Обучение сотрудников проводится через Инtranет без выхода в глобальную сеть. Предприятия привлекают в ДО 5 основных преимуществ:

1. Дешевизна: on-line обходится на 40–60% дешевле традиционных методов обучения, не требует командировочных расходов на выезд тренинг-менеджеров и преподавателей.

2. Доступность: с каждого рабочего места, в удобное время, оперативно.

3. В центре образовательного процесса – обучаемый: неограниченный выбор информации о курсах, подача материала в наиболее желательном ритме и последовательности.

4. Многократное использование одного и того же материала, возможность разделить его на отдельные блоки и интегрировать в различные курсы.

5. Способ сохранения знаний, которые не смогут больше «покинуть» учебное заведение или предприятие вместе с уходом их «носителя».

В настоящее время крупные российские фирмы, сделавшие ставку на e-learning, располагают библиотеками из 20–50 курсов (для сравнения – компания SkillSoft, например, имеет 8000 модулей электронного обучения). Сначала фирмы заказывали контент (наполнение) для своих курсов отечественным разработчикам. Однако из-за отсутствия опыта у российских преподавателей содержание обучающих программ нередко отстает от современности, российские решения бывают масштабируемыми, зачастую опираются на не совсем корректные модели.

Рост отечественного рынка ИТ в 2004 году составил 30–60%, доля дистанционного обучения в нем – 30%. Средний российский учебный центр обучает сегодня от тысячи человек в год. Заметно продвижение ИТ в регионы – учебные центры открывают свои филиалы в крупных городах с развитой ИТ-инфраструктурой: Екатеринбурге, Нижнем Новгороде, Казани, Волгограде, Красноярске, Новосибирске и т.д.

Развитие ДО в России в ближайшие годы активизируется, слишком очевидна экономическая выгода для ВУЗов и корпораций. Обычно корпорации, ВУЗы приобретают гораздо больше 75 курсов, и цена за один курс для одного пользователя достигает даже \$0,01 за один курс.

Зарубежные компании сами готовы инвестировать средства во внутрикорпоративные системы ДО, в первую очередь это известные компьютерные фирмы IBM, Compaq Computer и Hewlett-Packard, но появились среди них и учреждения здравоохранения.

E-learning в здравоохранении

Являясь одним из крупнейших работодателей в Европе, Служба здравоохранения Великобритании NHS проводит политику поддерж-





ки образования своих сотрудников для улучшения работы с клиентами. Компания реализует проект развития лидерских навыков у медсестер. Принимали участие около 35 тыс. медсестер. Создан Интернет-сайт, включающий более 1700 модулей: по бизнесу, менеджменту, лидерству и еще 21 направлению. Контент разработан компанией SkillSoft, подготовлена группа профессионалов для самостоятельного изменения курсов. Это позволило NHS приобрести гибкую систему по цене готового ПО. Стоимость каждого курса электронного обучения оценена в 0,52 доллара, доступ к ним предоставляется бесплатно. Исследования выявили много интересных фактов. Уже на 3 сутки функционирования сайта образовалась очередь. Средний возраст добровольцев составил 41 год, 10% из них были старше 50 лет. На прохождение одного курса затрачивалось в среднем 25 минут. Несмотря на большой интерес к курсам и применение на практике приобретенных навыков, сотрудники неохотно проходили аттестацию после окончания курса, а предпочитали одноразовое восприятие небольшого цельного куска информации. Наиболее популярные предложения пользователей: упростить доступ к информации, организовывать больше встреч, предоставлять информационную поддержку, а также повысить скорость коммуникации. После пробного проекта менеджерами NHS сделаны следующие выводы:

- ♦ электронное обучение привлекает людей разных возрастных групп и пользуется спросом у врачей-профессионалов NHS в Великобритании и за ее пределами;
- ♦ развитие лидерских навыков заинтересовало всех – от руководителей до стажеров;
- ♦ электронное развитие интересует как источник личностного развития и лишь для 25% – как источник карьерного роста;

♦ основная характеристика электронного обучения в том, что оно бесплатно и в идеале предполагает аттестацию;

♦ облегченное электронное обучение, где есть учитель и класс, не намного эффективнее автоматизированного электронного обучения.

Сейчас NHS проводит второй этап ДО, в который вовлечены 40 тыс. сотрудников. Модифицировано и запущено более 50 курсов по развитию лидерства, культуре проявления эмоций, выходу из стресса, распределению времени, работе с проектами, общению с трудными людьми, выходу из конфликтных ситуаций. Интерес к курсам проявляют также люди, не работающие в NHS: врачи, клиенты, работники смежных профессий.

Американская компания Sun Health-care Group, оказывающая медицинские услуги (годовой оборот 3 млрд. долларов), создала собственную систему обучения сотрудников, работающих в 614 отделениях этой фирмы по всему миру. Таким образом, компания не только существенно сократила свои затраты на обучение, но и повысила его качество.

Пилотный проект для руководителей здравоохранения

Первый шаг к использованию e-learning в здравоохранении России можно сделать уже сегодня. Вы можете стать участником пилотного проекта и в течение трех лет обучаться по курсам, разработанным компанией SkillSoft (США), ведущего провайдера электронного обучения. Каталог курсов этой компании насчитывает более 8000 позиций, около 1500 бизнес-курсов, включая большое количество курсов по менеджменту здравоохранения. Около 3000 курсов помогут развить Ваши ИТ-навыки. Курсы SkillSoft поставляются на российский корпоративный рынок русской компанией «Новый Диск».



Чтобы стать пользователями этих программ, нужно всего лишь иметь подключение к Интернету. Получая доступ (логин и пароль) к курсам SkillSoft, Вы сможете обучаться в любое время в любом месте.

На сегодняшний день все курсы из библиотеки SkillSoft на английском языке и только 5 из них – на русском. Поэтому пока формируется пилотная группа пользователей, состоящая из руководителей здравоохранения высшего и среднего звена со знанием английского языка. Такой пилотный проект рассчитан на количество пользователей от 50 до 300. Чем больше врачей примут в нем участие, тем меньше

будет стоимость одного курса обучения (5–10 у.е.).

Обучение на английском языке имеет следующие преимущества:

1. Вы используете оригинальную версию программы.

2. Повышаете уровень владения языком (все курсы озвучены носителями языка).

3. Имеете доступ к большому количеству курсов (выбор из почти 1500 бизнес-курсов).

Впоследствии с появлением курсов на русском языке (к концу 2005 года ожидается 25 русскоязычных курсов) группа будет расширяться, пополняясь врачами без знания английского языка.

Если Вы владеете английским языком и хотите получить доступ к библиотеке курсов ведущего мирового e-learning провайдера SkillSoft, для включения в пилотную группу Вам необходимо:

1. Определить наиболее интересные и актуальные для Вас курсы или целые разделы, воспользовавшись каталогом, который будет размещен на нашем сайте (www.idmz.ru) или предоставлен Вам при обращении в редакцию (idmz@mednet.ru). Просмотреть библиотеку курсов Вы также можете на сайте: www.e-learning.nd.ru в разделе «e-learning решения компании SkillSoft», далее в разделе «Библиотека курсов» выбрать «Бизнес-навыки».

2. Заполнить следующую анкету на русском и английском языках:

Ф.И.О	Адрес	Место работы	Должность	Телефон	Электронная почта
Иванов Иван Иванович					
First name	Last name	e-mail address		Phone number	
Ivan	Ivanov	Ivan.Ivanov@mail.ru		+7 (095) 135-62-64	

3. Направить анкету на два электронных адреса: idmz@mednet.ru и Victoria.Inkeles@nd.ru



ЗАКОН «О ФЕДЕРАЛЬНОМ БЮДЖЕТЕ НА 2005 ГОД» – НЕ ТОЛЬКО ФИНАНСОВЫЙ ДОКУМЕНТ

Безусловно, федеральный закон «О федеральном бюджете на 2005 год» в первую очередь определяет финансовые основы деятельности государства на текущий год. Вместе с тем это не только чисто финансовый документ. Он регулирует деятельность различных субъектов (в частности, медицинских учреждений федерального подчинения), вносит изменения в целый ряд законов (в том числе в Бюджетный кодекс РФ) и т.д.

Рассмотрим ряд статей, имеющих наибольший интерес для медицинских учреждений и органов управления здравоохранением.

В первую очередь покажем важнейшие параметры бюджета. В соответствии со статьей 1 рассматриваемого Закона федеральный бюджет на 2005 год утвержден:

- ♦ по доходам в сумме 3 326 041,1 млн. рублей;
- ♦ по расходам в сумме 3 047 929,3 млн. рублей.

Превышение доходов над расходами федерального бюджета в 2005 году планируется в размере 278 111,8 млн. рублей.

Прогнозируемый объем валового внутреннего продукта составляет 18 720 млрд. рублей.

Ожидаемая инфляция: 7,5–8,5%. Она рассчитывается как соотношение потребительских цен в декабре 2005 года к декабрю 2004 года.

Расходы на здравоохранение в 2005 году планируются в размере 72 238 982,2 тыс.руб. На адресные инвестиционные программы в сфере здравоохранения и спорта планируется выделить 5 645 975 тыс.руб.

Статья 29 Федерального закона устанавливает, что в 2005 году доходы от сдачи в аренду имущества, находящегося в федеральной собственности и переданного в оперативное управление учреждениям здравоохранения, имеющим государственный ста-



тус и финансируемым на основании смет доходов и расходов, в полном объеме учитываются в доходах федерального бюджета и отражаются в сметах доходов и расходов указанных учреждений. Поступившие средства отражаются на лицевых счетах указанных бюджетных учреждений, открытых в органах Федерального казначейства, и направляются на их содержание в качестве дополнительного источника бюджетного финансирования содержания и развития их материально-технической базы сверх сумм, установленных Федеральным законом. Это означает, что доходы от сдачи в аренду имущества должны вернуться медицинским учреждениям федерального подчинения.

Статья 35 определяет, что Правительство Российской Федерации не вправе принимать в 2005 году решения, приводящие к увеличению численности федеральных государственных служащих и работников учреждений и организаций бюджетной сферы, а также расходов на ее содержание. Органам государственной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано не принимать в 2005 году решения, приводящие к увеличению численности государственных служащих и работников учреждений и организаций бюджетной сферы.

Статья 36 устанавливает, что оплата расходов в иностранной валюте, связанных с лечением граждан Российской Федерации за рубежом, осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

В **статье 47** указано, что из Федерального фонда компенсаций выделяются субвенции бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию Закона Российской Федерации от 9 июня 1993 года № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов» в сумме 3 465 830,0 тыс. рублей. Распределение субвенций по субъектам Федерации отражено в приложении 23 к Федеральному закону.

Статья 77 устанавливает, что остатки средств федерального бюджета на 1 января 2005 года на счетах Федерального казначейства, образовавшиеся в результате превышения в 2004 году суммы поступлений в федеральный бюджет над объемом финансирования расходов федерального бюджета по доходам от сдачи в аренду имущества, находящегося в федеральной собственности, разрешенным для использования бюджетными учреждениями в соответствии со статьей 28 Федерального закона от 23 декабря 2003 года № 186-ФЗ «О федеральном бюджете на 2004 год», направляются на финансирование указанных расходов в 2005 году.

Статья 112 устанавливает, что заключение и оплата федеральными учреждениями и федеральными государственными органами договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств федерального бюджета, производятся в пределах утвержденных им лимитов бюджетных обязательств в соответствии с ведомственной, функциональной и экономической классификациями расходов федерального бюджета и с учетом принятых и неисполненных обязательств. Другими словами, нельзя заключать и/или оплачивать договоры на сумму, превышающую выделенные лимиты бюджетных обязательств.

Вытекающие из договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств федерального бюджета, обязательства, принятые федеральными учреждениями и федеральными государственными органами сверх утвержденных им лимитов бюджетных обязательств, не подлежат оплате за счет средств федерального бюджета на 2005 год.

Учет обязательств по аренде имущества и коммунальным услугам, подлежащих исполнению за счет средств федерального бюджета федеральными учреждениями и федеральными государственными органами, финансируемыми из федерального бюджета на основе смет доходов и расходов, обес-





печивается в установленном Правительством Российской Федерации порядке через территориальные органы Федерального казначейства.

Территориальные органы Федерального казначейства имеют право приостанавливать оплату расходов федеральных учреждений и федеральных государственных органов, нарушающих установленный Правительством Российской Федерации порядок учета обязательств, подлежащих исполнению за счет средств федерального бюджета.

Договор, заключенный федеральным учреждением или федеральным государственным органом с нарушением требований данной статьи, либо его часть, устанавливающая повышенные обязательства федерального бюджета, могут быть признаны судом недействительными по иску вышестоящей организации или территориального органа Федерального казначейства.

Субъектам Российской Федерации рекомендовано принять решения, аналогичные решениям в отношении договоров, заключаемых организациями и учреждениями, финансируемыми за счет средств их бюджетов.

Статья 115 устанавливает, что средства в валюте Российской Федерации, полученные федеральными учреждениями от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, учитываются на лицевых счетах, открытых им в территориальных органах Федерального казначейства, и расходуются федеральными учреждениями в соответствии со сметами доходов и расходов, утвержденными в порядке, определяемом главными распорядителями средств федерального бюджета, в пределах остатков средств на их лицевых счетах, если иное не предусмотрено данным Федеральным законом.

Заключение и оплата федеральными учреждениями договоров, исполнение которых осуществляется за счет средств, получаемых от предпринимательской и иной приносящей доход деятель-

ности, производятся в пределах утвержденных смет доходов и расходов.

Учреждения Центрального банка Российской Федерации и кредитные организации обслуживают счета по учету средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, открытые территориальным органам Федерального казначейства, без взимания платы.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации вправе принимать решения об осуществлении операций со средствами от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, полученными учреждениями, находящимися в их ведении, на счетах, открытых им или органам, осуществляющим кассовое обслуживание исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации в учреждениях Центрального банка Российской Федерации или кредитных организациях с учетом положений бюджетного законодательства Российской Федерации. Обслуживание указанных счетов должно осуществляться без взимания платы.

Статья 116 определяет, что средства, полученные от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, не могут направляться федеральными учреждениями на создание других организаций (журнал «Менеджер здравоохранения» давал подробную трактовку подобной статьи Федерального бюджета 2004 года в № 11 за 2004 г., в рубрике «Вопросы и ответы»).

Статья 126 приостанавливает с 1 января по 31 декабря 2005 года действие пункта 1 статьи 223, пункта 1 статьи 224, абзаца второго пункта 1 статьи 249 в части формирования лимитов бюджетных обязательств федерального бюджета на период, не превышающий трех месяцев, пункта 3 статьи 223, абзаца третьего пункта 3 статьи 224, абзаца пятого пункта 1 статьи 249 в части срока доведения лимитов бюджетных обязательств федерального бюджета, пункта 2 статьи 260 Бюджетного кодекса Российской Федерации.



VI Специализированная выставка

“Информационные технологии в медицине - 2005”

Всероссийская конференция

“Информационные технологии в системе реформ здравоохранения”

Тематика выставки:

- ❖ Информатизация здравоохранения на государственном и территориальном уровнях
- ❖ Страховая медицина, экономика здравоохранения
- ❖ Системы комплексной компьютеризации медицинских учреждений
- ❖ Современное оборудование для профилактики, диагностики и лечения с использованием компьютерных систем
- ❖ Телемедицина, интернет-медицина
- ❖ Электронные истории болезни
- ❖ Электронные базы данных, справочники
- ❖ Средства обучения и аттестации, обучающие системы для медицинских учебных заведений
- ❖ Электронные атласы, мультимедийные средства
- ❖ Системы мониторинга
- ❖ Экспертные системы, системы искусственного интеллекта
- ❖ Оборудование и комплектующие для оснащения информационных систем

Оргкомитет:

Тел./факс: (095) 974-63-00, доб. 110, 114, 115, 116

E-mail: medexpo@fairs.ru, www.fairs.ru

Организаторы:

Выставочный комплекс ОП ВВЦ “Наука и образование”
Ассоциация медицинской информатики
Издательский дом “Менеджер здравоохранения”

При поддержке:

Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Российской академии медицинских наук, Международной академии информатизации, Российский государственный медицинский университет, Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

**15 – 18 марта
2005 года**

**Москва, ВВЦ,
павильон №5**



НА ВОПРОСЫ ЧИТАТЕЛЕЙ ОТВЕЧАЕТ д.э.н., профессор Ф.Н.КАДЫРОВ

У нашего бюджетного медицинского учреждения налажено взаимовыгодное сотрудничество с одной из частных фирм? Мы хотим закрепить наши взаимоотношения договором о совместной деятельности. Правоммерно ли в данном случае заключение договора о совместной деятельности?

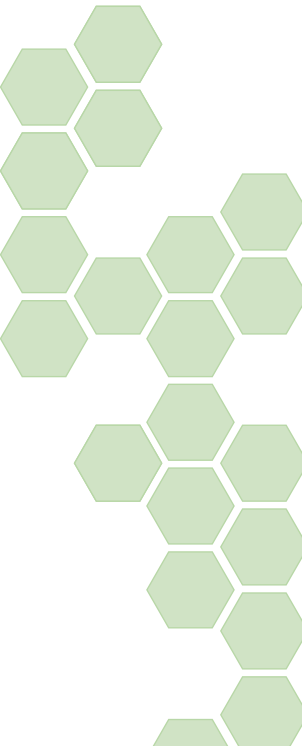
Нет. Заключение бюджетным (государственным или муниципальным) медицинским учреждением договора о совместной деятельности с кем бы то ни было недопустимо. Понятие договора о совместной деятельности определено статьей 1041 Гражданского кодекса РФ. В соответствии с этой статьей договор о совместной деятельности – это синоним договора простого товарищества. По договору простого товарищества (договору о совместной деятельности) двое или несколько лиц (товарищей) обязуются соединить свои вклады и совместно действовать без образования юридического лица для извлечения прибыли или достижения иной не противоречащей закону цели. Сторонами договора простого товарищества (договора о совместной деятельности), заключаемого для осуществления предпринимательской деятельности, могут быть только индивидуальные предприниматели и (или) коммерческие организации.

Государственные же и муниципальные учреждения здравоохранения являются некоммерческими организациями. Следовательно, они не вправе заключать договор о совместной деятельности (договор простого товарищества). Поэтому необходимо (с учетом конкретной ситуации) заключать другие формы договоров: договоры возмездного оказания услуг, договоры аренды и т.д.

Вправе ли врач или медсестра отказаться от обслуживания платного пациента, сославшись на то, что оказание платных услуг – это дело добровольное, и она не хочет обслуживать платных пациентов даже за дополнительную оплату?

Все зависит от того, в основное рабочее время или в свободное от работы время медицинскому персоналу предлагается оказывать платные услуги. Работа сверх основного рабочего времени (работа за пределами нормальной продолжительности рабочего времени) допускается лишь с согласия сотрудника. В этой ситуации медицинские работники вправе отказаться от обслуживания платных пациентов (за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи платным пациентам).

При обслуживании, наряду с «бесплатными», еще и платных пациентов в основное рабочее время в пределах нормальной нагрузки работники не вправе отказаться от обслуживания платных пациентов. Дело в том, что в соответствии со статьей 56 Трудового кодекса РФ работник, принятый на работу по трудовому договору, «обязуется лично выполнять определенную этим соглашением трудовую функцию». Статья 15 Трудового кодекса РФ определяет, что под трудовой функцией понимается работа по определенной специальности, квалификации или должности. Другими словами, работники принима-



ются на работу для выполнения определенных видов работ. Обоснованные возражения с их стороны могут последовать только в случае, если работодатель будет принуждать их выполнять другие виды работ, не предусмотренные трудовым договором. Источник финансирования (бюджет, ОМС, предпринимательская деятельность), как правило, никак не влияет на трудовую функцию работника по оказанию медицинской помощи (исключение составляет оказание, наряду с медицинскими, дополнительных сервисных услуг для платных пациентов, не предусмотренных для других категорий работников и поэтому не входящих в понятие трудовой функции работника). Поэтому отказ от оказания медицинской помощи платным пациентам в этом случае будет расцениваться как неисполнение работником своих трудовых обязанностей.

В случае же, когда речь идет об обслуживании платных пациентов в дополнение к нормальной нагрузке, следует руководствоваться статьей 149 Трудового кодекса РФ. В соответствии с этой статьей «при выполнении работ в условиях труда, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий, работы за пределами нормальной продолжительности рабочего времени, в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни и других), работнику производятся соответствующие доплаты, предусмотренные коллективным договором, трудовым договором». В качестве такой доплаты может выступать дополнительная оплата за счет средств, полученных от оказания платных услуг.



Во всех ли случаях работники, непосредственно занятые оказанием платных услуг, вправе претендовать на дополнительную оплату за счет средств, полученных от оказания платных услуг?

Нет. В целом ряде случаев даже работники, непосредственно занятые оказанием платных услуг, не вправе претендовать на дополнительную оплату. Речь, в частности, может идти о ситуациях, когда объем выполняемой работы в основное рабочее время с учетом услуг, оказанных платным пациентам, не превышает плановой нагрузки (у постовых медсестер, работников лаборатории или в других случаях, когда допускается оказание платных услуг в основное рабочее время). В то же время это не означает запрета на дополнительную оплату труда за счет платных услуг. Будет ли в подобных ситуациях производиться дополнительная оплата труда работнику или нет, определяется трудовым договором, коллективным договором, внутриучрежденческими положениями, регулирующими вопросы оплаты труда.



Что понимается под порядком расчетов при оказании платных услуг?

Под порядком расчетов понимается стоимость услуг (работ), порядок и срок их оплаты.



ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕННЫХ И ПОЛНЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОРГАНОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ

ОТ РЕДАКЦИИ:

В новой структуре федеральных органов исполнительной власти многие из них носят длинные и непривычные названия, что неизбежно ведет к необходимости использования сокращенных наименований. В свою очередь сокращенные названия таковы, что не всегда можно догадаться о полном названии федерального органа. Поэтому ниже приведены расшифровки официальных сокращенных наименований некоторых из федеральных органов исполнительной власти. Желающим ознакомиться с полным списком официальных сокращений рекомендуем обратиться к Распоряжению Администрации Президента Российской Федерации № 1363 и Аппарата Правительства Российской Федерации № 1001 от 6 августа 2004 года, в котором приведен «Перечень полных и сокращенных наименований федеральных органов исполнительной власти».



**Минздравсоцразвития
России**

– Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Роспотребнадзор

– Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Росздравнадзор

– Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

Роструд

– Федеральная служба по труду и занятости

Росздрав

– Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию

ФМБА России

– Федеральное медико-биологическое агентство

ФСКН России

– Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков



Минфин России

– Министерство финансов Российской Федерации

ФНС России

– Федеральная налоговая служба

Росстрахнадзор

– Федеральная служба страхового надзора

Росфиннадзор

– Федеральная служба финансово-бюджетного надзора

Росфинмониторинг

– Федеральная служба по финансовому мониторингу

Казначейство России

– Федеральное казначейство

Минэкономразвития

России

– Министерство экономического развития и торговли РФ

ФТС России

– Федеральная таможенная служба



Росрезерв
Роснедвижимость
Росимущество
Минкультуры России
Росохранкультура

- Федеральное агентство по государственным резервам
- Федеральное агентство кадастра объектов недвижимости
- Федеральное агентство по управлению федеральным имуществом
- Министерство культуры и массовых коммуникаций РФ
- Федеральная служба по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия



Росархив
Роскультура
Роспечать
Минобрнауки России
Роспатент

- Федеральное архивное агентство
- Федеральное агентство по культуре и кинематографии
- Федеральное агентство по печати и массовым коммуникациям
- Министерство образования и науки Российской Федерации
- Федеральная служба по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам



Рособрнадзор
Роснаука
Рособразование
Минпромэнерго России
Росэнерго
Роспром
Ростехрегулирование
Минтранс России
Ространснадзор
Росавиация
Росавтодор
Росжелдор
Мининформсвязи

- Федеральная служба по надзору в сфере образования и науки
- Федеральное агентство по науке и инновациям
- Федеральное агентство по образованию
- Министерство промышленности и энергетики Российской Федерации
- Федеральное агентство по энергетике
- Федеральное агентство по промышленности
- Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии
- Министерство транспорта Российской Федерации
- Федеральная служба по надзору в сфере транспорта
- Федеральное агентство воздушного транспорта
- Федеральное дорожное агентство
- Федеральное агентство железнодорожного транспорта



России
МГПР России
ФАС России
ФСТ России
Росстат
Росгидромет

- Министерство информационных технологий и связи РФ
- Министерство природных ресурсов Российской Федерации
- Федеральная антимонопольная служба
- Федеральная служба по тарифам
- Федеральная служба государственной статистики
- Федеральная служба по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды

Росприроднадзор
Минрегион России
Росстрой

- Федеральная служба по надзору в сфере природопользования
- Министерство регионального развития Российской Федерации
- Федеральное агентство по строительству и жилищно-коммунальному хозяйству

Россвязьнадзор
Росинформтехнологии
Россвязь
Ростуризм
Росспорт

- Федеральная служба по надзору в сфере связи
- Федеральное агентство по информационным технологиям
- Федеральное агентство связи
- Федеральное агентство по туризму
- Федеральное агентство по физической культуре и спорту



24 -25 марта 2005 г.
Москва, Здание Правительства Москвы
(ул. Новый Арбат, д. 36/9)
**«ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В
СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ,
ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ»**
Третья научно-практическая конференция
Тематическая выставочная экспозиция



Конференция проводится в рамках направления **«Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение г. Москвы и Московского региона».**

Организаторы конференции:

Департамент здравоохранения города Москвы

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

Цель конференции: информирование специалистов отрасли о состоянии проблемы с внутрибольничными инфекциями в стационарах мегаполиса, о современных методах профилактики и лечения внутрибольничных инфекций, внедрении современных медицинских технологий в клиническую практику.

Основные тематические направления конференции:

- гнойно-септические инфекции в многопрофильных стационарах, система профилактики, диагностики и лечения осложнений;
- диагностика и лечение гнойно-септических инфекций в хирургической практике, химиотерапия, химиопрофилактика;
- внутрибольничные инфекции в учреждениях родовспоможения, гнойно-септические инфекции в гинекологической практике, оптимизация антибактериальной терапии в роддомах
- дезинфекция и стерилизация в больничных учреждениях, новые технологии

Докладчики и аудитория: В работе конференции примут участие руководители и врачи - специалисты больниц, клиник Москвы и Московской области. С докладами по тематике конференции выступят главные специалисты Департамента здравоохранения города Москвы, Минздрава РФ, ведущие ученые и практики.

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

Адрес: г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9 (Проезд до ст. метро Краснопресненская, Смоленская (Филевской линии), Арбатская (Арбатско-Покровской линии)).

Время проведения: 24, 25 марта 2005 г. с 9.00 до 17.00 (Посещение бесплатное, вход по пригласительным билетам).

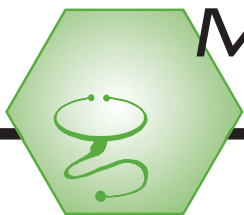
Приглашаем Вас принять участие в работе конференции и выставки



109240, Москва, ул. Николоямская, д. 21/7, офис 36

Тел./факс: (095) 915-23-03, 915-49-99, тел.: (095) 540-06-42, 540-06-43, 109-13-30

E-mail: info@infomedfarmdialog.ru, www.infomedfarmdialog.ru



Менеджер
здравоохранения

