

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9. 2005



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

Менеджер здравоохранения

НА НАШЕМ САЙТЕ:

WWW.IDMZ.RU

Смотрите полные тексты следующих
Приказов Минздравсоцразвития России за май 2005 г.:

☞ «О внесении изменений во временные критерии определения степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденные Постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации» от 18 июля 2001 г. № 56 и №329 от 13 мая 2005 г.

☞ «О внесении изменений в Приложение № 2 к Приказу Минздравсоцразвития России от 16 августа 2004 г. № 83 «Об утверждении перечней вредных и/или опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения этих осмотров (обследований)» № 338 от 16 мая 2005 г.

☞ «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» № 376 от 31 мая 2005 г.

☞ «Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» № 375 от 30 мая 2005 г.

☞ «О внесении дополнений в Приказ Минздрава России и РАМН от 13.12.2001 № 448/106 «Об утверждении перечня органов человека – объектов трансплантации и перечня учреждений здравоохранения, которым разрешено осуществлять трансплантацию органов» № 30 от 16 мая 2005 г.

WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU WWW.IDMZ.RU

Менеджер здравоохранения

№9
2005

Главный редактор:

СТАРДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

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

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
к.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Редакционная коллегия:

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

В номере:

Виды медицинской помощи, типы организаций здравоохранения, источники финансирования в здравоохранении. Разграничение полномочий по уровням власти. **Часть 2**

Н.Б.Найговзина, Н.А.Пудовкина

4-11

Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения

В.О.Флек, Н.А.Кравченко, Н.Ф.Соковицова

12-21

Некоторые правовые проблемы реализации Федерального закона от 6 октября 2003 г. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»...

М.А.Ковалевский, О.В.Кузинец, А.А.Черкасов

22-28

Формирование новой системы управления финансовыми, материальными и трудовыми ресурсами в многопрофильной больнице

В.П.Милосердов, Т.Ю.Гроздова

29-34

Объективизация качества диагностики гемотрансмиссивных инфекций

Е.Б.Жибурт, П.В.Рейзман, Е.Г.Черкасов

35-41

Информационное обеспечение процесса управления персоналом клиники на примере использования стоматологического программного комплекса MasterClinic

Э.Г.Агаджанян, А.В.Лапин, И.И.Лившиц

42-51

МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,

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

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович, д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВа, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения

ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,

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

РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,

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

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,

д.м.н., профессор Владимирского государственного университета

ОРЛОВ Олег Игоревич,

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

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,

профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения Центра стратегических разработок

ФЛЕК Виталий Олегович,

д.м.н., профессор, советник заместителя министра здравоохранения и социального развития

Перспективы использования медицинских стандартов:

правовые аспекты

В.В.Стожаров, Н.И.Вишняков, Н.В.Кечаева

52-58

«Мишени здоровья» как инструмент совершенствования способа принятия рациональных решений в сфере здравоохранения. Часть 2

Ш.Т.Дорандж, М.Хайм-Немерсон

59-64

Вопросы и ответы

66-67

Возможные варианты использования нематериальных активов в медицинской организации

В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова

68-72

Органайзер

73-74

Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения

75-79

О подписке

80

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

www.idmz.ru

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

Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения».

Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель – ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:
127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д.11, офис 234
idmz@mednet.ru
(095) 218-07-92, 979-92-45

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

Директор отдела распространения и развития:
к.б.н. Л.А.Цветкова
(095) 218-07-92
idmz@mednet.ru

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

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать» – 82614

Отпечатано
в ООО «ТРИМЕД-Групп»

Заказ № 090905

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»



Н.Б.НАЙГОВЗИНА,

д.м.н., профессор Российской академии последипломного образования, г.Москва

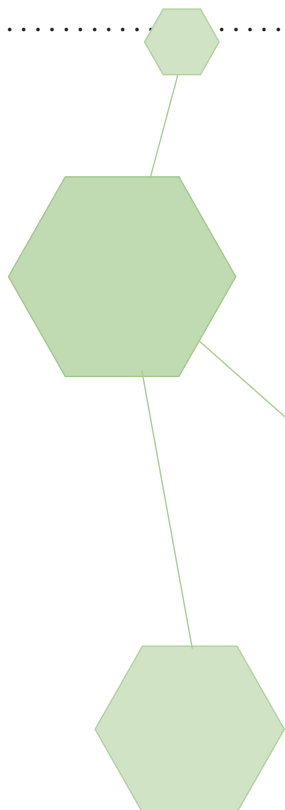
Н.А.ПУДОВКИНА,

Российская академия последипломного образования, г.Москва

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ТИПЫ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ПО УРОВНЯМ ВЛАСТИ.

Часть 2

Начало см. «МЗ», 2005, №8



Первые вопросы, на которые необходимо ответить, – какая форма организации специализированной медицинской помощи, какими медицинскими организациями предоставляется, и какие из них являются специализированными?

Для этого попытаемся проанализировать все многообразие организаций здравоохранения и их функции. В соответствии с Номенклатурой специализированная амбулаторная медицинская помощь предоставляется диспансерами, центрами и специализированными поликлиниками, большая часть из которых полностью или частично дублирует друг друга. Так, например, по ряду направлений имеются схожие по функциям диспансеры и центры: диспансер наркологический и центр наркологический реабилитационный, диспансер врачебно-физкультурный и центр лечебной физкультуры и спортивной медицины, диспансер эндокринологический и центр диабетологический. Дублируются по функциям и учреждения, относящиеся к центрам и выполняющие лечебно-диагностические функции: клинично-диагностический и консультативно-диагностический, организации специализированных видов медицинской помощи, медицинского профиля, а также перинатальный, планирования семьи и репродукции, охраны материнства и детства. Не ясно также разделение функций между консультативно-диагностическим центром и поликлиникой консультативно-диагностической.

© Н.Б.Найговзина, Н.А.Пудовкина, 2005 г.



Как представляется, это многообразие типов организаций здравоохранения необходимо унифицировать по уровням оказания медицинской помощи. К специализированным организациям здравоохранения субъекта Российской Федерации следует отнести амбулаторные организации здравоохранения, оказывающие вторичную специализированную медицинскую помощь, больничные организации монопрофильные и многопрофильные, оказывающие третичную медицинскую помощь.

1. Центры клинико-диагностические по направлениям, которые и будут специализированными учреждениями здравоохранения.

К специализированным можно отнести следующие центры: наркологический, эндокринологический, кардиологический, кожно-венерологический, маммологический, офтальмологический, противотуберкулезный, психоневрологический, онкологический, по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИД, лечебной физкультуры и спортивной медицины.

Кроме того, вместо психотерапевтической поликлиники могут быть созданы центры клинико-диагностические психотерапевтической направленности, а в поликлиниках – психотерапевтические кабинеты.

В условиях такого крупного города, как Москва, могут быть несколько эндокринологических центров, в том числе какие-либо из них специализируются по лечению больных диабетом. При этом все они называться должны в соответствии с Номенклатурой эндокринологическими центрами с присвоением им порядкового номера, например, центр эндокринологический №1, центр эндокринологический №2 (диабетологический) и т.д.

Целесообразно, на наш взгляд, из Номенклатуры исключить как самостоятельное учреждение бактериологическую лабораторию по

диагностике туберкулеза (центральную, межрегиональную, региональную), включив ее в соответствующие организации здравоохранения в качестве структурного подразделения. То есть в центр противотуберкулезный должны входить бактериологическая лаборатория соответствующего уровня и ее подразделения. Это должно быть предусмотрено типовым положением о таком центре.

Также трудно представить развитие самостоятельных центров амбулаторного диализа и профессиональной патологии, а также психофизиологической диагностики. Вероятно, первые должны стать структурным подразделением больницы, второй – клинико-диагностического центра.

В типовом положении о клинико-диагностическом центре, как представляется, целесообразно определить его функции, а также возможные варианты разделения или сочетания функций.

2. В субъекте Российской Федерации целесообразно сохранение самостоятельных стоматологических организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторную помощь. Такими организациями должны стать **центры стоматологические**, оказывающие специализированную вторичную медицинскую помощь, организованные на базе областных стоматологических поликлиник.

3. Центр перинатальный – это «родовое» его наименование. В таком центре могут применяться технологии по сохранению или восстановлению репродуктивного здоровья, ведению родов, выхаживанию новорожденных на первом и втором этапах.

Перинатальный центр может оказывать как амбулаторную, так и стационарную специализированную медицинскую помощь женщинам и детям.

Исходя из норм закона, такой центр, являясь специализированной медицинской органи-





зацией, должен быть организацией субъекта Российской Федерации. Однако в связи с тем, что законодатель закрепил оказание медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов на территории муниципального образования, перинатальный центр может быть и городской. Особенно это актуально для городских округов, сформированных на базе крупного многонаселенного города.

Центры планирования семьи и репродукции, выполняя технологии по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья, являются специализированными медицинскими организациями и в соответствии с законодательством должны относиться к ведению и расходным полномочиям субъекта Российской Федерации.

Это соответствует тому, что Федеральный закон №131-ФЗ относит оказание акушерско-гинекологической медицинской помощи к ведению муниципальных образований только во время беременности, родов и после родов. Вместе с тем, учитывая сложившийся положительный опыт работы таких организаций на муниципальном уровне, данный вопрос требует дополнительного обсуждения.

Таким образом, к центрам данного профиля целесообразно отнести **центр перинатальный** (республиканский, краевой, областной, городской) и **центр планирования семьи и репродукции** (республиканский, краевой, областной).

При этом единственный в стране Центр охраны здоровья матери и ребенка, несмотря на столь привлекательное название, должен приобрести название, установленное в Номенклатуре и соответствующее его функциям и принципам определения Номенклатуры организаций здравоохранения.

4. Требуется уточнения наименования и функции восстановительных центров, а также понятия «восстановительная медицина» и «реабилитация», закрепленных Приказом Минздрава Рос-

сии от 21 марта 2003 года №113, поскольку в этих определениях имеются противоречия.

В указанном Приказе восстановительная медицина определяется как система знаний и практической деятельности, целенаправленных на восстановление функциональных резервов человека, повышение уровня его здоровья и качества жизни, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов среды и деятельности или в результате болезни (на этапе выздоровления или ремиссии), путем применения преимущественно немедикаментозных методов. Медицинская реабилитация трактуется как раздел восстановительной медицины, направленный на восстановительное лечение и вторичную профилактику заболеваний, увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций и возвращение дееспособности.

Таким образом, медицинская реабилитация, с одной стороны, является составной частью восстановительной медицины, с другой, реабилитация в широком смысле как восстановление, или компенсация нарушенных функций и трудоспособности человека, достигаемых проведением государственных и общественных медицинских, профессиональных и социальных мероприятий. Поэтому Приказ №113 нуждается в существенной доработке в части уточнения базовых понятий, определяющих восстановительное лечение.

В существующей Номенклатуре восстановительных центров значительное многообразие: восстановительной терапии для воинов-интернационалистов, восстановительной медицины и реабилитации, медицинской и социальной реабилитации с отделением постоянного проживания для подростков и взрослых инвалидов с тяжелыми формами детского церебрального паралича, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих (единственный такой



центр функционирует в г.Москве), реабилитации слуха.

Целесообразно унифицировать это многообразие видов медицинских организаций. В Номенклатуре должны быть указаны «родовые» наименования восстановительных центров и возможные направления их деятельности.

Как представляется, в новую Номенклатуру целесообразно включить **центр восстановительного лечения** (по аналогии с больницей восстановительного лечения) как родовое понятие и **центр медицинской и социальной реабилитации**. При этом положение о типах этих медицинских организаций должно определять их задачи, функции, осуществляемые в обязательном порядке и дополнительно в зависимости от того, какие задачи хочет решить учредитель.

В субъекте Российской Федерации могут создаваться **специализированные центры восстановительного лечения** (для воинов-интернационалистов, для больных с нарушением слуха и т.д.), а в городском округе и муниципальном районе центры восстановительного лечения общего профиля со стационаром дневного пребывания.

Мануальная терапия, как реабилитационная технология медицинской помощи может применяться в указанных типах организаций. Как представляется, она не может быть самостоятельным видом медицинской помощи, поэтому центр мануальной терапии из Номенклатуры целесообразно исключить.

5. В Номенклатуре обязательно сохранение **центра по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями, в том числе ВИЧ/СПИД** (республиканского, краевого, областного, городского). Название этого центра целесообразно уточнить, поскольку СПИД также является инфекционным заболеванием, вызываемым вирусом и приводящим к развитию иммуно-

дефицита. Однако не менее важной задачей этих центров должна быть борьба с другими парентеральными инфекциями, прежде всего гепатитами.

6. Кроме того, целесообразно сохранить в Номенклатуре раздел **«Учреждения здравоохранения особого типа»**, возможно, в редакции, больше отвечающей смыслу и предназначению этих организаций здравоохранения.

К таким организациям здравоохранения следует отнести следующие центры, бюро и лаборатории:

- ♦ центры – центр медицины катастроф (всероссийский, региональный, территориальный); центр медицинский мобилизационных резервов «Резерв» (республиканский, краевой, областной); центр медицинский информационно-аналитический; центр лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности; центр контроля качества лекарственных средств (сертификации); центр контроля качества товаров и изделий для детей; центр медицинский информационно-аналитический, организованный на базе бюро медицинской статистики;
- ♦ бюро – патолого-анатомическое, судебно-медицинской экспертизы;
- ♦ лаборатория – контрольно-аналитическая;
- ♦ станция переливания крови – сохранить в привычном названии либо в связи с тем, что значительно изменились технологии, используемые этими организациями, переименовать их в центры трансфузиологии (прецедент переименования уже создан на федеральном уровне).

Станция переливания крови создается на уровне субъекта Российской Федерации, в крупных городах могут быть ее отделения либо эта служба может быть представлена на уровне муниципального образования в качестве отделения больницы по аналогии со специализированной медицинской помощью.





Полагаем целесообразным обсудить вопрос об организации в перспективе судебно-медицинской экспертизы как федеральной службы с отделениями на территориях и независимой от них в финансировании и принятии решений.*

7. С учетом правовых норм Федерального закона о разграничении полномочий по уровням власти целесообразно также определить виды медицинских организаций субъектов Российской Федерации, предоставляющих третичную специализированную медицинскую помощь. К таким организациям могут быть отнесены следующие: больницы многопрофильные специализированные – больница (областная, краевая, республиканская), больница (областная, краевая, республиканская) детская, больница восстановительного лечения, госпитали многопрофильные, а также специализированные больницы: гинекологическая, наркологическая, онкологическая, офтальмологическая, психоневрологическая, детская психоневрологическая больница, туберкулезная, детская туберкулезная больница, инфекционная, детская инфекционная больница, психиатрическая, детская психиатрическая.

8. К специализированной медицинской помощи следует отнести в соответствии с №95-ФЗ и службу (медицинские организации самостоятельные) **санитарной авиации**. Возможным вариантом развития такой службы могут быть отделения санитарной авиации в структуре краевых, республиканских, областных больниц, как это было ранее. Организация самостоятельных учреждений нецелесообразна.

Второй вопрос: «Какие типы организаций здравоохранения относятся к организациям муниципального образования – муниципального района и городского округа?» Законодатель

Федеральным законом №131-ФЗ установил, что на территории муниципального района организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях, а на территории городского округа организация оказания первичной медико-санитарной помощи осуществляется в стационарно-поликлинических и больничных учреждениях.

В соответствии с Номенклатурой в муниципальном районе амбулаторная медицинская помощь должна оказываться в фельдшерско-акушерском пункте, амбулатории, поликлинике, врачом общей врачебной, семейной практики, входящими в структуру участковой, районной или центральной районной больницы, а также в центре общей врачебной, семейной практики, стоматологической поликлинике, детской стоматологической поликлинике, а стационарная медицинская помощь – в участковой больнице, районной больнице, центральной районной больнице. Следует отметить, что Номенклатура определяет типы организаций здравоохранения, в связи с этим включение индивидуально практикующего врача общей практики, семейного врача в Номенклатуру нецелесообразно.

Поликлинические отделения могут быть для взрослого и детского населения и включать женскую консультацию. Такая форма организации медицинской помощи оправдала себя на практике, поэтому в Федеральном законе №131-ФЗ целесообразно закрепить возможность создания стационарно-поликлинических организаций на уровне муниципального района, а не только городского округа.

В соответствии с Номенклатурой в городском округе амбулаторную помощь могут оказывать городская поликлиника, детская городская поликлиника, стоматологическая поликлиника, детская стоматологическая поликлиника, центр общей врачебной, семейной практики.

*Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Организационно-правовые основы здравоохранения. – 2004 г.



Как представляется, в Номенклатуру целесообразно с учетом сложившихся в настоящее время профиля заболеваемости и уровня технологий включить **центр клинико-диагностический общего профиля**, в том числе для наиболее многочисленных когорт населения, имеющих возрастные особенности заболеваний (для лиц пожилого возраста – гериатрический, для лиц до 18 лет – детский, в том числе подростковый). Эти центры должны оказывать первичную медико-санитарную медицинскую помощь на территории городского округа. Унификация типов и наименований лечебных и консультативных центров позволит сконцентрировать на территории городского округа материальные и кадровые ресурсы для проведения в амбулаторных условиях диагностики и лечения с использованием современных технологий и дорогостоящего оборудования. То есть клинико-диагностический центр общего профиля может быть для всего населения, а может быть выделена старшая возрастная группа или подростки. Таким образом, в городском округе клинико-диагностический центр общего профиля может оказывать в рамках первичной медико-санитарной помощи вторичную специализированную помощь.

С этой целью в положении о данном типе медицинской организации целесообразно описать ее функции, определить перечень медицинского оборудования и медицинских технологий для данного уровня медицинской помощи.

Стационарная помощь в городском округе оказывается в городских больницах, в том числе центральной, городской больнице и больнице скорой помощи. Больница гериатрического профиля также не может быть специализированной, так как оказывает вторичную специализированную медицинскую помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи категории лиц старшего возраста.

Законодатель определил, что на территории муниципального образования и городского округа женщинам в период беременности, во время и после родов оказывается медицинская помощь. При этом он не уточнил, к какому виду медицинской помощи она относится: к первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи.

В связи с тем, что акушерско-гинекологическая помощь является видом специализированной помощи, следует, что законодатель разрешил на территории муниципального района и городского округа оказывать один вид специализированной медицинской помощи – акушерско-гинекологическую. С развитием медицинских технологий, лабораторной службы и вспомогательных служб женская консультация уже не может быть самостоятельной организацией. Она должна быть структурным подразделением городской поликлиники или родильного дома. Но это не значит, что она не может находиться в отдельно стоящем здании.

На современной этапе с целью достижения клинико-экономической эффективности целесообразным является объединение городских поликлиник для взрослого и городских поликлиник для детского населения и женских консультаций в городские поликлиники. Это укрепит их материально-техническую базу, кадровый состав, оптимизирует управление. В результате повысится уровень и качество медицинской помощи. В одном учреждении можно будет реализовать ранее предлагавшийся принцип организации акушерско-педиатрических, терапевтических участков, которые не смогли получить «путевку в жизнь», так как различные их направления принадлежали разным учреждениям. При этом следует отметить, что предоставление технологий по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья, а также выхаживанию новорожденных на втором этапе оказания медицинской помощи новорож-





денным может осуществляться и медицинскими организациями муниципальных образований, оказывающими как стационарную, так и амбулаторную медицинскую помощь.

Особого обсуждения требует вопрос существования монопрофильных поликлиник. Поли – означает много. Вместе с тем в Номенклатуре установлены такие виды поликлинических медицинских учреждений, как стоматологическая поликлиника (для взрослого населения), детская стоматологическая поликлиника и психотерапевтическая поликлиника, что предполагает оказание одного вида специализированной медицинской помощи, а также физиотерапевтическая поликлиника, функцией которой является предоставление одного вида технологии медицинской помощи. Такие типы специальных поликлинических учреждений целесообразно иметь только в крупных городах. Причем с развитием медицинских технологий и направлений развития медицинской помощи сохранится возможность функционирования таких учреждений. Поэтому целесообразно сохранить в Номенклатуре как вид поликлинических организаций здравоохранения, предусмотреть положением о поликлиническом учреждении возможность выполнения ими определенных функций.

При этом целесообразно на территории муниципального района и городского округа на базе существующих различных центров, занимающихся вопросами профилактики, организовать **центры здорового образа жизни**. Эти центры могут объединять существующие ныне центры медицинской профилактики, гигиенического воспитания населения, лечебного и профилактического питания.

Кроме того, в муниципальном районе и городском округе целесообразно иметь хоспис самостоятельный или в структуре больничного учреждения. Дома сестринского ухода целесооб-

разно передать в систему социального обеспечения. Однако отделения сестринского ухода могут быть в структуре больничного учреждения. Молочные кухни также целесообразно исключить из Номенклатуры, имея в виду, что они могут быть включены в качестве структурного подразделения в поликлинические учреждения.

Третье. Организация оказания скорой медицинской помощи предусмотрена законодательством в муниципальном районе и городском округе.

Номенклатура предусматривает два типа организаций для оказания этого вида медицинской помощи: станция скорой помощи и станция скорой и неотложной медицинской помощи.

Следует отметить, что содержание станций скорой помощи и оплата их услуг – довольно затратная вещь и, с точки зрения экономической эффективности, нецелесообразно содержать эти учреждения для целей оказания неотложной помощи в том объеме и того уровня, какой она понимается сегодня. Совмещение двух форм организации медицинской помощи экономически неэффективно. Неотложную медицинскую помощь отнести к функциям поликлиник, индивидуальных врачей общей практики с соответствующим материально-техническим обеспечением. В переходный период временно сохранить отделения неотложной помощи в структуре станций скорой помощи, установив дифференцированные тарифы на оказание неотложной и скорой медицинской помощи, как представляется, завершить начатую работу по определению объема медицинских услуг и медицинских технологий, оказываемых станциями скорой помощи.

Полагаем целесообразным сохранить в Номенклатуре станции скорой помощи, исключив станции скорой и неотложной помощи.

Четвертое. В Номенклатуре также целесообразно унифицировать **типы домов ребенка**, ограничив двумя наименованиями: дом ребенка



общего профиля, дом ребенка специализированный.

В положении о данном типе организаций здравоохранения определить набор функций, выполняемых данными организациями, и учредитель этих организаций – субъект Российской Федерации, может иметь необходимые ему типы специализированных Домов ребенка, которые сформировались на основании многолетнего практического опыта. Дом ребенка общего профиля может быть городской, а дом ребенка специализированный республиканский, краевой, областной.

Пятое. Типы **санаторно-курортных организаций**, по-видимому, также целесообразно унифицировать, сохранив в системе здравоохранения следующие их разновидности: курортная поликлиника, центр бальнеологический (в том числе применяющий медицинскую технологию грязелечения) для взрослого и детского населения, санаторный оздоровительный лагерь. В системе здравоохранения должны остаться только специализированные санатории. Санатории могут быть для взрослого населения, для детей, а также для родителей с детьми, для детей с родителями, что определяется типовым положением о данной организации здравоохранения.

Кроме того, дополнительного обсуждения требует вопрос возможной трансформации санаториев в реабилитационные центры. Санатории других типов могут быть вне системы здравоохранения.

Шестое. Перечень **федеральных медицинских учреждений** в соответствии с законом утверждается Правительством Российской Федерации. Название этих организаций должно соответствовать Номенклатуре.

Это должны быть специализированные федеральные больницы и федеральные центры, но не поликлиники.

Седьмое. Отдельного обсуждения требует вопрос определения типа организаций здравоохранения, создаваемых предприятиями и организациями для оказания медицинской помощи сотрудникам в связи с особыми условиями труда. В действующей Номенклатуре – это медико-санитарные части. В связи с реструктуризацией промышленности, изменением организационно-правовых форм и форм собственности организаций промышленности меняются и функции медицинских организаций, созданных ими. Как представляется, что организуемые ими медицинские организации должны соответствовать Номенклатуре, то есть это могут быть поликлиники, больницы, центры. В случае особо опасных и вредных условий труда целесообразна организация **центров медико-санитарных**, имеющих «цеховую службу». Контроль за деятельностью этих центров должен осуществляться федеральной службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения и ее территориальными органами.

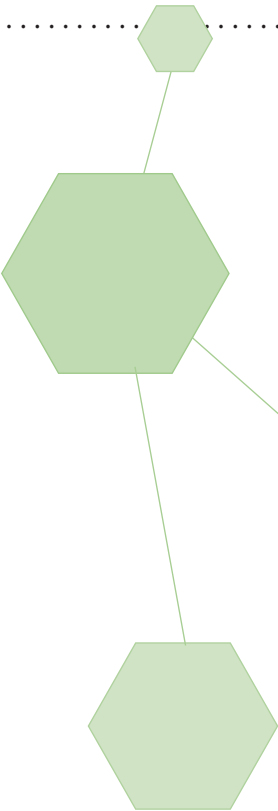
Восьмое. Ведомственная принадлежность организации здравоохранения указывается в названии как имя собственное, закрепленное в уставе наряду с ее функциями. Например: больница специализированная многопрофильная РАО «Железные дороги».

Необходимо отметить, что вопрос о возможности делегирования полномочий субъекта Российской Федерации муниципальному образованию, представляющему собой крупный многонаселенный город краевого (областного) подчинения (такой, как города Норильск, Новокузнецк, Тольятти, Ноябрьск и ряд других), имеющий в настоящее время высокий уровень развития специализированной медицинской помощи в самостоятельных специализированных организациях, требует дополнительного изучения с учетом достижения оптимальной пространственно-временной доступности такой медицинской помощи и медико-экономической эффективности.



В.О.ФЛЕК,
д.м.н., профессор
Н.А.КРАВЧЕНКО,
д.м.н., профессор
Н.Ф.СОКОВИКОВА,
специалист Счетной палаты

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ В СИСТЕМЕ



Реформирование здравоохранения всегда должно преследовать решение одной из главных задач – обеспечение должного уровня доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи.

Все медицинские организации заинтересованы в повышении качества медицинской помощи, но эта заинтересованность недостаточно реализуется в современных условиях, когда резко снизились возможности использования административных рычагов управления, а экономические стимулы еще не стали главенствующими и определяющими.

Обеспечение качества является важным структурным элементом здравоохранения, а в условиях ограниченных финансовых ресурсов немаловажную роль играет фактор экономичности и рациональности их использования.

На практике понятие качества можно определить как достигнутое в сравнении с желаемым. При этом качество следует рассматривать как степень достижения цели. Медицинские услуги являются качественными только тогда, когда они эффективны, существенны, адекватны и рациональны, то есть экономичны.

Основные подходы к повышению эффективности использования финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов в бюджетных организациях здравоохранения основываются на:

- ♦ оценке текущего состояния отрасли (макроуровень);
- ♦ переходе к эффективному управлению распределением финансирования внутри организации (микроуровень);

© В.О.Флек, Н.А.Кравченко, Н.Ф.Соковикова, 2005 г.



ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- ♦ переходе к обеспечению полного возмещения затрат за счет доступных источников финансирования;
- ♦ активном привлечении внебюджетных источников финансирования;
- ♦ переходе к принципам оплаты деятельности в зависимости от конечных результатов работы;
- ♦ непрерывном мониторинге структуры и качества оказываемой помощи.

В настоящее время сохраняется низкая эффективность использования имеющегося важного ресурсного потенциала – первичного амбулаторно-поликлинического звена, который до сих пор не является основным в процессе оказания медицинской помощи населению, более того, в амбулаторно-поликлинических учреждениях недостаточно используются ресурсоемкие и наукоемкие технологии диагностики, лечения, реабилитации и организации всего процесса. Институт врача общей практики в стране не создан.

В больничном секторе имеет место нерациональное распределение больничных коек

по уровням оказания медицинской помощи (местный, районный, межрайонный, областной), в результате чего неудовлетворительно используются больничные койки в маломощных больницах и перегружены крупные многопрофильные больницы и специализированные центры. Отсутствует интеграция в деятельности служб здравоохранения и социального обеспечения в использовании маломощных стационаров для организации медико-социальной помощи населению.

В силу концентрации специализированных видов помощи и новейших медицинских технологий в федеральных медицинских организациях крупных городов углубляется разрыв в доступности качественной стационарной помощи населению, проживающему в этих городах, и жителям небольших городских поселений и сельской местности. При этом нерационально используются дорогостоящие больничные койки в специализированных отделениях из-за отсутствия организации системы долечивания больных и проведения восстановительного лечения в учреждениях (от-





делениях) соответствующего профиля. Имеют место факты простоя дорогостоящей медицинской техники и аппаратуры в составе небольших медицинских учреждений и маломощных отделений.

Необходимо в ближайшее время значительно активизировать работу на территориях по развитию амбулаторно-поликлинической помощи и повышению эффективности использования больниц.

В каждом субъекте Российской Федерации требуется сформировать программу оптимизации сети медицинских организаций. Программы должны включать развитие общих врачебных практик, перепрофилирование или выведение из системы здравоохранения части финансово необеспеченных и неэффективно используемых мощностей медицинских организаций, перемещение части услуг первичного звена медико-санитарной помощи на амбулаторный этап без ущерба для пациентов.

Структурная перестройка медицинской помощи населению подразумевает выделение больниц (отделений) интенсивного наблюдения, восстановительного лечения, для больных с хроническими заболеваниями, медико-санитарной помощи как этапа стационарной медицинской помощи.

Важными механизмами эффективного управления ресурсами в здравоохранении являются стандартизация медицинской помощи (технологии, процессы, протоколы ведения больных и т.д.) и установление тарифов на медицинские услуги. Тарифная политика должна основываться на эффективных методах ценообразования, комплексном анализе производственных издержек, используемых в составе тарифа на все виды медицинской помощи.

Для решения данной проблемы необходимо создание единого тарификатора, позво-

ляющего руководителям медицинских организаций просчитать стоимость отдельных протоколов ведения больных, а на их основе уточнить стоимость объемов по видам медицинской помощи и общую стоимость государственных и муниципальных заданий на год.

Решение проблем эффективности использования ресурсов в здравоохранении невозможно без мотивации медицинских работников, включающей совершенствование оплаты труда, так как на сегодняшний день уровень заработной платы недопустимо мал: большинство ставок и окладов Единой тарифной сетки ниже прожиточного минимума. Кроме того, отсутствует механизм взаимосвязи оплаты труда с конечным результатом работы медицинского персонала – объемом и качеством предоставляемой медицинской помощи.

Наиболее действенными механизмами повышения структурной эффективности здравоохранения являются, на наш взгляд, лицензирование и аккредитация деятельности медицинских организаций.

Основной целью реализации этих важнейших функций надзора в сфере здравоохранения должно быть обеспечение обязательств государственных, муниципальных и прочих медицинских организаций по предоставлению населению гарантированных государством видов и объемов бесплатной медицинской помощи. В случае приостановления деятельности медицинской организации по ряду причин виды и объемы медицинской помощи должны быть предоставлены гражданам другими медицинскими организациями в целях обеспечения государственных гарантий медицинской помощи населению Российской Федерации.

Решение проблемы обеспечения качества медицинской помощи населению требует системного подхода, основанного на:



- ♦ постепенном переходе от затратного финансирования отрасли к бюджетированию, ориентированному на результат;

- ♦ создании системы государственных и муниципальных годовых заданий медицинским организациям по участию в реализации государственных гарантий медицинской помощи населению;

- ♦ использовании прогрессивных страховых методов оплаты медицинской помощи (за фактически выполненные объемы работ);

- ♦ обеспечении технического и технологического обновления лечебно-диагностического процесса, в первую очередь в организациях амбулаторно-поликлинического звена;

- ♦ повышении эффективности работы медицинского персонала, применении адекватного материального стимулирования работников за высокое качество работы;

- ♦ повышении качества подготовки специалистов в сфере экономики, управления здравоохранением.

Конституцией Российской Федерации установлено, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений» (ст.41). Кроме того, основами законодательства об охране здоровья граждан и другими законодательными актами определено, что государство в соответствии с требованиями Конституции Российской Федерации, нормами международного права и международными договорами гарантирует охрану здоровья каждого человека.

Президент Российской Федерации В.В.Путин в своем Послании Федеральному Собранию Российской Федерации 26 мая 2004 года подчеркнул, что «главная цель модернизации российского здравоохранения – повышение до-

ступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Из этого следует, что гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны».

В целях обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи населению Российской Федерации, разграничения платных услуг и бесплатной медицинской помощи, проведения анализа результативности управления финансовыми потоками в государственном секторе здравоохранения необходимо осуществление аудита эффективности использования ресурсов в отрасли.

Распоряжением Председателя Счетной палаты Российской Федерации С.В.Степашина от 6 февраля 2004 г. № 26-р создан Экспертный совет по аудиту эффективности государственных расходов при реализации государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, председателем которого является доктор экономических наук, профессор Воронин Ю.М. (аудитор Счетной палаты Российской Федерации до 10 марта 2004 года, в настоящее время – советник Председателя Счетной палаты Российской Федерации). В состав Экспертного совета вошли видные ученые в области здравоохранения: доктор медицинских наук, профессор Кравченко Н.А., доктор медицинских наук, профессор Солодкий В.А., доктор медицинских наук, профессор, действительный член Российской академии медицинских наук Стародубов В.И., доктор медицинских наук, профессор Флек В.О., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии медицинских наук Щепин В.О. и специалисты Счетной палаты Российской Федерации Мешалкина Р.Е., Соковикова Н.Ф. и другие.

Целью проведения аудита эффективности использования государственных ресурсов





при оказании гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, является:

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

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

- ♦ содействие достижению целей аудита эффективности использования государственных средств для оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Оценка эффективности использования государственных средств, выделяемых на ока-

зание населению бесплатной медицинской помощи, осуществляется с помощью системы критериев и показателей.

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

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

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

За основу разработки критериев оценки эффективности использования государственных ресурсов для оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации Экспертным советом, эффективность рассматривается как отношение полученного результата к произведенным затратам. Для реализации этого подхода необходимо оценить взаимоотношение различных показателей по трем критериям:

- ♦ доступность бесплатной квалифицированной медицинской помощи населению;

- ♦ уровень обеспеченности ресурсами (финансовыми, материальными, кадровыми) и их организация;

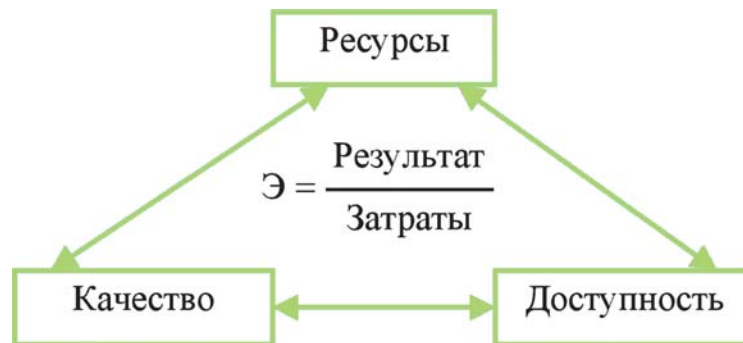


Рис. 1. Взаимосвязь критериев эффективности

♦ качество бесплатной медицинской помощи и показатели здоровья населения.

Взаимосвязь критериев эффективности представлена на рис. 1.

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

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

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

ке социального эффекта необходимо взвешенно и обоснованно подходить к анализу и выводам, поскольку влияние системы здравоохранения на показатели здоровья нации имеет свои определенные границы.

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

Критерии определяются на основе:

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

Разработка критериев проводится с целью обеспечения объективности оценки деятельности органов исполнительной власти всех уровней





в сфере здравоохранения, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, страховых медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования.

Эффективность в системе здравоохранения необходимо оценивать как на макроэкономическом уровне (территории страны и территории субъекта Российской Федерации), так и на микроуровне (конкретной медицинской организации).

На макроэкономическом уровне необходимо оценивать реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, показатели здоровья граждан и др. На микроуровне большую значимость приобретают критерии медицинского и социального эффекта, такие как доступность, качество медицинской помощи, использование имеющихся ресурсов, степень удовлетворенности населения медицинской помощью и др.

Критерии и показатели оценки эффективности использования государственных ресурсов для оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции Российской Федерации, разработаны Экспертным советом по аудиту эффективности государственных расходов при реализации государственных гарантий оказания

Критерии и показатели оценки эффективности использования государственных ресурсов для оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с требованиями статьи 41 Конституции РФ

Критерий – доступность бесплатной медицинской помощи

1. Показатели обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи.

1.1. Число единиц объемов фактически предоставляемой гражданам субъекта Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий (на 1000 населения).

1.1.1. Число посещений (амбулаторно-поликлиническая помощь).

1.1.2. Число койко-дней (стационарная помощь).

1.1.3. Число дней лечения в дневных стационарах, стационарах дневного пребывания (амбулаторно-поликлиническая помощь).

1.1.4. Число вызовов скорой медицинской помощи.

1.2. Уровень госпитализации (число госпитализированных на 1000 жителей).

1.3. Средняя длительность лечения одного госпитализированного (в днях).

1.4. Объем высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, оказываемый за счет средств федерального бюджета в учреждениях здравоохранения федерального подчинения.

1.4.1. Число пролеченных больных.

1.4.1.1. В том числе детей.

1.5. Число пролеченных в санаторно-оздоровительных учреждениях (в расчете на 1000 жителей).

1.6. Удовлетворенность граждан медицинской помощью (по результатам выборочных социологических исследований).

1.7. Число обоснованных жалоб граждан в территориальные фонды обязательного медицинского страхования по нарушению прав граждан на получение бесплатной, доступной и качественной медицинской помощи.

1.8. Доля охвата населения вакцинацией.

1.9. Процент охвата декретированных контингентов профосмотрами.

1.10. Удельный вес объема платных медицинских услуг (в %), оказанный гражданам в государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждениях и в частных (негосударственных) лечебно-профилактических учреждениях.



**Критерий – достаточность ресурсов
для оказания бесплатной медицинской помощи**

2. Показатели уровня обеспеченности ресурсами (финансовыми, материальными, кадровыми) и их использование.
 - 2.1. Показатели обеспеченности финансовыми ресурсами (абсолютное выражение и в расчете на душу населения, в рублях).
 - 2.1.1. Показатели обеспеченности государственными финансовыми ресурсами (показатели бесплатности медицинской помощи) за счет средств.
 - 2.1.1.1. Консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (без учета страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения), (подушевые нормативы).
 - 2.1.1.2. Обязательного медицинского страхования (за счет единого социального налога и страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения), (подушевые нормативы).
 - 2.1.1.3. Федерального бюджета, в том числе на реализацию федеральных целевых программ и предоставление гражданам Российской Федерации высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи (по квотам, устанавливаемым для всех субъектов Российской Федерации).
 - 2.1.1.4. Привлеченных международных кредитов (займов).
 - 2.1.1.5. Соотношение средств бюджетов всех уровней и средств государственных внебюджетных фондов (в %).
 - 2.1.2. Показатели негосударственных финансовых ресурсов (показатели платности медицинской помощи).
 - 2.1.2.1. Показатели платных медицинских услуг, в том числе по добровольному медицинскому страхованию (абсолютные и подушевые).
 - 2.1.2.2. Показатели платных санаторно-оздоровительных услуг (абсолютные и подушевые).
 - 2.1.2.3. Показатели оплаты медикаментов, изделий медицинского назначения в аптеках (абсолютные и подушевые).
 - 2.1.3. Показатели финансирования здравоохранения из всех источников, всего (абсолютное выражение и в расчете на душу населения, в рублях).
 - 2.1.4. Удельный вес государственных расходов на здравоохранение в структуре ВВП.
 - 2.1.5. Удельный вес негосударственных расходов (включая личные расходы граждан) на здравоохранение в структуре ВВП.

населению Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Для разграничения платности и бесплатности медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации предлагается оценить отдельно виды и объемы медицинской помощи и их финансовое наполнение из государственных источников финансирования, рассчитанные на душу населения в год, и объемы оказываемых услуг и их финансирование за счет личных средств граждан (платные медицинские, санаторно-оздоровительные услуги, приобретение медикаментов и изделий медицинского назначения в аптеках), также рассчитанные на душу населения в год.

Кроме того, для более полной картины выявления «теневых секторов» в здравоохранении проводятся выборочные социологические исследования участия граждан в финансировании здравоохранения, и эти данные необходимо учитывать в структуре негосударственных источников финансирования отрасли и только после этого сопоставлять с государственными расходами.

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





Адекватность, результативность и качество медицинской помощи не должны быть различными при оказании медицинских услуг на платной и бесплатной основе конкретному больному с конкретным заболеванием, то есть набор лечебно-диагностических мероприятий, жизненнонеобходимый для потребителя, должен быть выполнен и в том, и в другом случае – протокол ведения больного должен быть единым.

На основании представленных показателей необходимо оценить размеры экономического эффекта (ущерба) с применением следующих методик:

1.1. Расчет эффективности реализации Территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи населению в субъекте Российской Федерации.

$$\mathcal{E}(Y) = (Пб_1 - Пб_2) \times 3,$$

где $\mathcal{E}(Y)$ – экономический эффект (ущерб);

$Пб_1$ – количество пролеченных больных за отчетный год;

$Пб_2$ – количество пролеченных больных за предыдущий год;

3 – затраты.

1.2. Расчет затрат на стационарную медицинскую помощь населению в субъекте РФ.

$$З_{\text{стац.}} = [(Д + ВН) \times t_{ki} \times 0,75 \times P/Ч] + Л_i \times t_{ki},$$

2.1.6. Структура расходов на здравоохранение в процентах за счет государственных и негосударственных источников финансирования (включая личные средства граждан).

2.2. Показатели обеспеченности материальными ресурсами.

2.2.1. Обеспеченность населения больничными койками (на 1000 населения).

2.2.2. Обеспеченность населения местами в дневных стационарах (на 1000 населения).

2.2.3. Обеспеченность населения мощностями амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в смену на 1000 населения).

2.2.4. Обеспеченность населения санаторными койками (на 1000 населения).

2.2.5. Обеспеченность населения скорой медицинской помощью (число бригад скорой помощи).

2.2.6. Износ основных фондов (всего, в том числе активной части, в %). Фондооснащенность больничной койки (стоимость в рублях пассивной и активной части основных фондов в расчете на 1 койку).

2.2.7. Фондооснащенность больничной койки (стоимость в рублях пассивной и активной части основных фондов в расчете на 1 койку).

2.2.8. Фондовооруженность труда врачебного персонала (стоимость в рублях активной части основных фондов в расчете на 1 врача).

2.3. Показатели обеспеченности кадровыми ресурсами.

2.3.1. Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения). Всего, в том числе в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах.

2.3.2. Обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. населения). Всего, в том числе в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах.

2.3.3. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала (в %).

2.3.4. Объем нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в год на 1 врача).

2.3.5. Объем нагрузки врачей стационарных учреждений (число койко-дней госпитализации на 1 врача).

2.3.6. Уровень оплаты труда медицинских работников в сопоставлении с уровнем оплаты труда в народном хозяйстве).

Критерий – качество бесплатной медицинской помощи

3. Критерий – качество бесплатной медицинской помощи.

3.1. Медицинский эффект (динамика показателей).



- 3.1.1. Летальность в больничных учреждениях.
- 3.1.2. Смертность на дому от управляемых причин.
- 3.1.3. Уровень расхождения диагнозов клинических и патологоанатомических, установленных в поликлинике, скорой помощи и стационаре.
- 3.1.4. Запущенность патологии (активная форма туберкулеза, онкологических заболеваний, венерических заболеваний и пр.).
- 3.1.5. Количество удовлетворенных судебных исков на некачественную медицинскую помощь и уровень материального возмещения нанесенного ущерба здоровью граждан.
- 3.2. Социальный эффект (динамика показателей).
- 3.2.1. Средняя продолжительность предстоящей жизни.
- 3.2.2. Уровень естественного прироста населения (депопуляции).
- 3.2.3. Младенческая смертность.
- 3.2.4. Материнская смертность.
- 3.2.5. Инвалидность (первичный выход и контингенты).
- 3.2.6. Смертность лиц трудоспособного возраста и средний возраст умерших в трудоспособном возрасте (потери трудового потенциала за счет преждевременной смертности).
- 3.2.7. Заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями и контингенты (туберкулез, алкоголизм, наркомания, венерические, психические заболевания и пр.).
- 3.3. Экономическая эффективность предоставляемой бесплатной медицинской помощи.
- 3.3.1. Плановые и фактические затраты консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации и средств обязательного медицинского страхования на единицу объема медицинской помощи по видам:
 - 3.3.1.1. стационарная (стоимость 1 койко-дня);
 - 3.3.1.2. амбулаторно-поликлиническая (стоимость 1 посещения);
 - 3.3.1.3. скорая медицинская помощь (стоимость 1 вызова);
 - 3.3.1.4. стационарозамещающих технологий (стоимость 1 дня лечения).
- 3.3.2. Плановые и фактические затраты федерального бюджета на оказание высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи по видам:
 - 3.3.2.1. стационарная (стоимость 1 койко-дня);
 - 3.3.2.2. амбулаторно-поликлиническая (стоимость 1 посещения);
- 3.3.3. Национальный доход, произведенный одним работником за один рабочий день (руб.).
- 3.3.4. Среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности на одного работника (руб.).

где D – национальный доход, произведенный 1 работником за 1 рабочий день (руб.);

BH – среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности на 1 работника (руб.);

t_{ki} – средняя продолжительность одного случая i -того заболевания в календарных днях;

$0,75$ – коэффициент перевода календарных дней в рабочие;

$P/Ч$ – доля работающих в общей численности больных ($Ч$);

L_i – стоимость лечения в расчете на одного больного на 1 календарный день (руб.).

2. Расчет эффективности внедрения стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи населению в субъекте Российской Федерации (Флек В.О., 2004 год).

$$\mathcal{E} = (D_1 - D_2) \times 0,56 \times 3,$$

где $\mathcal{E}$ – экономический эффект;
 D_1 – количество дней лечения в ДС* за отчетный год;

D_2 – количество дней лечения в ДС за предыдущий год;

$0,56$ – коэффициент, отражающий долю ДС в больницах в ДС всех типов;

3 – затраты на лечение больных как разница показателей средней стоимости одного койко-дня лечения в больницах и средней стоимости одного дня лечения в ДС.

*ДС – дневные стационары.



М.А.КОВАЛЕВСКИЙ, О.В.КУЗИНЕЦ, А.А.ЧЕРКАСОВ,
г.Санкт-Петербург

Некоторые правовые проблемы реализации Федерального закона от 6 октября 2003 г. №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» в части, касающейся компетенции Министерства здравоохранения и социального развития РФ и подведомственных ему федеральных служб и федеральных агентств

С 1 января 2006 года вступает в силу Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», которым устанавливаются общие правовые, территориальные, организационные и экономические принципы организации местного самоуправления в Российской Федерации, определяются государственные гарантии его осуществления.

И. В Федеральном законе от 4 июля 2003 г. № 95-ФЗ и Федеральном законе от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ **разграничиваются в основном виды медицинской помощи.**

К ним относятся:

- ♦ скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной), первичная медико-санитарная помощь, медицинская помощь женщинам в период беременности, во время и после родов (по общему правилу они относятся к **вопросам местного значения**);
- ♦ специализированная медицинская помощь и специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь (по общему правилу они относятся к полномочиям **субъекта Российской Федерации**).

© М.А.Ковалевский, О.В.Кузинец, А.А.Черкасов, 2005 г.



Дополнительным критерием разграничения служит то, **в каком виде медицинского учреждения** оказывается специализированная медицинская помощь:

- ♦ если медицинская помощь оказывается в таких **неспециализированных медицинских учреждениях**, как амбулаторно-поликлинические (стационарно-поликлинические) и больничные учреждения, то это **вопросы местного значения**;

- ♦ если медицинская помощь оказывается в **специализированных медицинских учреждениях**, то это полномочия **субъекта Российской Федерации**.

Подобный способ разграничения предметов ведения и полномочий **дает возможность по различному формировать структуры систем здравоохранения** в разных субъектах Российской Федерации: закреплять с определенной свободой одни из существующих медицинских учреждений за муниципальным образованием, а другие – за субъектом Российской Федерации.

II. Для того, чтобы **осуществить необходимое разделение полномочий между муниципальным образованием и субъектом Российской Федерации** в сфере здравоохранения, необходимо выполнить следующее:

- ♦ осуществить **разделение медицинской помощи** на специализированную и неспециализированную;

- ♦ осуществить **разделение медицинских учреждений** на специализированные и неспециализированные.

Первая задача решается путем утверждения Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **Перечня видов специализированной медицинской помощи** (часть 3 статьи 40 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Для решения второй задачи необходимо **утвердить Номенклатуру медицинских организаций** Приказом уполномоченного федерального органа

исполнительной власти (статья 6 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан). Данный уполномоченный федеральный орган исполнительной власти должен быть определен Правительством Российской Федерации. Представляется, что в соответствии с общим содержанием полномочий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации этим органом является Министерство.

Вместе с тем как бы не была построена система здравоохранения на территории конкретного субъекта Российской Федерации, это **не должно нарушать конституционное право граждан на медицинскую помощь** (пункт 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации).

Реализации Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ может помешать отсутствие закрепленных в законодательстве **надлежащих способов финансирования**, обеспечивающих решение вопросов местного значения в сфере здравоохранения. Для того, чтобы гражданин получил необходимую ему медицинскую помощь в рамках любых конфигураций систем здравоохранения, действующих на территории субъектов Российской Федерации, необходима **координация вопросов здравоохранения** (подпункт «ж» статьи 72 Конституции Российской Федерации).

В Федеральном законе закреплены **два механизма** такой координации (взаимодействия):

- ♦ **вертикальный механизм координации (взаимодействия)** между Российской Федерацией, субъектами Российской Федерации и муниципальными образованиями, состоящий в передаче муниципальному образованию части полномочий Российской Федерации или субъекта Российской Федерации в сфере организации оказания медицинской помощи, подобное взаимодействие осуществляется путем **издания соответственно специального федерального закона или закона субъекта Российской Федерации** о передаче полномочий (статья 19 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ);





♦ **горизонтальный механизм координации (взаимодействия)** между различными муниципальными образованиями **на основе договоров и соглашений** (пункт 4 статьи 8 Федерального закона от 6 октября 2003 г. №131-ФЗ).

При **передаче** субъектом Российской Федерации полномочий муниципальному образованию **по оказанию специализированной медицинской помощи в специализированных медицинских учреждениях** в соответствующем законе субъекта Российской Федерации о передаче таких полномочий должны быть указаны **федеральные или региональные государственные минимальные социальные стандарты** (пункт 6 статьи 19 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ).

Федеральные стандарты специализированной медицинской помощи устанавливаются Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации (статья 40 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Возможно участие и **федеральных государственных медицинских учреждений** в реализации вопросов местного значения, относящихся к сфере здравоохранения.

Так, к сфере полномочий **Федерального медико-биологического агентства** косвенно относятся вопросы организации местного самоуправления **в закрытых административно-территориальных образованиях** в части заключения договоров с органами местного самоуправления за счет средств соответствующего бюджета и средств обязательного медицинского страхования, **договоров на оказание подведомственными Агентству федеральными государственными учреждениями здравоохранения и санитарно-эпидемиологического надзора услуг** по выполнению целевых программ и оказанию медицинской помощи, в том числе специализированной медицинской помощи, в рамках программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицин-

ской помощи (пункт 5 Постановления Правительства Российской Федерации от 11.04.2005 № 206).

Все сказанное свидетельствует о необходимости установления надлежащего правового регулирования координации действий федеральной, региональной и местной власти в целях оказания медицинской помощи населению. Это также наглядно иллюстрируется следующим примером.

На территории каждого из двух смежных муниципальных районов существуют **два больничных учреждения** (государственных или муниципальных), **одно из которых осуществляет определенный вид специализированной медицинской помощи, а другое – нет**. В целях реализации принципов доступности медицинской помощи целесообразно, чтобы отсутствующая специализированная медицинская помощь оказывалась жителям одного муниципального района в больничном учреждении, находящемся на территории другого района.

Подобный пример свидетельствует о том, что **медицинская помощь должна финансироваться по месту ее оказания** независимо от того, в чьей собственности находится медицинское учреждение.

Однако в силу запрета, закрепленного бюджетным законодательством (статья 69 Бюджетного кодекса Российской Федерации и статья 8 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ), один муниципальный район **не может осуществлять сметно-бюджетное финансирование бюджетного учреждения** другого муниципального района или государственного бюджетного учреждения, находящегося на территории данного района.

Вторая форма финансирования медицинской помощи – **финансирование по государственным и муниципальным контрактам** (статьи 69, 71 и 72 Бюджетного кодекса Российской Федерации), реализуется **на конкурсной основе**, что во многих случаях противоречит существу возникающих отношений.

Кроме того, действующее законодательство не позволяет осуществлять в рамках таких контрактов



надлежащий текущий контроль за расходованием бюджетных средств.

Подобное обстоятельство свидетельствует о **необходимости введения новых форм финансирования, отсутствующих в действующем бюджетном законодательстве**, в том числе новых форм субсидиарной ответственности собственников бюджетных учреждений (например, **субсидиарной ответственности** в объеме минимального размера оплаты труда работников, размера стоимости коммунальных платежей и прочее).

Дополнительно следует отметить, что в настоящее время **отсутствуют необходимые примерные договоры и соглашения** о финансовом взаимодействии в рамках межмуниципального сотрудничества, утвержденные на федеральном уровне.

III. К вопросам местного значения муниципального района и городского округа относится **оказание первичной медико-санитарной помощи и оказание скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной)**.

Объем и порядок оказания первичной медико-санитарной помощи устанавливаются законодательством об охране здоровья граждан.

Полагаем, что в соответствии с общей компетенцией Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **порядок оказания данной помощи должен быть определен Приказом Министерства**. Разработка данного Приказа предусмотрена планом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по реализации перечня нормативных правовых актов, подлежащих принятию в установленном порядке во исполнение Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.

Порядок оказания скорой медицинской помощи устанавливается Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (статья 39 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан).

Приказом Минздравсоцразвития России от 1 ноября 2004 г. № 179 утвержден порядок оказания скорой медицинской помощи. При этом необходимо отметить, что данным документом урегулированы вопросы оказания скорой медицинской помощи не только органами местного самоуправления, но и органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Действующим законодательством **урегулированы условия труда медицинских работников, оказывающих скорую медицинскую помощь, в том числе в муниципальных медицинских учреждениях.**

В соответствии со **статьей 350 Трудового кодекса Российской Федерации** в зависимости от должности и(или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством Российской Федерации. Постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2003 г. № 101 определен перечень должностей и(или) специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов и условий труда, **работа в которых дает право на сокращенную 36-часовую рабочую неделю, в который входят специалисты станций (отделений) скорой медицинской помощи, станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи, отделений выездной экстренной и консультативной медицинской помощи областных, краевых и республиканских больниц.**

IV. В соответствии с пунктом 27 статьи 14, пунктом 22 статьи 15, пунктом 30 статьи 16 Федерального закона от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ в вопросах местного значения, решаемым органами местного самоуправления поселения, муниципального района, городского округа, относятся **создание, развитие и обеспечение охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов местного значения** на территории поселения, муниципального района.





Для обеспечения реализации упомянутых полномочий в соответствии со статьей 4 Федерального закона от 23.02.1995 № 26-ФЗ «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах» **Правительству Российской Федерации предоставлены, в частности, полномочия по:**

- ♦ определению основных **направлений государственной политики** в сфере санаторно-курортного лечения и отдыха;
- ♦ установлению норм и **правил пользования природными лечебными ресурсами**, лечебно-оздоровительными местностями и курортами;
- ♦ ведению государственного учета курортного фонда Российской Федерации и **государственного реестра лечебно-оздоровительных местностей и курортов**;
- ♦ установлению налоговых, визовых, таможенных, инвестиционных льгот, **стимулирующих сохранение и развитие курортов**;
- ♦ **осуществлению международного сотрудничества** в сфере изучения и использования природных лечебных ресурсов, лечебно-оздоровительных местностей, курортов и курортных регионов (районов).

Постановлением Правительства Российской Федерации от 07.12.1996 № 1425 утверждено положение «Об округах санитарной и горно-санитарной охраны лечебно-оздоровительных местностей и курортов федерального значения».

При этом в соответствии с положениями пункта 6 статьи 16 Федерального закона от 23.02.1995 № 26-ФЗ **на Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека** возложен контроль и надзор за **обеспечением санитарной (горно-санитарной) охраны природных лечебных ресурсов**, лечебно-оздоровительных местностей и курортов.

Косвенно к данному вопросу относится и следующая норма.

Согласно статье 49 Основ законодательства об охране здоровья граждан, на Министерство здра-

воохранения и социального развития Российской Федерации возложено **установление порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности граждан в связи с направлением на санаторно-курортное лечение**.

Данные полномочия могут быть реализованы в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.04.2001 № 309 «Об утверждении положения о приобретении, распределении, выдаче путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей».

Также следует отметить, что Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации **издан Приказ от 22.11.2004 №256 «О порядке медицинского отбора и направления больных на санаторно-курортное лечение»**.

V. Согласно подпункту 3 пункта 1 статьи 17 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ, в полномочия органов местного самоуправления по решению вопросов местного значения включено **финансирование муниципальных учреждений**.

В соответствии со статьей 70 Бюджетного кодекса Российской Федерации одним из первых направлений расходов бюджетных средств являются **расходы на оплату труда работников**.

Следовательно, в полномочия органов местного самоуправления входят вопросы, **касающиеся оплаты труда работников муниципальных бюджетных учреждений и муниципальных предприятий** (пункт 2 статьи 53 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ).

Пунктом 1 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 321, установлено, что **Министерство осуществляет нормативно-правовое регулирование в сфере оплаты труда**.



Контроль и надзор в сфере труда, в том числе в муниципальных бюджетных учреждениях и на муниципальных предприятиях, осуществляет Федеральная служба по труду и занятости в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 324.

VI. Организация сбора и вывоза бытовых отходов и мусора; организация ритуальных услуг и содержание мест захоронения (статьи 14–16 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ).

Данные вопросы **затрагивают сферу полномочий** Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека **в части осуществления санитарно-эпидемиологического контроля и его нормативно-правового регулирования.**

К вопросам местного значения относятся также вопросы, связанные с **ликвидацией последствий чрезвычайных ситуаций**, организация деятельности аварийно-спасательных служб и(или) аварийно-спасательных формирований, что косвенно затрагивают сферы полномочий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации **в части оказания медицинской помощи пострадавшим.**

VII. В соответствии с пунктами 3 и 4 статьи 12 Жилищного кодекса Российской Федерации к компетенции органов государственной власти Российской Федерации в области жилищных отношений относится **определение оснований признания малоимущих граждан нуждающимися** в жилых помещениях, предоставляемых по договорам социального найма.

В свою очередь, согласно пункту 3 статьи 13 Кодекса, к компетенции органов государственной власти **субъекта Российской Федерации** в области жилищных отношений отнесено установление по-

рядка определения размера дохода, приходящегося на каждого члена семьи, и стоимости имущества, находящегося в собственности членов семьи и подлежащего налогообложению, в целях признания граждан малоимущими и предоставления им по договорам социального найма жилых помещений муниципального жилищного фонда.

Согласно пунктам 2 и 5 статьи 14 Кодекса, в компетенцию **органов местного самоуправления** в области жилищных отношений входит **установление размера дохода**, приходящегося на каждого члена семьи, и стоимости имущества, находящегося в собственности членов семьи и подлежащего налогообложению, в целях признания граждан малоимущими и предоставления им по договорам социального найма жилых помещений муниципального жилищного фонда; предоставление в установленном порядке малоимущим гражданам по договорам социального найма жилых помещений муниципального жилищного фонда.

При этом в действующем законодательстве **не раскрыты критерии для определения граждан малоимущими** именно для целей жилищного законодательства.

Вместе с тем, согласно статье 5 Федерального закона от 5 апреля 2003 г. № 44-ФЗ «О порядке учета доходов и расчета среднедушевого дохода семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для признания их малоимущими и оказания им государственной социальной помощи», **Перечень видов доходов, учитываемых при расчете среднедушевого дохода** семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для оказания им государственной социальной помощи, **устанавливается Правительством Российской Федерации.**

В настоящее время Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 августа 2003 г. № 512 утвержден Перечень видов доходов, учитываемых при расчете среднедушевого дохода семьи и дохода одиноко проживающего гражданина для оказания им государственной социальной помощи.





Представляется, что **аналогичный перечень видов доходов для признания граждан малоимущими в целях постановки их на учет для получения жилья по договорам социального найма жилых помещений должен быть утвержден федеральным законом либо полномочие по утверждению данного перечня должно быть передано федеральным законом Правительству Российской Федерации.**

VIII. Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ не предусматривает участие органов местного самоуправления в вопросах оказания социальной помощи и социальных услуг населению.

Ранее до 1 января 2005 года в соответствии с Федеральным законом от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения» предусматривалось существование муниципальной системы социальных служб, к которой относились **муниципальные предприятия и учреждения социального обслуживания, находящиеся в ведении органов местного самоуправления**, а управление этой системой было возложено соответственно **на органы местного самоуправления.**

С 1 января 2005 года вступил в силу Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, внесший изменения в Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ, отнеся **вопросы социального обслуживания и управления системой социальных служб исключительно к ведению субъектов Российской Федерации.**

До 1 января 2005 года в соответствии с Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» органы местного самоуправления могли участвовать в оказании государственной социальной помощи **в пределах передаваемых им органами государственной власти в этих целях полномочий** вместе с материальными и финансовыми ресурсами для их осуществления.

Однако **с 1 января 2005 года** эта функция Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ также **закреплена только за органами государственной власти субъектов Российской Федерации.**

В связи с разграничением полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления пунктом 11 статьи 154 Федерального закона от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ **установлен порядок безвозмездной передачи имущества**, в частности, от органов местного самоуправления органам государственной власти субъектов Российской Федерации. При этом решение о передаче имущества из муниципальной собственности в собственность субъекта Российской Федерации должно быть принято **до 1 ноября 2005 года.**

IX. Федеральный закон от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ не предусматривает участие органов местного самоуправления в вопросе организации обязательного медицинского страхования неработающего населения.

Ранее до 1 января 2005 года в соответствии с Законом Российской Федерации от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» платежи за обязательное медицинское страхование неработающего населения **осуществляли органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.**

Федеральным законом от 4 июля 2003 г. № 95-ФЗ внесены изменения в Федеральный закон от 6 октября 1999 г. № 184-ФЗ, согласно которым **вопросы организации обязательного медицинского страхования неработающего населения отнесены исключительно к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации.**



В.П.МИЛОСЕРДОВ, Т.Ю.ГРОЗДОВА,
Саратовский государственный медицинский университет

ФОРМИРОВАНИЕ НОВОЙ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ, МАТЕРИАЛЬНЫМИ И ТРУДОВЫМИ РЕСУРСАМИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЕ

Одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения является формирование новой системы управления финансовыми, материальными и трудовыми затратами. Переход от командной экономики к рыночной, децентрализация государственного управления с повышением властных полномочий субъектов Российской Федерации и органов самоуправления привели к разрушению вертикали управления единой системы здравоохранения страны и выделению государственного, муниципального и частного секторов. Все это в условиях формирования рынка медицинских услуг, многообразия форм собственности, многоканального финансирования потребовало разработки и внедрения новых подходов в управлении отраслью.

В советские и ранние постсоветские времена медицинские работники и население привыкли к бесплатному оказанию и получению медицинской помощи, что наложило свой отпечаток на мышление медицинских работников и общества в целом. Понятие экономической эффективности отсутствовало. Финансирование осуществлялось по всей системе здравоохранения без учета конкретной оказанной медицинской услуги, лечебные учреждения получали деньги лишь потому, что они просто существуют, заработная плата была фиксированной, медицинские работники были не заинтересованы в привлечении больного «на себя», не было экономической мотивации повышать качество и культуру медицинской помощи.

Внедрение рыночных отношений в нашу жизнь резко изменило ситуацию в обществе и в медицине, в частности. У лечебных учреждений появились новые задачи в области эффективного использования материально-технических, финансовых и кадровых ресурсов, что требует новых подходов в управлении.



© В.П.Милосердов, Т.Ю.Гроздова, 2005 г.



В настоящее время потребности лечебных учреждений в финансировании удовлетворяются намного меньше, чем 100%. Это требует поиска дополнительных резервов с тем, чтобы обеспечить повышение эффективности использования имеющихся ресурсов. С какими проблемами сталкиваются лечебные учреждения и как они решаются, основные направления работы по управлению ЛПУ предлагается рассмотреть на примере многопрофильной клинической больницы № 3 Саратовского государственного медицинского университета.

Лечебное учреждение имеет статус федерального, является крупнейшим многопрофильным больничным комплексом Саратовской области, где оказывается специализированная лечебно-диагностическая, реабилитационная, консультативная медицинская помощь в 37 структурных подразделениях. Особое место среди видов медицинской помощи, предоставляемых учреждением, занимает высокотехнологичная специализированная медицинская помощь. В 2004 году на этот вид медицинской помощи Министерством здравоохранения и социального развития выделено 900 квот, финансирование данного вида помощи проводится из федерального бюджета.

В отделениях больницы в течение года лечится более 23 000 больных, в условиях дневного стационара – 3200 больных. В 2004 году проведено 326,2 тыс. койко-дней.

Средние сроки лечения для отделений взрослого профиля – 14,7 дня, педиатрического профиля – 12,7 дня. Средняя стоимость одного койко-дня составила 628,77 руб. (в том числе медикаменты – 94,21 руб., питание – 41,71 руб.).

Коечная мощность больницы составляет 1100 коек. Основной частью коечного фонда больницы являются койки хирургического профиля – 520 коек (экстренная, плановая хирургия, проктология, торакальная хирургия), в том числе

180 – детская хирургия (плановая, экстренная, урология детская); 240 – педиатрические, 175 коек терапевтические (общая терапия, гастроэнтерология, кардиология), 100 коек – неврологические (детская и взрослая неврология) и 60 коек для лечения больных алкоголизмом и наркоманией.

Всего в больнице работают 1738 человек, из них: 433 врача, 686 средних медработников, 359 младших медработников и 260 прочего персонала; 32 доктора медицинских наук, более 100 кандидатов медицинских наук.

Система управления клинической больницей представлена несколькими уровнями.

Планирование и стратегическая линия развития клинической больницы формируются непосредственно ректором Медицинского университета. Главный врач в руководстве больницей основной упор делает на тщательную разработку конкретных заданий, определение последовательности действий подразделений и связи этих действий между собой. Ряд своих полномочий главный врач в зависимости от сложившихся ситуаций передает своим заместителям, проводя при этом текущий контроль выполнения порученных заданий. Для контроля за организацией деятельности клинической больницы выделена специальная структура – лечебный отдел Университета во главе с проректором по лечебной работе.

Больница, являясь базой Саратовского государственного медицинского университета, обеспечивает учебный процесс, проводит лечение и обследование больным с заболеваниями, соответствующими тематике планов научно-исследовательских работ. На базе больницы располагаются 19 кафедр СГМУ, где проводится обучение студентов и врачей, научные исследования.

Лечебно-диагностический блок управления находится под контролем главного врача. Вы-



делены два уровня обеспечения качества лечебной работы: профильные заместители главного врача и руководители клиник.

В клинической больнице внедрена экспертная система работы руководителей клиник – координаторов лечебно-диагностического процесса в профильных подразделениях.

На базе больницы функционируют шесть клиник:

- ♦ факультетской хирургии;
- ♦ детской хирургии;
- ♦ факультетской терапии;
- ♦ анестезиологии и реанимации;
- ♦ неврологии и восстановительного лечения;
- ♦ стоматологии.

Руководители клиник осуществляют экспертный тип руководства, определяя основные направления развития специализированных служб, координируя лечебную деятельность отделений и кафедр Медицинского университета. Подобная система работы позволила наиболее эффективно использовать высококвалифицированные научные кадры Университета и практических врачей для повышения качества оказания специализированной медицинской помощи.

В больнице создана инициативная группа, в состав которой вошли главный врач, профильные заместители, специалисты планово-экономического отдела, специалисты по организации внебюджетной деятельности, инициативные заведующие отделений. Главной задачей этой группы является изучение всех производителей медицинских услуг, сопоставление сильных и слабых сторон наших потенциальных конкурентов по сравнению с нами. Изучаются формирующиеся потоки больных, ценовая политика, предпочтения покупателя, неосвоенные сегменты рынка, информатизация. Эта работа началась со второй половины 2004 года и, несмотря на короткий срок, уже имеет положительные результаты.

Финансово-экономический блок управления представлен планово-экономическим отделом, заместителем главного врача по экономике, главным бухгалтером. Для более эффективного использования имеющейся структуры и возможности быстрого принятия решений все специалисты связаны в единую информационную систему.

В настоящее время больница имеет несколько источников финансирования. Федеральный бюджет, в том числе по выполнению высокотехнологичной специализированной медицинской помощи. Финансирование высокотехнологичной помощи проводится по более высоким тарифам. Объем финансирования определен отдельным Приказом МЗРФ и РАМН № 125/13 от 19.03.2004 г. «Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи учреждениями здравоохранения федерального подчинения в 2004 году» и соответствует количеству выделенных квот.

Средства от выполнения программы обязательного медицинского страхования обеспечивают финансирование пяти основных статей: медикаменты, питание, мягкий инвентарь, доплаты к заработной плате и начисления на них. Финансирование коммунальных услуг, прочих расходов проводится на основании согласования с фондом обязательного медицинского страхования. Тарифы, выделяемые на оплату медицинских услуг территориальным ФОМС для лечебного учреждения федерального подчинения, отличаются от тарифов муниципальных и областных структур.

Средства, получаемые от выполнения программ по добровольному медицинскому страхованию, занимают в финансировании больницы около 8,5%. Больница в настоящее время работает с 5 страховыми компаниями.

В течение последних двух лет значительно увеличилось поступление средств, полученных





от выполнения платных медицинских услуг. За последние два года объем платных услуг возрос в два раза и составляет в настоящее время 12% от консолидированного бюджета.

Первые два источника служат для обеспечения государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи – выполнение госзаказа. Больница оказывает дорогостоящие виды специализированной медицинской помощи (рис. 1).

Данный вид помощи является наиболее ресурсоемким. Больница оказывает этот вид помощи по разделам: хирургия, урология, терапия, педиатрия для больных, проживающих в Саратовской, Пензенской, Ульяновской, Оренбургской и Пермской областях.

По итогам работы больницы за 2004 год, средства консолидированного бюджета, заработанные больницей за счет выполнения дорогостоящих видов медицинской помощи, выполнения программы государственных гарантий, утвержденной фондом обязательного медицинского страхования, и выполнения платных услуг составляют 45% от всего финансирования. Это является достаточно

весомым вкладом в развитие больницы и определяет возможность выживания в условиях жесткой конкурентной борьбы.

На основании анализа структуры и объемов медицинской помощи, оказываемой больницей за счет бюджетного финансирования и выполнения программы обязательного медицинского страхования, разработаны медико-экономические стандарты. Проводится реорганизация коечного фонда, направленная на повышение эффективности оказания медицинской помощи. Открыты три урологических отделения на 90 коек. За счет федерального бюджета, средств фонда ОМС отделения оснащены современным диагностическим оборудованием.

В 2005 году планируется открыть отделение оперативной нефрологии и пересадки почки на 20 коек, клинко-диагностическое отделение, рассматривается вопрос об открытии отделения реабилитации детей с перинатальной патологией. В связи с увеличением тарифов оплаты специализированных коек проводится узкая специализация терапевтических и педиатрических коек.

Особенность финансирования больницы определяет дифференцированное использование методов повышения эффективности работы коечного фонда. При бюджетном финансировании наиболее эффективным является рациональное использование коечного фонда. Примером этого могут быть мероприятия, направленные на организацию работы коек дневного пребывания, системы «амбуланта» – обследования больного в течение одного дня. Закрытие нерентабельных отделений, таких как острых отравлений, ре-

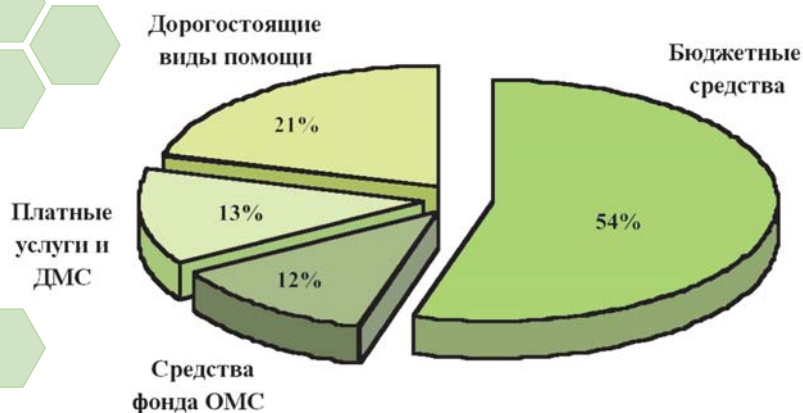


Рис. 1. Распределение источников финансирования за период 2004 года



анимации и интенсивной терапии новорожденных, работа койки в которых составляла не более 40% от плана.

Увеличение эффективности работы койки в рамках программ ОМС проводилось на основании выделения приоритетных направлений узкой специализации педиатрических, терапевтических и хирургических коек. Это связано, как указано выше, с более высокими тарифами оплаты специализированных коек и увеличением потока больных на специализированные койки. С целью увеличения эффективности работы коечного фонда в отделениях определены и контролируются сроки пребывания больных, своевременность обследования, адекватность назначения терапии.

Система добровольного медицинского страхования становится достаточно объемным источником финансирования, обеспечивающим не только 100%-ное поступление денежных средств, но и способствует развитию специализированной помощи, дает возможность расширить диагностический алгоритм и лечебную тактику.

Одной из приоритетных задач, стоящих перед больницей, является продолжение развития ресурсосберегающих технологий. На начало 2005 г. из 1100 коек выделены 200 коек дневного пребывания. В 2002г. их было 75, в 2003 году их стало 143. Эта форма оказания специализированной медицинской помощи позволяет обследовать плановых больных на догоспитальном этапе, производить реабилитацию в постгоспитальном периоде, при этом круглосуточная койка работает максимально, что дает серьезный экономический эффект. Планируется дальнейшее расширение коек дневного пребывания в урологии, детской хирургии и кардиологии. Финансирование коек дневного стационара проводится из трех источников: средств ОМС, ДМС и федерального бюджета. Такое сочетание финансирования позволяет достаточно

полно использовать коечный фонд больницы и обеспечить не только потребность в лекарственных средствах, но и бесплатном питании больных. Койки дневного стационара дали возможность обслуживаемому населению более рационально использовать диагностические возможности федеральной клиники.

Больница активно переходит на новые критерии оценки эффективности оказания специализированной медицинской помощи, такие как количество пролеченных больных, оборот койки, длительность пребывания больного на койке, предоперационный койко-день, стоимость законченного случая, специализация коек.

Для различных источников финансирования критерии эффективности несколько отличаются. Так, для определения эффективности бюджетного финансирования остаются такие критерии, как план выполнения койко-дней, занятость койки, количество пролеченных больных, в том числе и по высокотехнологичным методам специализированной медицинской помощи количество пролеченных больных, оборот койки, длительность пребывания больного на койке, предоперационный койко-день, стоимость законченного случая, специализация коек.

Критериями эффективности работы койки в условиях ОМС, способствующими увеличению финансирования по данному источнику, стали количество пролеченных больных, оборот койки, длительность пребывания больного на койке, предоперационный койко-день, стоимость законченного случая, специализация коек.

Наиболее интересным является выделение критериев эффективности финансирования ДМС. Важным показателем является не только количество пролеченных больных, но и полнота обследования, эффективность лечения современными лекарственными препаратами, использование высокотехнологичной специализированной медицинской помощи.





Большую роль в работе федеральной клиники занимает организация потока госпитализации плановых больных. Областные и городские администрации управления здравоохранением часто на основании приказов пытаются направить потоки больных из поликлиник города в стационары, которые входят в муниципальное подчинение, с тем, чтобы обеспечить нагрузку коечного фонда города и тем самым дать возможность заработать муниципальным больницам по фонду ОМС.

Создание отдела плановой госпитализации, быстрое и квалифицированное догоспитальное обследование больного, сокращение сроков предоперационного периода для плановых хирургических больных, увеличение коек дневного стационара, расширение реабилитационной базы и доступность высококвалифицированной помощи профессорско-преподавательского состава определили статус больницы. Значительно увеличился поток больных, желающих лечиться в федеральной больнице. Больной, имея на руках медицинский полис, выбирает то лечебное учреждение, которому он доверяет, и то, которое ему может представить более полный объем бесплатной медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Принимая во внимание многопрофильность больницы и специфику отрасли, в 2005 году начата активная работа по проведению маркетинговых исследований по всему рынку предоставляемых медицинских услуг на территории Саратовской области и г.Саратова.

В настоящее время на рынке медицинских услуг Саратовской области появилась конкурентная борьба за больного, сферы рынка медицинских услуг. Значение маркетинга в работе многопрофильной больницы нельзя недооценить. Проводится реклама не только видов услуг, но и работы специалистов. Особенностью проведения

рекламных компаний в многопрофильной больнице является представление ее деятельности в разрезе более чем 20 специальностей и направлений. В настоящее время в работу больницы внедрена система мониторинга и эффективности проведения рекламы на телевидении, радио и в газетах.

Роль маркетинговых исследований значительна в системе всех источников финансирования. Так, привлечение больных из других регионов для проведения высокотехнологичных специализированных методов лечения позволит сохранить и расширить федеральное бюджетное финансирование. В системе ОМС расширение сферы деятельности увеличит потоки госпитализированных больных, что повлечет за собой увеличение финансирования. Расширение оказания медицинских услуг в системе ДМС определяет постоянный финансовый поток, направленный на расширение специализированной помощи и диагностической базы отделений.

Привлечение населения для оказания платных медицинских услуг позволит больнице расширять объем оказания медицинской помощи, внедрить в работу больницы новые методы диагностики и лечения, востребованные у населения. Примером этого может служить расширение возможностей реабилитации больных после перенесенных инсультов, при ожирении, организация работы специализированной медицинской помощи на дому, палат сестринского ухода.

Результатом управленческих решений и внедрения службы менеджмента и маркетинга в работу многопрофильной больницы должно стать совершенствование организации работы больницы, как единой системы предоставления качественной медицинской помощи больным, включающей в себя эффективно используемые имеющиеся ресурсы, внедрение новых высокоэффективных медицинских технологий.



Е.Б.ЖИБУРТ,
д.м.н., профессор, директор Центра крови Минздрава России
П.В.РЕЙЗМАН,
заместитель директора Центра крови Минздрава России
Е.Г.ЧЕРКАСОВ,
к.м.н., заведующий отделением Центра крови Минздрава России,
г.Москва

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ ГЕМОТРАНСМИССИВНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Обеспечение инфекционной безопасности гемотрансфузий – краеугольный камень современной трансфузиологии. Среди гемотрансмиссивных инфекций основную опасность представляют ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты В и С. Скрининг антител к вирусу иммунодефицита человека первого и второго типов (анти-ВИЧ), антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) и поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) в крови доноров является обязательным и фактически служит последним барьером на пути вируса в организм реципиента.

Для обследования доноров могут применяться не все, а специально одобренные для этой цели иммуноферментные диагностикумы с высокой чувствительностью и специфичностью, чтобы избежать ложноотрицательных и ложноположительных результатов соответственно.

Процесс обследования доноров постоянно совершенствуется, внедряются автоматические анализаторы, система внутрилабораторного контроля качества, электронная документация и штрих-кодирование.

Несмотря на совершенствование тест-систем и отдельных технологических этапов, интегральным показателем деятельности лабораторий является расшифровка слепым методом контрольных образцов в системе внешнего контроля качества лабораторных исследований.

Главной целью действующей в России Федеральной системы внешней оценки качества клинических лабораторных исследований (ФСВОК) является помощь клинико-диагностическим лабораториям (КДЛ) в повышении качества выполняемых исследований. Помимо этого, участие в ФСВОК является одним из условий аккредитации КДЛ, а также оплаты лабораторных исследо-

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



ваний, выполняемых по договорам со страховыми компаниями (фондами) и другими организациями [4].

Контроль качества клинических лабораторных исследований на уровне системы здравоохранения России осуществляется ФСВОК на основе обработки результатов проведенных клиничко-диагностическими лабораториями исследований образцов контрольных материалов, рассылаемых Центром внешнего контроля качества клинических лабораторных исследований и его региональными отделениями.

Целью внешней оценки качества исследований является оценка степени сопоставимости результатов исследований, выполняемых в различных учреждениях здравоохранения, и соответствия их установленным нормам аналитической точности.

Участие в мероприятиях ФСВОК является обязательным для лабораторий учреждений здравоохранения всех форм собственности и учитывается при их аккредитации и лицензировании.

Регулярно проводимая внешняя оценка качества и повседневно проводимый внутрилабораторный контроль качества дополняют, но не заменяют друг друга: внешняя оценка качества направлена прежде всего на выявление систематических ошибок лабораторных методов и обеспечение единства измерений на всей территории страны, а внутрилабораторный контроль качества предназначен для поддержания стабильности аналитической системы, выявления и устранения недопустимых случайных и систематических погрешностей [3].

Ценность системы внешнего контроля качества лабораторных исследований определяется качеством и стабильностью рассылаемых образцов, количеством лабораторий-участников и глубиной анализа полученных результатов [9].

В 2004 году российские лаборатории в рамках ФСВОК получили возможность участвовать в международной системе контроля качества Viral Quality Control (VQC). VQC – лабораторное подразделение службы крови Нидерландов Sanguin (прежнее название – CLB).

VQC – одна из трех международных лабораторий ВОЗ (две другие – National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC), Англия) и Center of Biologicals Evaluation and Research (CBER) of the Food and Drug Administration (FDA), США). VQC калибрует стандарты ВОЗ, ее контрольные образцы стабильны не менее 20 лет, а в системе внешней оценки качества VQC участвуют тысячи лабораторий всего мира.

Помимо оценки собственных результатов, каждому участнику исследования представляются данные, полученные всеми участниками системы VQC. При этом дифференцировка проводится по используемым диагностикумам. Таким образом, у руководителя лаборатории (руководителя организации, органа управления, лицензирующего органа, страховой компании, пациентов и т.д.) появляется возможность оценить уровень чувствительности, специфичности и соответствие качества диагностической работы мировой иерархии, сопоставить результаты, полученные с использованием разных диагностикумов в разных лабораториях. Информация об эффективности диагностикумов в повседневной деятельности имеет преимущество перед сравнительной оценкой качества тест-систем в одной лаборатории или специальных мультицентровых испытаниях [6, 13].

Более подробную информацию о VQC можно получить на сайте: www.vqc.nl.

Централизованная система внешней оценки качества лабораторных исследований является ключевым элементом реструктуризации в службе крови. Так, в середине 1990-х в стра-



нах Южной Америки (Перу, Бразилия, Аргентина, Колумбия) было признано неэффективным содержание множества мелких центров крови госпиталей. Проводимая Панамериканской организацией здравоохранения программа внешней оценки качества лабораторного обследования доноров позволила централизовать обследование доноров в небольшом количестве лабораторий, показывающих устойчиво высокие результаты. Повышение качества скрининга доноров, наряду с другими составляющими государственных программ развития службы крови, привело к увеличению количества безвозмездных доноров, повышению эффективности и безопасности гемокомпонентной терапии [5, 7, 10–12].

Цель работы

Оценить результаты первого опыта участия отечественных лабораторий в международной программе внешнего контроля качества скрининга маркеров гемотрансмиссивных инфекций VQC.

Материалы и методы

Исследовали результаты участия 73 организаций здравоохранения в программе VQC по показателям: анти-ВИЧ, HBsAg и анти-ВГС. По каждому показателю рассылались 6 кодированных образцов.

Результаты исследования выражались в отношении оптической плотности образца к критерию положительного ответа (ОП/К, signal/cut off). Результат, равный единице или более, квалифицировался как положительный, менее единицы – отрицательный.

Наша благодарность за помощь в работе профессорам В.Н.Малахову, М.И.Михайлову и А.Х.Асади Мобархану.

Таблица 1

Участие российских лабораторий в первом цикле VQC

Исследование	Участники	Участники			
		Ответили		Не ответили	
		п	%	п	%
Анти-ВИЧ	46	39	85	7	15
HBsAg	51	36	71	15	29
Анти-ВГС	53	38	64	19	36

Результаты и обсуждение

От 15 до 36% участников различных разделов, оплативших и получивших контрольные образцы, не прислали результаты исследования (табл. 1). Можно догадываться о причинах этого явления, однако фактически смоделирована ситуация, когда лечебное отделение не получает ответа от лаборатории, в которую направили диагностический материал. Интересно, что по правилам VQC участникам, от которых не получен ответ в определенный срок, высылаются все материалы исследования с прочерком в графе «Ваш результат».

Все три группы (ВИЧ, ВГВ, ВГС), каждая из 6 образцов, были скомплектованы по одному принципу: один негативный образец и 5 последовательных разведений положительного образца. Идеальный правильный результат ответа соответственно предполагал один отрицательный ответ и пять положительных, значение которых в логарифмической зависимости убывает по мере разведения образцов. Таким образом, оценить результаты исследования можно двумя способами: по степени соответствия ответа положительному или отрицательному образцу, а также по профилю – совокупности ответов одной лаборатории. Результаты исследований представлены в табл. 2–7.

Специфичность выявления анти-ВИЧ и анти-ВГС составила 100 %, HBsAg – 95 % (табл. 3). При выявлении анти-ВИЧ 85 % лабораторий





правильно ответили на все образцы. Чувствительность исследования остальных участников ниже: две лаборатории не определили анти-ВИЧ в разведении 1:512, три – 1:128 и одна – 1:64 (табл. 3). Очевидно, что в повседневной деятельности последних шести организаций существует риск ложноотрицательного заключения по сыворотке ВИЧ-инфицированного с низким титром антител.

При выявлении анти-ВГС образец с разведением 1:4096 всеми лабораториями мира квалифицирован как отрицательный (табл. 4). Повидимому, при столь высокой степени разведения искомые антитела оказываются вне тестируемого образца. Интересно, что в такой же степени разводится плазма, пулируемая для фракционирования и производства лекарственных средств – белковых препаратов. Поэтому неэффективно требование испытывать на HBsAg, анти-ВГС и анти-ВИЧ первый гомогенный пул из нескольких тысяч доз плазмы крови [1]. Единственным надежным методом выявления вирусной контаминации пула сывороток (плазмы) может быть генотестирование (амплификационное определение нуклеиновых кислот вирусов, чаще выполняемое методом полимеразной цепной реакции) с контролируемой чувствительностью метода [8]. В отношении ВГС такая чувствительность должна составлять не менее 5000 МЕ/мл на одну донорскую дозу.

У двух лабораторий проблемы с чувствительностью определения анти-ВГС начались при тестировании образцов

Таблица 2
Результаты цикла ИФА-выявление ВИЧ - VQC

Код	Разведение	Результат			
		Положительный		Отрицательный	
		n	%	n	%
305	Неразведенный	39	100	0	0
310	1:8	39	100	0	0
308	1:64	38	97	1	3
309	1:128	35	90	4	10
307	1:512	34	87	5	13
306	Отрицательный	0	0	39	100

Таблица 3
Профили ответов лабораторий по циклу ИФА-выявление ВИЧ-VQC

Код	Разведение	Профили			
305	Неразведенный	+	+	+	+
310	1:8	+	+	+	+
308	1:64	+	+	+	-
309	1:128	+	+	-	-
307	1:512	+	-	-	-
306	Отрицательный	-	-	-	-
Количество участников		33	2	3	1

Таблица 4
Результаты цикла ИФА-выявление ВГС-VQC

Код	Разведение	Результат			
		Положительный		Отрицательный	
		n	%	n	%
413	1:16	34	100	0	0
415	1:32	33	97	1	3
414	1:256	33	97	1	3
416	1:1024	13	38	21	62
411	1:4096	0	0	34	0
412	Отрицательный	0	0	34	100

с разведением 1:32–1:256 (табл. 5). Более половины участников не смогли идентифицировать разведение 1:1024. И лишь в 38 % организаций (13 лабораторий) чувстви-



**Профили ответов лабораторий
по циклу ИФА-выявление ВГС-VQC**

Код	Разведение	Профили					
413	1:16	+	+	+	+	+	+
415	1:32	+	+	+	+	+	-
414	1:256	+	+	+	-	-	+
416	1:1024	+	+	-	-	-	-
411	1:4096	+	-	-	-	-	-
412	Отрицательный	-	-	-	-	-	-
Количество участников		0	13	19	1	1	1

Таблица 5

довании HBsAg (табл. 6–7). Этот стандарт количественный и неоднократно калиброван в мультицентровых исследованиях.

Разведение 1:16 (0,40 нг/мл) оказалось ниже порога чувствительности одной лаборатории, несмотря на действующий норматив об исключении, начиная с 1 октября 2003 года, возможности применения в практике здравоохранения тест-систем для выявления HBsAg с чувствительностью хуже 0,1 нг/мл [2].

Результаты цикла ИФА-выявление HBsAg-VQC

Код	Разведение	Результаты			
		Положительный		Отрицательный	
		п	%	п	%
203	Неразведенный	36	100	0	0
200	1:16	35	97	1	3
204	1:128	18	50	18	50
199	1:256	7	20	29	80
202	1:512	3	8	33	92
201	Отрицательный	2	5	34	95

Таблица 6

Половина участников смогла определить разведение 1:128 (0,05 нг/мл), пятая часть участников – разведение 1:256 (0,03 нг/мл), а три лаборатории дали правильный ответ на образец, разведенный в 512 раз (0,01 нг/мл).

Тем не менее, из трех лабораторий, определивших максимальное разведение, удовлетворительным можно признать результат лишь одной (табл. 7), поскольку в профилях результатов двух других имеются как ложноотрицательные результаты на меньших разведениях, так и ложноположительный результат исследования заведомо негативного образца (в последнем случае точность и воспроизводимость результатов работы лаборатории сопоставимы с подбрасыванием монеты).

**Профили ответов лабораторий
по циклу ИФА-выявление HBsAg-VQC**

Код	Разведение	Профили									
203	Неразведенный	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
200	1:16	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
204	1:128	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+
199	1:256	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-
202	1:512	+	-	-	-	-	+	-	+	-	-
201	Отрицательный	-	-	-	-	-	+	-	-	+	+
Количество участников		1	4	12	13	1	1	2	1	1	1

Таблица 7

При анализе совокупности полученных результатов каждой лабораторией можно отметить, что лишь треть участников цикла по разделу «ИФА-выявление HBsAg-VQC» соответствует национальным требованиям.



тельность определения анти-ВГС соответствует необходимому для службы крови максимально высокому уровню. Больше разнообразие результатов возникло при исследовании



Заключение

Результаты участия в системе внешней оценки качества скрининга маркеров гемотрансмиссивных инфекций ФСВОК-VQC позволяют:

- ♦ позиционировать качество работы отдельной лаборатории в мировом и национальном масштабе;
- ♦ оценить уровень безопасности гемокомпонентов, обследование которых выполняется в конкретной лаборатории;
- ♦ объективизировать критерии выбора лаборатории при формировании государственного, муниципального или частного заказа медицинских услуг.

Следует особенно подчеркнуть, что в данном исследовании обобщены результаты лабораторий – национальных лидеров, в инициативном порядке откликнувшихся на приглашение принять участие в новом цикле ФСВОК и оплативших соответствующие услуги. В то же время только в системе Минздравсоцразвития России более полутора тысяч организаций здравоохранения занимаются заготовкой донорской крови (табл. 8), которая обследуется в каких-то лабораториях.

Целесообразно рассмотреть вопрос о централизованном (на различных уровнях: федеральном, субъект Российской Федерации, муниципальное образование) финансировании обязательного участия в программе внешней оценки качества лабораторных исследований, определяющих безопасность гемотрансфузионной терапии.

Таблица 8
Динамика количества организаций службы крови системы Минздрава России

Организация	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Центр, станция переливания крови	197	195	193	191
Отделение переливания крови	1109	1101	1077	1065
Больница, заготавливающая кровь	348	319	293	262
НИИ	3	3	3	3
Всего	1657	1618	1566	1521

Итоги такого участия и оценка качества работы лаборатории могут стать основой для принятия организационных решений по централизации клинических лабораторных исследований. Очевидно, что центростремительной силой должно стать устойчиво высокое качество работы лаборатории. Напротив, как с медицинской, так и с экономической точек зрения, нецелесообразно содержать лабораторию, систематически допускающую ошибки в чувствительности, специфичности, точности и воспроизводимости исследований.

Также результаты участия в программах внешней оценки качества могут быть условием аккредитации лабораторий в системе аккредитации, предполагающей повышенный уровень качества медицинских услуг по сравнению с базисным уровнем – лицензирование медицинской деятельности.

Цена ошибки лабораторного исследования может быть чрезвычайно высока. Применительно к практике службы крови ложноположительный результат скрининга инфекции – это необоснованно отведенный донор (и вытекающий комплекс неприятных медико-социальных последствий для этого здорового человека), а ложноотрицательный результат скрининга инфекции – это потенциально инфицированный реципиент.

Конфликт интересов

Авторы не имеют обязательств перед какой-либо из упомянутых в статье организаций.



ЛИТЕРАТУРА

1. Правила производства и контроля качества лекарственных средств (национальный стандарт). ГОСТ Р 52249-2004/ Приложение 14. Производство лекарственных средств из крови или плазмы человека.
2. Приказ Минздрава РФ от 21 октября 2002 г. № 322 «О применении в практике здравоохранения иммуно-ферментных тест-систем для выявления поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) и антител к вирусу гепатита С (анти-ВГС) в сыворотке крови человека».
3. Приказ Минздрава РФ от 7 февраля 2000 г. № 45 «О системе мер по повышению качества клинических лабораторных исследований в учреждениях здравоохранения Российской Федерации».
4. Приказ Минздравмедпрома РФ от 3 мая 1995 г. № 117 «Об участии клинко-диагностических лабораторий лечебно-профилактических учреждений России в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований».
5. Cruz J.R., Schalla W.O., Larsen S.A. Quality assessment activities in Latin America and the Caribbean// MLO Med. Lab. Obs. – 1997. – Vol.29. – №12. – С.40–42.
6. Deguchi M, Kagita M, Yamashita N. et al. Comparison of eight screening tests for anti-HCV antibody// Kansenshogaku Zasshi. – 2002. – Vol. 76. – №9. – С.711–720.
7. Duran M.B., Guzman M.A. External evaluation of serology results in blood banks in Colombia// Rev. Panam. Salud Publica. – 2003. – Vol.13. – № 2-3. – С.176–181.
8. Katsoulidou A.S., Moschidis Z.M., Gialeraki R.E. et al. Clinical evaluation of an HIV-1 and HCV assay and demonstration of significant reduction of the HCV detection window before seroconversion// Transfusion. – 2004. – Vol.44. – №1. – С.59–66.
9. Kuzin S.N., Sadikova N.V., Suslov A.P. et al. Evaluation of the system for controlling the quality of the HBsAg detection in the system of screening laboratories// Zh. Mikrobiol. Epidemiol. Immunobiol. – 2002. – №3. – С.52–56.
10. Oknaian S., Remesar M., Ferraro L., del Pozo A.E. External performance evaluation of screening in blood banks in Argentina: results and strategies for improvement// Rev. Panam. Salud Publica. – 2003. – Vol.13. – № 2–3. – С.149–153.
11. Ribera Salcedo J.F., Roca Valencia O. Peru's experience with a national blood banking program// Rev. Panam. Salud Publica. – 2003. – Vol.13. – № 2-3. – С.165–71.
12. Saez-Alquezar A., Otani M.M., Sabino E.C. et al. External serology quality control programs developed in Latin America with the support of PAHO from 1997 through 2000// Rev. Panam. Salud Publica. – 2003. – Vol.13. – № 2–3. – С.91–102.
13. Suslov A.P., Kuzin S.N., Golosova T.V. et al. Limits of diagnostic accuracy of anti-hepatitis C virus antibodies detection by ELISA and immunoblot assay// Russ. J. Immunol. – 2002. – №7. – С. 175–184.



Э.Г.АГАДЖАНЯН,
главный врач «Клиники доброго стоматолога»,
А.В.ЛАПИН,
ведущий аналитик MasterClinic,
И.И.ЛИВШИЦ,
разработчик MasterClinic,
г.Санкт-Петербург

ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ КЛИНИКИ НА ПРИМЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОГРАММНОГО КОМПЛЕКСА MasterClinic

Введение

Управление персоналом является одним из важнейших процессов современной стоматологической клиники. Предлагаем к обсуждению вопрос автоматизации этого процесса на базе стоматологического программного комплекса MasterClinic (**СПК MasterClinic**). В статье будут рассмотрены последовательно постановка задачи по информационному обеспечению процесса управления персоналом, возможные методы решения задачи управления кадрами и практические примеры использования АРМ Старшей медицинской сестры (АРМ СМС) **СПК MasterClinic** версии 4.5.

Постановка задачи управления персоналом

Процесс управления персоналом в любой современной компании является одним из важнейших, а в стоматологической клинике не просто одним из важнейших, а критическим, так как от качества его выполнения зависит стабильность всего бизнеса клиники. В соответствии с документом ГОСТ Р ИСО 9000:2001 «Система менеджмента качества. Основные положения и словарь» термин **«процесс»** определяется как **«совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих видов деятельности, преобразующих входы в выходы»**. С учетом данного определения сформулируем кратко требования к описанию процесса управления персоналом в **СПК MasterClinic**.

© Э.Г.Агаджанян, А.В.Лапин, И.И.Лившиц, 2005 г.



Рис. 1. Процесс управления персоналом. «Уровень 0»

1. Требования к входным данным процесса:
 - ♦ список сотрудников (параметры: фамилия, имя, отчество, паспортные данные);
 - ♦ категории сотрудников (параметры: должность, статус, специализация);
 - ♦ рабочее время сотрудников (параметры: дата, время, рабочее место);
 - ♦ тариф оплаты работы сотрудников (параметры: ставка, надбавки, штрафы).
2. Требования к выходным данным процесса:
 - ♦ электронная картотека сотрудников всей клиники (филиалов клиники);
 - ♦ электронные рабочие таблицы сотрудников всей клиники (филиалов клиники);
 - ♦ электронные ведомости зарплаты сотрудников всей клиники (филиалов клиники);
 - ♦ административные функции контроля персонала клиники;
 - ♦ служебные специальные функции.

Общую структуру процесса управления персоналом клиники **СПК MasterClinic** удобно представить в нотации IDEF0 (рис. 1).

IDEF0 – это методология функционального моделирования. С помощью наглядного графического языка IDEF0 изучаемая система (процесс) по результатам работы аналитиков предстает в виде

ясного набора взаимосвязанных функций (или «функциональных блоков» в терминах IDEF0).

Модель IDEF0 базируется на методе ICOM (акроним от 4 слов: Input, Control, Mechanism, Output), согласно которому Вход (Input) преобразуется в Выход (Output) при заданном Управлении (Control) и выделенных Ресурсах (Mechanism).

Одним из важнейших принципов IDEF0 является принцип декомпозиции. Он применяется при разбиении сложного процесса на составляющие его функции (группы функций). Декомпозиция

позволяет детально и структурированно представлять модель системы (процесса) в виде иерархической структуры отдельных диаграмм, что делает ее более удобной для анализа и восприятия. Выполним декомпозицию процесса управления персоналом клиники **СПК MasterClinic** до 1-го уровня (рис.2).

Применительно к **СПК MasterClinic** функции управления персоналом были реализованы в 1999 году еще в самой первой версии программы по требованию главного врача Агаджаняна Э. Г. и старшей медсестры Лихомановой А. В. Весь функционал для автоматизации процесса управления персоналом традиционно включен в АРМ СМС.

Подробная информация по всем функциональным возможностям **СПК MasterClinic** доступна на сайте: master-clinic.stom.ru.

Методы решения задач управления персоналом

К методам решения задач управления персоналом, реализованных в **СПК MasterClinic**, относятся следующие:

Метод использования каталогов (говоря языком разработчиков баз данных, – «метод базовых таблиц», или архитектура «entity-relationship»).



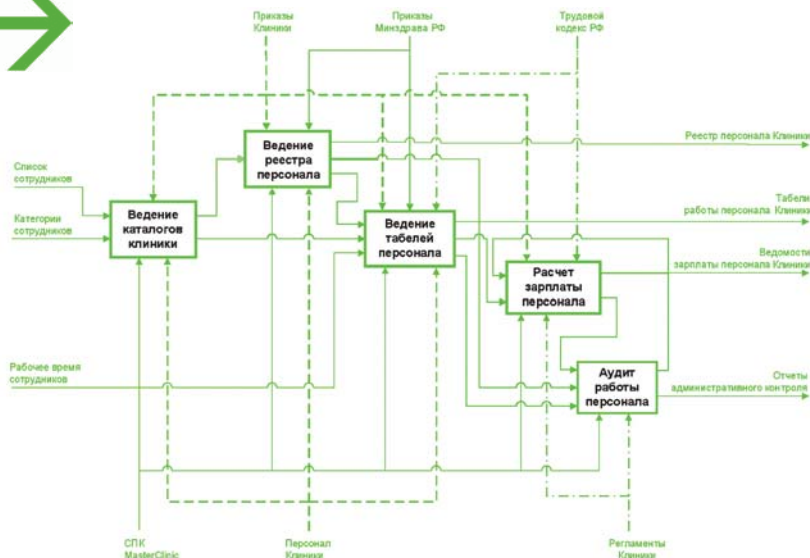


Рис. 2. Процесс управления персоналом. «Уровень 1»

Согласно этому методу, все предварительные настройки основных каталогов для персонала (должности, статусы, ставки и пр.) уже выполнены в **СПК MasterClinic** и конкретному пользователю можно сразу же начинать работу. В любой момент при необходимости можно изменить (добавить, удалить) почти любые данные из любого каталога (за несколькими исключениями). Благодаря реализации в **СПК MasterClinic** этого метода, достигается единое пространство используемых параметров при работе распределенных АРМ в клинике любой структуры.

Метод автоматического вычисления (говоря языком бухгалтеров, – «таксировка»). Согласно этому методу, нет необходимости вводить в БД вручную множество параметров работы персонала (например, вычислять вручную разницу между временем начала приема и временем окончания). В **СПК MasterClinic** широко используются функции работы с датами, временем и числами. В обязательном порядке выполняется проверка логических ограничений (в частности, реализован принцип проверки корректного завершения приемов). Благодаря этому методу, в **СПК MasterClinic** автоматически ве-

дется табель работы всех категорий персонала, дополнительно реализуются определенные функции административного контроля и внутреннего аудита.

Метод распределения (делегирувания) функций. В **СПК MasterClinic** широко применяется метод распределения функций по различным АРМ и предоставляемым возможностям для различных категорий пользователей. Например, в АРМ СМС ведется каталог сотрудников клиники, но записи по уровню зарплаты, коэффициенты премий и прочие финансовые записи недоступны даже для просмотра – эти записи может вести только главный врач. В АРМ Администратора доступны для просмотра только общие записи по персоналу клиники (Ф.И.О., табельный номер, должность), достаточные для ведения электронного расписания приемов. Наконец, в АРМ Главного врача доступны все записи каталога персонала клиники в полном объеме.

Метод постоянного контроля (метод «обратной связи»), в соответствии с которым в **СПК MasterClinic** постоянно и практически незаметно функционирует мощный блок встроенной бизнес-логики. Например, в АРМ Администратора перед вводом расписания для выбранного врача проверяется его статус и **СПК MasterClinic** не позволит создать запись в расписании для врача, который уволился или находится в отпуске (на стажировке). Эта проверка позволит избежать недоразумений, при которых на прием к отсутствующему врачу будут записаны пациенты. Аналогично реализованы и другие гибкие правила бизнес-логики **СПК MasterClinic**.



Практические примеры использования СПК MasterClinic

Рассмотрим практический пример построения электронного реестра персонала клиники (рис. 3).

В АРМ СМС СПК MasterClinic спроектирована электронная форма, которая отражает следующие основные поля:

- ♦ Табельный номер сотрудника.
- ♦ Номер клиники (филиала клиники).
- ♦ Фамилия, имя и отчество сотрудника.
- ♦ Адрес.
- ♦ Дата рождения сотрудника.
- ♦ Контактный телефон.
- ♦ Должность.
- ♦ Статус.

Для дополнительного удобства восприятия сводной информации о полном реестре персонала клиники введено несколько графических элементов (например, отражение статуса «Уволен»). Эта электронная форма также доступна в АРМ Администратора.

Далее рассмотрим другую электронную форму, отражающую полный объем данных о персонале стоматологической клиники (рис. 4). В отличие от сводного реестра, рассмотренного выше и доступного в АРМ СМС и АРМ Администратора, эта электронная форма доступна только в АРМ Главного врача, поскольку содержит полный объем данных о персонале. В первую очередь это относится к данным о зарплате и личным учетным данным сотрудника.

В «Клинике доброго стоматолога» в СПК MasterClinic дополнительно хра-

Таб. №	Клиника	Фамилия	Имя	Отчество	Адрес	Рождения	Телефон	Должность	Статус
1	1	Аладжанян	Эмил	Гургенович		17.07.1966	939-19-88	Главный врач	Сотрудник
2	1	Азарин	Георгий	Сергеевич		23.02.1977	8-901-300-11-3	Врач-стоматолог хирург	Сотрудник
44	1	Амосова	Юлия				590-32-88	Ассистент	Сотрудник
25	1	Балаева	Ольга	Николаевна		04.07.1973	8-921-326-74-5	Администратор	Сотрудник
47	1	Белова	Наталья	Владимировна			8-921-554-77-8	Ассистент	Сотрудник
29	1	Васильева	Светлана	Александровна				Ассистент	Сотрудник
24	1	Виднова	Фина	Павловна		09.12.1939	568-15-52	Санитарка	Уволен
26	1	Гизова	Екатерина	Анатольевна		14.06.1982	8-921-378-10-5	Ассистент	Не установлена
21	1	Гордеева	Ирина	Николаевна			235-62-44*9-92	Ассистент	Сотрудник
8	1	Дубинская	Анна	Яковлевна		10.01.1965	552-26-95,8-92	Врач-стоматолог терапевт	Сотрудник
17	1	Елфимова	Ирина	Александровна		29.08.1970	8-911-231-73-4	Ассистент	Сотрудник
32	1	Ефремова	Ирина	Александровна			155-59-00, 921-	Ассистент	Сотрудник
7	1	Жидкова	Алина	Николаевна		28.08.1968	511-70-71, 921-	Администратор	Сотрудник
36	1	Жигурова	Светлана	Юрьевна			8-921-638-36-5	Врач-стоматолог терапевт	Сотрудник
14	1	Жигурова	Светлана	Юрьевна		10.06.1977	921-638-36-55	Ассистент	Сотрудник
38	1	Захарченко	Ольга	Владимировна			8-921-657-17-9	Ассистент	Сотрудник
9	1	Калитина	Анна	Альбертовна		05.02.1975	520-80-76, 8-92	Главный бухгалтер	Сотрудник
255	1	Кочина	Дли	Степановна		25.12.2003	301-19-49	Служб. реестр клиники	Сотрудник
10	1	Копцова	Валентина	Васильевна		10.08.1983	326-61-61, 387-4	Ассистент	Сотрудник
34	1	Копылова	Олеся	Николаевна		18.01.1977	842-91-54, 306-	Врач-стоматолог терапевт	Сотрудник

Рис. 3. Экранная форма «Электронный реестр персонала стоматологической клиники АРМ администратора»

АРМ Главного врача

АРМ Главного врача «Клиники Доброго Стоматолога»

Сегодня 16.05.2005 Понедельник

Расписание работы врачей по основным кабинетам клиники

Кабинет: Доктор: Дубинская Анна Яковлевна Должность: Врач-стоматолог терапевт Время с: 09:00 Время по: 21:00

Персонал клиники

Личные данные | Должностной статус | Финансовый статус | Общая сводка

Учетный код: []

Фамилия: Аладжанян

Имя: Эмил

Отчество: Гургенович

Дата рождения: 17.07.1966

Адрес: []

Телефон: 939-19-88

Паспорт: []

Фотокарточка: []

Дни рождения: []

Рис. 4. Экранная форма «Электронный реестр персонала стоматологической клиники АРМ главного врача»



нится цветная фотография сотрудника, что повышает удобство восприятия информации по конкретному сотруднику. Дополнительно эта информация может быть использована в каталогах клиники, на корпоративном сайте или в любых других публичных ресурсах современной стоматологической клиники.

Ведение электронного расписания работы персонала выполняется в АРМ Администратора СПК **MasterClinic** на основе входных данных из каталога кабинетов, каталога персонала и календарных данных (рис. 5). Электронная форма отражает следующие основные поля:

- ◆ Номер кабинета клиники.
- ◆ День недели.
- ◆ Ф.И.О. врача.
- ◆ Статус.
- ◆ Время работы врача в кабинете.
- ◆ Дата действия расписания.
- ◆ Ф.И.О. ассистента врача.

В форме электронного расписания АРМ администратора СПК **MasterClinic** для дополнительного удобства восприятия сводной информации по клинике введено несколько графических элементов (например, отражение просроченного расписания врача). Также в этой форме доступно несколько кнопок для автоматизации процесса заполнения (удаления) записей отдельно по кабинету, врачу или по всей клинике. Необходимо обратить внимание, что в форме электронного расписания поле «Статус» не является доступным и редактируемым, то есть обеспечивается проверка фильтрации только тех врачей, которые имеют возможность и право выполнять приемы в клинике.

Рис. 5. Экранная форма «Электронное расписание персонала стоматологической клиники»

Рис. 6. Экранная форма «Электронный табель работы персонала стоматологической клиники»

Рис. 7. Экранный отчет «Электронный табель работы ассистентов стоматологической клиники»

Рис. 8. Экранная форма «Меню статистики АРМ старшей медицинской сестры»

На рис. 6 представлен пример электронного расписания работы ассистентов за март 2005 года в «Клинике доброго стоматолога». Электронная форма отражает следующие основные поля:

- Необходимо обратить внимание, что в форме электронного расписания поля «День недели» и «Должность» не являются доступными и редактируемыми, то есть обеспечивается защита от изменения данных из базовых каталогов в **СПК MasterClinic**.

В АРМ СМС практически реализована одна из наиболее трудоемких и рутинных задач – задача составления рабочих табелей для всех категорий сотрудников стоматологической клиники. Авторы должны объективно признать, что долгое время эта задача не получа-



ла адекватного внимания в силу ряда обстоятельств: динамично меняющихся требований, отсутствия жестко фиксированных рабочих мест для каждого сотрудника, высокого уровня универсальности медицинских работников различной специализации.

В 2004 году был реализован универсальный электронный механизм ведения таблиц для всех категорий персонала современной стоматологической клиники (рис. 7). В частности, удалось корректно реализовать часто встречающуюся ситуацию, при которой один и тот же сотрудник ассистирует врачу на приеме «в четыре руки», а в интервалах между приемами работает в стерилизационной. Также в СПК MasterClinic реализован электронный механизм учета переработок с точностью до минуты и подготовки итоговых отчетов для менеджмента клиники.

О системе статистики СПК MasterClinic необходимо дать отдельные пояснения. Наверное, ни один программный компонент любого АРМ СПК MasterClinic не развивается так динамично, как система статистики. Каждый АРМ имеет отдельную электронную форму «Меню статистики», в которой сгруппированы самые востребованные и наиболее мощные отчеты по конкретной специализации. Всего в системе статистики СПК MasterClinic более 100 отчетов.

Система статистики СПК MasterClinic является мощной и эффективной аналитической системой, реализующей дополнительно и на уровне интерфейса комплексные логические проверки корректности формируемых запросов

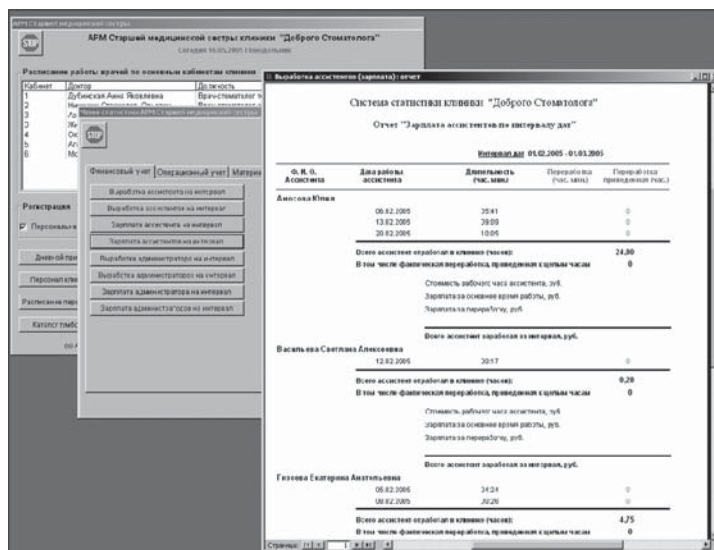


Рис. 9. Экранный отчет «Электронная ведомость зарплаты ассистентов стоматологической клиники»

сов к БД. На рис. 8 показан пример одного из запросов, не содержащих затребованных данных в БД: пользователю выдается сообщение о том, что необходимо изменить введенные параметры запроса.

В каждой форме «Меню статистики» в каждом АРМ СПК MasterClinic в левой части доступны несколько полей для гибкой динамической фильтрации данных для отчетов. Предоставляемый функционал трудно переоценить – пользователь имеет возможность в режиме on-line просмотреть интересующий его отчет в сколь угодно детальном аналитическом разрезе. Для АРМ СМС СПК MasterClinic в левой части экранной формы «Меню статистики» доступны 8 полей фильтров:

- ♦ Дата начала расчета.
- ♦ Дата окончания расчета.
- ♦ Фамилия ассистента.
- ♦ Фамилия администратора.
- ♦ Фамилия МОЛ (материально ответственного лица).
- ♦ Наименование клиники (филиала клиники).
- ♦ Номер кабинета клиники (филиала клиники).
- ♦ Номер тумбочки.



СПК MasterClinic позволяет выполнять еще одну важную функцию, касающуюся всех без исключения категорий сотрудников стоматологической клиники, – автоматизированный расчет заработной платы. На рис. 9 показан пример расчета зарплаты ассистентов «Клиники доброго стоматолога» (реальные ставки персонала удалены по понятным соображениям, но реальные итоги выработки, в том числе данные переработки, отражены полностью).

Необходимо отметить важнейший психологический аспект полностью автоматизированной и прозрачной системы расчета зарплаты **СПК MasterClinic** – предоставление гарантий всему персоналу клиники в достоверных и корректных вычислениях, при которых учтены все нюансы реальной работы в клинике. Например, в случае, если сотрудник реально переработал (факт переработки фиксируется в «Клинике доброго стоматолога» по превышению времени завершения приема после 21.00) даже 1 минуту, ему фиксируется 1 час переработки – эти данные сразу же отражаются **СПК MasterClinic** в соответствующем отчете, даже эта 1 минута не будет забыта по случайности или умышленно. С другой стороны, если каждый раз определенный ассистент завершает все свои приемы после 21.00, эти данные также автоматически фиксируются в **СПК MasterClinic** и руководство клиники получает объективные доказательства либо нелояльной позиции сотрудника (желание жульничать), либо неаккуратности ведения электронных приемов в клинике. Приведенные выше примеры (в той или иной мере) взяты из реальной практики работы **СПК MasterClinic** и подробно иллюстрируют сложность и многообразие такого процесса, как управление персоналом стоматологической клиники.

Дополнительно необходимо сказать несколько слов о специальных служебных функциях, или функциях внутреннего аудита. Этот функциональный блок редко является одной из основных причин, стимулирующих принятие решения об автоматизации стоматологической клиники, но в процессе регулярной работы **СПК MasterClinic** обращения к специальным функциям выполняются ежедневно. Какую информацию предоставляет для анализа **СПК MasterClinic**? Коротко перечислим основные ключевые функции внутреннего аудита (применительно к процессу управления персоналом клиники):

- ♦ Перечень некорректно завершенных приемов в клинике (за любой интервал).
- ♦ Сводный реестр переработок ассистентов клиники (за любой интервал).
- ♦ Средняя длительность приемов (по специализации врачей).
- ♦ Средняя стоимость приемов (по специализации врачей).
- ♦ Нормы выработки (расчетные, фактические, наличные) для врачей.

Указанные специальные служебные функции позволяют выполнить скрупулезный анализ отклонений во всех процессах современной стоматологической клиники, выявить аномалии в событиях самой различной природы (сумма, время, дата, количество, частота и пр.). Обработанные по специальным алгоритмам результаты максимально оперативно предоставляются менеджменту клиники через интерфейс **СПК MasterClinic** для проведения при необходимости служебного расследования.

Экономическая эффективность **СПК MasterClinic**

В завершении, основываясь на изложенных выше методах информационного обеспечения процесса управления персоналом стоматологической клиники и примерах из практики использования **СПК MasterClinic**, можно подойти к освещению еще одного важнейшего аспекта – экономической эффективности внедрения систем автоматизации. Авторы в течение многих лет внимательно изучают самые различные источники информации, касающиеся этой сложной и малоизученной области, – расчет экономической





эффективности внедрения современных систем управления. Специальные отраслевые журналы («ComputerWorld», «Intelligent Enterprise», «Эксперт», «С-News» и пр.) достаточно часто информируют о крупных завершённых проектах, но весьма скупо освещают вопрос экономической эффективности, то есть насколько (как быстро и в каком объеме) окупилась инвестиция в системы автоматизации. Авторы согласны с тем, что посчитать прямой экономический эффект внедрения (например, при затратах на проект автоматизации 100 000 долларов США выпуск продукции увеличился с 200 000 долларов США до 350 000 долларов США, следовательно, прямой эффект составил 50 000 долларов США) в области систем управления весьма сложно.

Применительно к области медицины подсчет экономического эффекта только как прямого эффекта, очевидно, малопригоден. Весьма сложно проследить доказательное влияние автоматизации на увеличение базы пациентов, повышение качества продукции и объема поступлений финансовых средств в клинику за оказанные виды услуг. Для оценки реальной экономической эффективности внедрения системы автоматизации в стоматологической клинике разумно учитывать не прямой (косвенный) экономический эффект. Анализ непрямого (косвенного) эффекта от внедрения систем автоматизации более сложен прежде всего по причинам субъективного подхода как компании-работчика, так и конечного пользователя.

Представляется целесообразным выделить следующие ключевые функции для анализа косвенного экономического эффекта СПК MasterClinic:

- ♦ **Экономия рабочего времени** – для выполнения ручного поиска, заполнения, расчета, проверки, согласования документов клиники необходимы дополнительные сотрудники, рабочее время которых нужно оплачивать. Кроме того, подготовленные итоговые документы должны быть проверены более компетентными сотрудниками

клиники. При этом необходимо обеспечить защиту конфиденциальной информации клиники от разглашения.

- ♦ **Экономия на издержках** – в случае ручной подготовки документов возможны ошибки («Erare humanum est»), на практике нередко возникают случаи ошибочных счетов, актов, реестров и иных документов, выполненных в спешке или с недостаточной аккуратностью.

- ♦ **Экономия на потерях лечебного времени врачей** – в случае неавтоматизированной работы с личными картами пациентов врачам приходится тратить дополнительное время на рутинный поиск записей, анализ проведенного лечения и составление плана лечения, а оперативные профессиональные консультации коллег по типовым примерам лечения пациентов практически невозможны.

- ♦ **Экономия на потерях репутации** – в случае неумышленных (неаккуратных) ошибочных действий по подготовке исходящих документов клиники возможны издержки, связанные с потерей репутации клиники. При ручном способе обработки документов практически невозможно контролировать и пресекать умышленные (злонамеренные) действия сотрудников в клинике.

- ♦ **Экономия на потерях материалов** – автоматизированная система управления позволяет оперативно получать всю необходимую информацию на экране монитора, избегая расточительного расхода бумаги, картриджей принтеров и самое главное – времени.

Оценка экономической эффективности СПК MasterClinic определяется (в первом приближении, без подробной детализации) по следующим ключевым точкам:

Стоимость внедрения СПК MasterClinic в клинику на 5 компьютеров – до 7000 долларов США (включая стоимость ПО, компьютеров, сервера, принтера, сетевого оборудования, работ по наладке, обучению и сопровождению). В определен-



ном смысле, можно считать эти расходы как TCO (Total Cost of Ownership), совокупную стоимость владения **СПК Master Clinic**, распределенную минимально на 2 года. Стоимость только ПО **СПК Master Clinic** составляет 990 долларов США или 15% от TCO.

Экономический эффект **СПК Master Clinic** (совокупность финансового результата экономии, указанной выше, для клиники на 5 компьютеров) – до 1300 долларов США в месяц. Прием поправочный коэффициент (0,3) на то, что не все виды деятельности могут быть востребованы в клинике, следовательно, размер экономии может быть ниже – до 400 долларов США в месяц.

Срок окупаемости затрат на внедрение **СПК MasterClinic** составляет 18 месяцев или 1,5 года при заданных выше условиях. Экономический эффект за два года при внедрении **СПК MasterClinic** составляет 2400 долларов США при заданных выше условиях. Из практики проектов внедрения получены совпадающие результаты.

Для авторов настоящей статьи было весьма полезно показать широкой аудитории практиков в области автоматизации стоматологической деятельности примеры реализации одного из ключевых процессов управления персоналом на базе отечественной разработки – **СПК MasterClinic**. Со своей стороны мы были бы весьма признательны, если бы получили практические предложения и объективные оценки достигнутых результатов всех заинтересованных сторон: врачей-стоматологов, профессиональных менеджеров, системных аналитиков и разработчиков.

ИНТЕРНЕТ-ГИД ДЛЯ ВРАЧА

На сайте **www.klinrek.ru** размещены клинические рекомендации для врачей общей практики и врачей амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи.

Основная задача **Klinrek.ru** – оперативное предоставление практикующим врачам ответов на клинические вопросы, возникающие при оказании медицинской помощи.

Klinrek.ru – образовательный ресурс, разработанный совместными усилиями ведущих профессиональных обществ России и насчитывающий 118 клинических рекомендаций, 351 описание лекарственных средств.

Klinrek.ru дает практикующим врачам возможность:

- ♦ получить доступ к наиболее современной информации по их диагностике, лечению, профилактике, скринингу и реабилитации;
- ♦ распознавать клинические проявления различных заболеваний и применять наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии диагностики и лечения;
- ♦ оценивать не только потенциальную пользу, но и вред медицинских вмешательств: диагностических тестов, оперативных вмешательств, лекарственных средств;
- ♦ получать подробную информацию о лекарственных средствах, включая побочные эффекты, лекарственные взаимодействия, симптомы передозировки.

Использование физическими лицами для личных образовательных целей – БЕСПЛАТНО.



В РЕДАКЦИЮ ПРИШЛО ПИСЬМО

Прошу в журнале «Менеджер здравоохранения» осветить вопрос относительно стандартизации медицинских технологий. До последнего времени детские лечебные учреждения ориентировались на стандарты, принятые Приказом МЗ РФ №151 от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям». Но 27 декабря 2002 г. был принят Федеральный закон № 184-ФЗ «О техническом регулировании», который вступил в силу с 1 июля 2003 г. Закон представляет собой акт прямого действия, он коренным образом изменил роль и значение стандартизации и стандартов. Со дня введения его в действие утратили силу законы РФ «О сертификации продукции и услуг» и «О стандартизации».

Согласно статье 2 Закона: стандарт – это документ, в котором в целях добровольного многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг. Закон в статье 13 установил только две категории стандартов: национальный стандарт и стандарт организаций. Название «национальный стандарт» отражает негосударственный, то есть необязательный статус этого документа, но указывает на возможность его применения на всей территории РФ. Стандарт организации заменил стандарты предприятий, обществ и других объединений, предусмотренные предыдущим законом РФ «О стандартизации».

Следует отметить принципиальное различие правовой природы национальных стандартов и стандартов организаций. Первые являются фактически рекомендациями общероссийского масштаба, а вторые – локальными нормативными правовыми актами, обязательными для применения всеми работниками организации, их утвердившей. Особо подчеркнуто отсутствие среди них такой категории, как стандарт отрасли. С другой стороны, в обществе активно обсуждаются законопроекты, предложенные Министерством здравоохранения и социального развития РФ, и среди них проект ФЗ «О государственных гарантиях медицинской помощи». В нем гарантируемые объемы медицинской помощи конкретизируются на основе стандартизации медицинских технологий. На федеральном уровне разрабатываются и утверждаются клинические протоколы – отраслевые медицинские стандарты, устанавливающие требования к объему оказания медицинской помощи при определенном заболевании. На основе клинических протоколов субъекты РФ разрабатывают клинико-экономические стандарты, конкретизирующие требования клинических протоколов и содержащие оценку расчетной стоимости перечня медицинских услуг и лекарственных средств. Налицо явное несоответствие предложенного законопроекта уже принятому и вступившему в законную силу Федеральному закону № 184-ФЗ «О техническом регулировании».

С уважением Гребенщиков М.Ю.



В.В.СТОЖАРОВ, Н.И.ВИШНЯКОВ, Н.В.КЕЧАЕВА,

Лаборатория новых организационных технологий, экономики и стандартизации в здравоохранении СПб НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, кафедра общественного здоровья и здравоохранения СПбГМУ им.акад. И.П.Павлова, г.Санкт-Петербург

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СТАНДАРТОВ: ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Для более четкого понимания правовых аспектов, связанных с обязательностью соблюдения медицинских стандартов, первоначально проведем анализ норм действующих правовых актов. К числу законов, предусматривающих обязательность (или добровольность) исполнения требований медицинских стандартов, следует отнести Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан и Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании». Основы законодательства (до внесения изменений Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ) предусматривали, что к компетенции Российской Федерации относятся **«установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением»** (пункт 15 статьи 5). Кроме того, согласно статье 40 Основ, «виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, **устанавливаются** Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохранения республик в составе Российской Федерации». Используя грамматический способ толкования данных норм (по Ожегову С.И. «установить – утвердить, ввести в действие»), можно попытаться сделать вывод, что

требования стандартов качества обязательны для исполнения.

Как известно, законодательство периода 2000–2003 годов характеризовалось направленностью против административных барьеров. Был принят целый пакет антибюрократизационных законов, в том числе Федеральный закон «О техническом регулировании». Согласно Закону «стандарт – документ, в котором в целях **добровольного** многократного использования устанавливаются... правила осуществления и характеристики... выполнения работ или оказания услуг» (статья 2). При этом в сферу применения данного Федерального закона входит, оценка соответствия (пункт 1 статьи 1) – «прямое или косвенное определение соблюдения требований, предъявляемых к объекту» (статья 2). В основных понятиях Закона не приводится специального определения термина «объект». Но статьей 18 данного акта предусматривается, что одной из целей подтверждения соответствия является удостоверение «соответствия продукции, процессов производства, эксплуатации, хранения, перевозки, реализации и утилизации, **работ, услуг или иных объектов** техническим регламентам, стандартам, условиям договоров». При таком сочетании слов становится очевидным, что работы и услуги (в том числе медицинские) являются объектами в контексте Фе-



© В.В.Стожаров, Н.И.Вишняков, Н.В.Кечаева, 2005 г.



дерального закона «О техническом регулировании». Соответственно определение соблюдения требований, предъявляемых к медицинским работам и услугам, является предметом ведения Закона «О техническом регулировании». Полученный вывод обуславливает, что данный Закон распространяется на медицинские стандарты. Таким образом, Федеральный закон «О техническом регулировании» предусматривает, что требования медицинских стандартов могут исполняться только на добровольной основе. Дополнительно обратим внимание на пункт 3 статьи 1 Закона «О техническом регулировании». «Действие настоящего Федерального закона не распространяется на государственные образовательные стандарты, положения (стандарты) о бухгалтерском учете и правила (стандарты) аудиторской деятельности, стандарты эмиссии ценных бумаг и проспектов эмиссии ценных бумаг». Как видно, этот список исчерпывающий и не содержит медицинских стандартов, что доказывает правильность полученных выводов.

Итак, толкование норм Основ законодательства об охране здоровья граждан сводятся к предположению, что требования медицинских стандартов обязательны для исполнения. Разъяснение норм Федерального закона «О техническом регулировании» позволяет утверждать прямо противоположное. Налицо то, что юристы называют коллизией права. Безусловно, законодатель в процессе законотворческой деятельности должен принять меры по исключению возникновения коллизий. Однако если коллизия права уже сформирована, то при толковании норм используют ряд общепринятых приемов. В частности, при разрешении вышеуказанной юридической коллизии следует полагать, что последний законодательный акт имеет большую силу. И не потому, что это более поздний закон, а вследствие того, что он является специальным законом, а Основы по отношению к стандартам – общим

законом. При этом одно из основных правил разрешения юридических коллизий предусматривает, что специальные предписания имеют приоритет перед общими предписаниями. Федеральный закон «О техническом регулировании» является специальным законом, поскольку предметом его ведения является любой процесс определения соблюдения требований, в том числе с помощью стандартов. В этой связи напомним, что, согласно пункту 2 статьи 4 данного Закона, положения федеральных законов и других нормативных актов РФ, касающиеся сферы применения Закона «О техническом регулировании», применяются в части, не противоречащей указанному Закону.

Сказанное в полной мере относится и к Основам законодательства об охране здоровья граждан, но уже с изменениями, внесенными Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ. На данном обстоятельстве следует остановиться подробнее, поскольку появились утверждения, что данный Федеральный закон более поздний, чем Закон «О техническом регулировании», а потому имеет большую юридическую силу. Выше указанная статья 5 Основ законодательства до последних изменений называлась «Компетенция Российской Федерации». Закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ изменил ее название на «Полномочия федеральных органов государственной власти». Ранее упомянутый пункт 15 данной статьи также был изменен: из фразы «установление стандартов качества медицинской помощи и контроль за их соблюдением» выпало слово «качество». Статья 40 Основ также претерпела изменения. Предложение:

«Виды, объем и стандарты качества специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, устанавливаются Министерством здравоохранения Российской Федерации, министерствами здравоохра-



нения республик в составе Российской Федерации» было заменено на:

«Виды и стандарты специализированной медицинской помощи, оказываемой в учреждениях здравоохранения, устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения».

Поэтому это якобы новые нормы и Закон «О техническом регулировании» на медицинские стандарты не распространяется. Однако на основании анализа выше указанных пункта 1 статьи 1 и пункта 2 статьи 4 Федерального закона «О техническом регулировании» данный законодательный акт является специальным по вопросам использования стандартов, в том числе медицинских, а Основы законодательства (в редакции Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ) – актом общего характера. Вследствие этого в данном аспекте нормы Основ законодательства имеют меньшую силу и требования медицинских стандартов по-прежнему добровольны для исполнения.

Об этом же свидетельствует историческое толкование норм Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ (изучение конкретно исторических условий создания нормы, причин и целей издания нормативно-правового акта). Ни в пояснительной записке к проекту данного Закона, ни в заключениях Правового управления и Комитетов Государственной Думы РФ, ни в других материалах процесса принятия указанного Закона нет упоминания о необходимости обязательного исполнения требований медицинских (или иных) стандартов. Целью законопроекта назывались уточнение объема расходных обязательств и разграничения доходов между уровнями бюджетной системы Российской Федерации, обеспечение сбалансированности бюджетов всех уровней и т.п.

Далеко не всех устраивает добровольность исполнения требований медицинских стандартов.

Например, авторы статьи за стандартизацию в здравоохранении. Однако существуют разные варианты развития данного процесса. Можно принять закон, который будет специальным по отношению к медицинским стандартам, предусматривающий обязательность исполнения их требований. При этом Федеральный закон «О техническом регулировании» будет считаться общим по отношению к медицинским стандартам, и новый закон будет иметь большую силу. Но можно создать условия, побуждающие ЛПУ принимать стандарты организации. В этом случае требования медицинских стандартов из добровольных могут стать всеобщими для исполнения медицинскими организациями.

Первый вариант фактически реализуется в виде работы над законопроектом «О государственных гарантиях медицинской помощи». Согласно законопроекту, одним из основных принципов формирования и реализации государственных гарантий является «определенность требований к объему и качеству гарантированной медицинской помощи, обеспечение соответствия предоставляемой медицинской помощи установленным нормативам и стандартам» (статья 5). Пункт 1 статьи 4 проекта предусматривает, что гражданам гарантируется предоставление медицинской помощи в объемах, установленных в соответствии с данным законом. В свою очередь гарантированная медицинская помощь оказывается в соответствии с клинико-экономическими стандартами (пункт 1 статьи 8). Данные стандарты утверждаются органами исполнительной власти субъектов РФ на основе отраслевых медицинских стандартов (клинических протоколов) и разрабатываются не по всем заболеваниям (состояниям), а по наиболее распространенным. Перечень наиболее распространенных заболеваний, требования к разработке клинических протоколов и клинико-экономических стандартов устанавливаются федеральным органом исполнитель-





ной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения (пункт 4 статьи 8).*

В случае нарушения медицинской организацией прав граждан на гарантированную медицинскую помощь может быть принято решение о приостановлении либо аннулировании лицензии на медицинскую деятельность (подпункт 11 пункта 1 статьи 17). Таким образом, если законопроект будет принят без изменения названных положений, стандарты станут обязательными для медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность в рамках федеральной и/или территориальной программ государственных гарантий. По отношению к медицинским стандартам Закон «О государственных гарантиях медицинской помощи» будет специальным законом, а «О техническом регулировании» – общим. Коллизия права будет разрешаться в пользу нового специального закона.

Принятие законопроекта «О государственных гарантиях медицинской помощи» в неизменном виде сформирует правовую коллизию не только по данному аспекту. Помимо разницы в подходах к обязательности исполнения требований медицинских стандартов, Федеральный закон «О техническом регулировании» предусматривает отсутствие отраслевых стандартов, иной порядок приня-

тия и утверждения национальных стандартов, другое понимание аккредитации. В целях устранения правовых коллизий, в случае, если будет признана оправданной реализация первого варианта, следует внести изменения и дополнения в Федеральный закон «О техническом регулировании», предусматривающие, что действие настоящего Федерального закона не распространяется на стандарты медицинской помощи. Следует обратить внимание, что принятие законопроекта «О государственных гарантиях медицинской помощи» в неизменном виде сформирует коллизии не только с Федеральным законом «О техническом регулировании», но и с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Разберем формирующееся противоречие на примере следующей ситуации. Некий стационар без оснований оказал неполный объем помощи, предусмотренный стандартом, и тем самым нарушил права гражданина на гарантированную медицинскую помощь. В соответствии со статьей 17 данного законопроекта, а в последствии закона лицензирующий орган принимает решение о приостановке действия лицензии. Однако Федеральный закон «О лицензировании отдельных видов деятельности» предусматривает возможность для лицензиата устранить допущенные нарушения и восстановления действия лицензии. В соответствии с пунктом 1 статьи 13 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.2001 №128-ФЗ лицензирующий орган обязан установить срок устранения лицензиатом нарушений, повлекших за собой приостановление действия лицензии.** В случае, если в установленный срок лицензиат не устранил указанные нарушения, лицензирующий орган обязан обратиться в суд с заявлением об аннулировании лицензии. Каким образом стационар сможет устранить данное нарушение: вновь госпитализирует больного и окажет недополученные медицинские услуги? И на какой срок следу-

* В скобках заметим, что введение норм требует проведения серьезных расчетов и четкой проработки механизмов реализации Закона. Ведь известно, что наиболее распространенные заболевания далеко не всегда являются тяжелыми, а их лечение – финансово емким. И наоборот, тяжелые заболевания с высоким уровнем летальности, требующие серьезных ресурсов для лечения, но не являющиеся распространенными, могут остаться без стандартов. Подробный анализ указанных аспектов представлен в журнале «Менеджер здравоохранения», №5 за 2005 год.

** Указанный срок не может превышать шесть месяцев.

*** Описаны в работе Стожарова В.В., Гулуа Г.Ф., Кечаевой Н.В. и др. «Народ не должен захлебываться в реформах, воспринимая их как неизбежное зло» // Менеджер здравоохранения. – 2005. – №5. – С.19–27.



ет приостанавливать в таких случаях лицензию? И подобных «нестыковок» по тексту законопроекта достаточно количество. По целому ряду аспектов законопроект не гармонизирован с Федеральным законом «О некоммерческих организациях», Гражданским Кодексом, а также, что самое удивительное, содержит некоторые противоречия с положениями проекта Закона «Об обязательном медицинском страховании». При этом последний принимается в пакете с законопроектом «О государственных гарантиях медицинской помощи».

В целях исключения правовых коллизий, а также вероятных негативных экономических последствий *** необходимо изменить ряд положений законопроекта. Представляется, что требования медицинских стандартов должны стать обязательными для исполнения не в силу специального закона. Можно и нужно создать условия, побуждающие медицинские организации добровольно принять обязательные для них стандарты организации. Здесь также возможны варианты. Один из них предусматривает, что медицинские организации будут соглашаться исполнять требования медицинских стандартов при заключении договоров о предоставлении медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Требования стандартов при этом будут являться частью договора и станут обязательными вследствие исполнения его условий. Практика доказывает, что у органов управления здравоохранением субъектов РФ и территориальных фондов ОМС достаточно рычагов для того, чтобы побудить медицинские организации взять на себя исполнение требований стандартов в виде неотъемлемой части договора о предоставлении медицинской помощи. Необоснованное несоблюдение стандарта в каждом конкретном случае будет являться основанием не для приостановки или аннулирования лицензии медицинской организации, а для отказа в оплате за неполноценную медицинскую

услугу. В свою очередь у объединений медицинских организаций при несбалансированности гарантированных объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения, дефектах тарифной политики останется возможность отстаивать свои интересы при согласовании тарифов и разработке базовой программы обязательного медицинского страхования (в соответствии с пунктом 1 статьи 17 законопроекта «Об обязательном медицинском страховании»).

Данный вариант представляется более предпочтительным по сравнению с первым. Законопроект после внесения соответствующих дополнений и минимальных изменений будет гармонизирован с Федеральными законами «О техническом регулировании» и «О лицензировании отдельных видов деятельности». В целом у субъекта РФ будет больший маневр для защиты интересов всех категорий больных.

Третий вариант предусматривает создание условий, побуждающих медицинские организации, осуществляющие деятельность на территории субъекта РФ, объединиться в саморегулируемую организацию (например, в форме ассоциации). Ассоциация добровольно принимает стандарты организации, которые становятся обязательными для членов ассоциации. Следует упомянуть, что законодатель в статье 17 Закона «О техническом регулировании» особо подчеркнул роль стандартов организации для коммерческих, общественных, научных организаций, саморегулируемых организаций и объединений юридических лиц.

На сегодняшний день практически завершается формирование всех необходимых предпосылок для такого развития событий. Уже значительное время существуют законодательные акты, предусматривающие особую роль профессиональных медицинских ассоциаций (ПМА) в принятии управленческих решений. Практически во всех субъектах РФ сформированы ПМА. Кроме того, в период 2001–2003 гг. был принят целый





пакет дебюрократизационных законов «первой волны». Очевидно, что все они направлены на снижение роли государства в регулировании деятельности хозяйствующих субъектов. Данное обстоятельство предполагает передачу инструментов регулирования самим хозяйствующим субъектам и их сообществам, с одной стороны, при одновременном повышении эффективности института гражданской ответственности производителей и продавцов товаров и услуг, с другой. Субъекты рынка, которые берут на себя определенные функции, бывшие ранее в ведении государственных органов, должны проходить определенную процедуру, которая позволяет эти полномочия получить. В качестве таковых процедур выступают либо аккредитация (официальное признание органом по аккредитации компетентности физического или юридического лица выполнять работы в определенной области оценки соответствия), либо получение статуса саморегулируемой организации. Дополнительным импульсом для развития третьего из представленных вариантов явится принятие Федерального закона «О саморегулируемых организациях» (законопроект принят в первом чтении 14.10.2003). Согласно законопроекту, СРО – негосударственная некоммерческая организация, объединяющая:

- ♦ субъектов предпринимательской деятельности (юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) по признаку единства отрасли или рынка производимых товаров (работ, услуг);
- ♦ субъектов одного вида профессиональной деятельности (физических лиц).

Некоммерческая организация признается саморегулируемой организацией лишь при условии

ее соответствия всем установленным законом признакам и требованиям в совокупности.

К числу указанных признаков и требований относятся:

- ♦ объединение в составе саморегулируемой организации в качестве ее участников не менее 10 субъектов предпринимательской или не менее 100 субъектов профессиональной деятельности;
- ♦ наличие у саморегулируемой организации опубликованных правил и стандартов предпринимательской или профессиональной деятельности, **обязательных** для выполнения всеми участниками саморегулируемой организации;
- ♦ наличие у саморегулируемой организации механизмов обеспечения ответственности ее участников перед потребителями;
- ♦ наличие специализированных органов, осуществляющих контроль выполнения правил и стандартов деятельности участниками саморегулируемой организации и рассматривающих дела о наложении на участников саморегулируемой организации мер ответственности.

Это и есть ответ на вопрос: что необходимо предпринять для того, чтобы медицинские стандарты, добровольные в силу Закона «О техническом регулировании», шире использовались в медицинской практике. Медицинские стандарты будут обязательны для медицинских организаций или медицинских работников, если они добровольно объединятся в саморегулируемые организации.* Это утверждение справедливо не только для стандартов диагностики и лечения больных, но и для любых требований к осуществлению медицинской деятельности. Представляется, что органам управления здравоохранением следует внимательно присмотреться к возможностям объединений ЛПУ и сообществ медицинских работников по обеспечению качества медицинской помощи, защиты прав пациента и интересов медицинских работников в новых правовых условиях.

* И без принятия Федерального закона «О саморегулируемых организациях» по действующему законодательству стандарты организации будут обязательны для членов ассоциаций, союзов, общественных организаций и некоммерческих партнерств, если это предусмотрено их уставами.



ШАНТАЛ Т. ДОРАНДЖ,
МЮРИЭЛЬ ХАЙМ-НЕМЕРСОН,
Мерк&Ко, Инк., Уайтхаустейшн, Нью-Джерси, США

«МИШЕНИ ЗДОРОВЬЯ» КАК ИНСТРУМЕНТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СПОСОБА ПРИНЯТИЯ РАЦИОНАЛЬНЫХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Часть 2

Начало см. в «МЗ», 2005, №8

Опыт Великобритании

В постановке, реализации и мониторинге «мишеней здоровья» Великобритания продвинулась гораздо дальше, чем какая-либо другая страна в Европе. Их модель совместно с австралийской и ирландской моделями предлагает образец, который может быть легко адаптирован любой другой страной. Опыт Великобритании основывается на 5 политических документах [4, 11–14].

В 1991 году Зеленая Газета [11] описала процесс постановки «мишеней здоровья» и наметила ориентиры для дальнейшей работы. Данный документ объединяет три темы. Во-первых, руководство здравоохранения должно снизить риск возможных заболеваний и безвременной смертности, одинаковым образом заботиться о лечении и реабилитации больных людей и ухаживать за престарелыми и умирающими людьми. Профилактика, лечение и реабилитация должны оставаться тремя ключевыми сферами внимания и находиться в балансе друг с другом. Во-вторых, население должно изменить свое отношение к курению, диете, физическим нагрузкам, алкоголю, небезопасному поведению и сексу. И, наконец, необходимой признается постановка «мишеней здоровья». Принятие и реализация таких планов зависят от привлеченного капитала многих групп. Зеленая Газета подтверждает необходимость перевести акцент от объема ре-

сурсов, вложенных в здравоохранение, и числа вылеченных пациентов в сторону измерения достижений в данной области и определения качества жизни. Данная статья исследует некоторые основные причины смертности и заболеваемости и предоставляет 16 ключевых пунктов для рассмотрения: коронарную болезнь сердца, инсульт, опухоли, курение, привычки употребления алкоголя и обжорства, физическую активность, предотвращение несчастных случаев, здоровье беременных женщин, младенцев и детей, диабет, психическое здоровье, ВИЧ/СПИД, другие инфекционные заболевания, продовольственную безопасность, реабилитационные услуги для людей с ограниченными возможностями, астму, окружающую среду и здоровье. Вместе с первоначальной стратегией, обозначенной в Зеленой Газете, Министерство здравоохранения привлекало комментарии и мнения различных групп населения, включая отдельных людей, семьи, различных обществ, лечебных учреждений, социальных служб, врачей, преподавателей, волонтеров, промышленности, объединений и средств массовой информации. И как следствие были внесены некоторые изменения в отношении выбора «мишеней». Например, год спустя ВИЧ/СПИД был рассмотрен как главное заболевание и были приняты некоторые эффективные меры, такие как бесплатная раздача презервативов и использование





одноразовых шприцов. В 1992 году был определен первый набор приоритетов здравоохранения [4]. Пятью основными «мишенями» стали коронарная болезнь сердца и инсульт, снижение смертности от рака груди, легких, матки и кожи, ВИЧ/СПИД и несчастные случаи. Данная стратегия имела цель внести улучшения в следующих направлениях: стиль жизни (включая программы наблюдения и медицинское просвещение), диагностику, лечение, реабилитацию и качество окружающей среды.

Первая оценка данной политики, сформировавшаяся в конце 1993 года, была позитивной [12]. Было очевидно, что Великобритания очень серьезно подошла к данной проблеме. Кроме того, поскольку Национальное Ведомство Здравоохранения контролировалось и финансировалось государством, в стране существовали хорошие предпосылки, чтобы данная стратегия заработала. Программа «Здоровье нации» была программой, отраженной не только в августовском отчете 1996 года Национального аудиторского ведомства Великобритании [13], но также и в других отчетах, таких как «мишени» для ВИЧ/СПИД, которые были разработаны для смены существующего ранее показателя (заболеваемость гонореей).

Важно отметить, что, несмотря на преобладание лейбористов в правительстве, данная программа будет продолжена. Как и «Здоровье для нации» в 1992 году [11, 12], программа «Более здоровая нация» [14] находится только в фазе консультаций и идентифицирует лишь некоторые приоритетные области. Фактически цели остались теми же самыми, за исключением ВИЧ/СПИД, и их достижение нацелено на 2010 год, начиная с 1996 года.

1. Кардиологические заболевания и инсульт: целью является снижение смертности и связанных заболеваний среди людей моложе 65 лет.

2. Несчастные случаи: цель заключается в снижении их частоты, по крайней мере, на 20%.

3. Онкология: цель заключается в снижении смертности на 20% в возрастной группе до 65 лет.

4. Психическое здоровье: цель заключается в снижении смертности от суицида и неопределенного ущерба на 17% [14].

Данные новые «мишени» были значительно упрощены по сравнению со старыми и не имели «подкатегорий». Дополнительные местные «мишени», согласно Зеленой Газете, могут также варьировать от астмы и подростковой беременности до ревматизма, артрита и диабета в зависимости от местных перспектив и потребностей [14]. Программа «Более здоровая нация» также определяет три направления для действий: оздоровление школьников, рабочих мест взрослого населения и мест проживания пожилых людей [14]. Используя кардиологические заболевания и инсульт как пример одной из «мишеней», возможно рассмотреть логические объяснения, которые привели к ее выбору.

Кардиологические заболевания и инсульт (а также другие циркуляторные заболевания) являются главными причинами ранней смертности 30% мужчин и 20% женщин в возрасте до 65 лет. Данные патологии наносят существенный ущерб системе здравоохранения, составляя 12% затрат от общего расходования средств на здравоохранение и социальную сферу в 1992–1993 годах. С точки зрения косвенных издержек, данные патологии являлись причиной почти четверти всех дней нетрудоспособности у мужчин и 10% у женщин в начале 1990-х годов. И хотя они могут быть предотвращены, они ограничивают возможности больных людей всецело наслаждаться их жизнью [14]. Решение данной проблемы смогло бы предотвратить свыше 8500 смертей среди людей в возрасте до 65 лет [14].

Национальное соглашение по кардиологическим болезням и инсульту предполагает участие различных слоев общества, включая национальное правительство, органы местного управления, различные общества и, конечно же, людей, которые ведут здоровый образ жизни, регулярно наблюдают за своим кровяным давлением, принимают предписанные лекарства, занимаются физкультурой, а также за-



щищают других от пассивного курения. Часто это представляется как общая ответственность, поскольку только таким способом можно достичь результатов. В то время, как людей просят нести ответственность за свое собственное здоровье, правительство также принимает в этом участие на различных уровнях (социальном, экономическом, экологическом), а также заботясь об образе жизни людей и их лечении. Например, с социальной и экономической точек зрения, правительство будет продолжать увеличивать стоимость курения через налоговую политику. С экологической точки зрения, будет применяться практика давления на руководство предприятий с целью выделения дополнительных помещений для некурящих людей. С точки зрения стиля жизни, будут приниматься меры по ограничению или запрету рекламы сигарет, а с точки зрения медицинского обслуживания, правительство будет обязывать врачей, средний медицинский персонал и других работников здравоохранения предоставлять информацию о том, как сделать свой образ жизни наиболее здоровым. Местные управленцы и общества также играют свою роль: например, с точки зрения предоставления услуг, они будут выявлять людей с риском сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта и предоставлять высококвалифицированную помощь. Достижение поставленных целей является общей задачей с общей выгодой для различных слоев общества (центральное правительство, местное управление, общественные организации и люди) и с различными перспективами и экономикой. Вовлечение всего населения в данную программу является одним из ключевых факторов успеха. Это позволяет достичь наилучшего размещения ограниченных ресурсов с целью достижения наиболее благоприятного эффекта для населения.

Пример Австралии

Австралия является другим примером, где были обнародованы «мишени здоровья». Ее подход в целом идентичен тому, что был недавно рассмотрен.

Процесс начался в 1992 году с Акта соглашения о страховании здоровья престарелых, который был поддержан Содружеством и всеми штатами и территориями с целью определить «мишени здоровья» к 20 июня 1994 года. В 1993 году Консультативный совет австралийского министерства здравоохранения принял решение о «мишенях здоровья», рекомендуя концепцию «мишеней здоровья» как часть национальной политики в области здравоохранения и соглашаясь при этом на селективный процесс скорее, чем на всеобщий подход [3]. После серии встреч с различными группами, такими как общественные группы, медицинские образовательные учреждения, профессиональные ассоциации, Австралия приняла курс «мишеней здоровья» и в ноябре 1994 года опубликовала письменный документ, отражающий потенциальные выгоды по сравнению с актом, принятым в Великобритании. «Мишени здоровья» могут помочь в достижении более справедливых результатов среди различных групп населения, что является важным для Австралии, поскольку аборигены не имеют того же самого доступа к медицинскому лечению, что и остальная часть населения. «Мишени здоровья» являются способом наблюдения и оценки прогресса и определения эффективности профилактических мероприятий и лечебных процедур. И, наконец, они предоставляют возможность привлечь отрасли экономики, не связанные со здравоохранением. Австралия использовала те же самые критерии при отборе «мишеней здоровья», что и Великобритания, добавляя один ключевой элемент: «оценить стоимость профилактики и лечения каждого конкретного случая» [3, 14].

Четырьмя «мишенями», содержащимися в австралийском документе, являются:

- ♦ сердечно-сосудистые заболевания;
- ♦ онкология (приоритетами являются опухоли молочной железы, матки, легких, толстой кишки, прямой кишки, простаты и меланома);
- ♦ травматизм (к примеру, стоимость больничного лечения без учета затрат на терапию перело-





мов бедра за предыдущие 75 лет составила в 1990 году 43 миллиона австралийских долларов);

- ♦ психическое здоровье [3].

Поскольку австралийский документ рассматривает в деталях такие области, как специфическое лечение, хирургическую помощь, роль врачей и приоритетные группы населения (аборигены и жители островов Торресова пролива, народы неанглоговорящих областей, а также социально незащищенные группы), чтобы снизить риск, акцент делается на стиль жизни, поведенческие и социальные изменения.

Очевидно, что достижение целей в значительной степени зависит от «признания правительством легитимности межотраслевого взаимодействия в интересах здравоохранения. Переговоры с целью разрешить потенциальные конфликты в приоритетах различных отраслей должны гарантировать, что внимание сфокусируется на общих основах для практического межотраслевого взаимодействия с целью улучшить здоровье населения» [15].

Поскольку разные отрасли имеют различные приоритеты, органы здравоохранения вынуждены «обеспечивать превосходство, где необходимо, договариваться и адаптировать существующие программы и приоритеты, нежели чем просто создавать программы оздоровления». До сих пор опыт Австралии с межотраслевым взаимодействием усиливает точку зрения, что «успех наиболее вероятен, когда деятельность имеет в своей основе хорошо поставленную цель. Правительственные отделения, в частности, негативно относятся к безвременным обязательствам. Взаимодействие и доверие на будущее необходимо строить медленно и на твердой основе» [15].

Дискуссии в Австралии по сдерживанию затрат рассматриваются как стимул к оценке «эффективности инвестиций в сектор здравоохранения... Фокусируя внимание на состоянии здоровья населения и на основных причинах неравенства состояния здоровья в различных группах населения, открывается путь для более прочной и обоснованной дискуссии

об инвестициях в систему здравоохранения... Необходимость в обязательствах правительства становится очевидной путем таких обсуждений» [15].

Австралийский курс «мишеней здоровья» делает некоторые важные и применимые наблюдения о роли данных в стратегии «мишеней здоровья». Невозможно реализовать «мишени здоровья» без базы данных и систем мониторинга. Недостатки в мониторинге (незнание итога работы) затрудняют принятие решения о размещении средств в здравоохранении, планирование профилактических и лечебных мероприятий, тормозят определение приоритетных направлений. Например, показано, что сбор национальных данных по результатам лечения сердечно-сосудистых заболеваний является недостаточным, что делает неопределенным влияние профилактических и терапевтических вмешательств. Также общепризнано, что наибольшее количество информации о лечебных услугах, процедурах и состоянии здоровья является больничными данными. Улучшение сбора информации от первичных источников (то есть от практикующих врачей, органов здравоохранения, служб скорой помощи) является необходимым условием для взаимосвязи информации с результатами лечения людей [3].

Недостаток данных для сравнения – один из главных недостатков в подходе «мишеней здоровья».

Чтобы развить, внедрить и оценить результаты эффективного курса здравоохранения, такого как «мишени здоровья», необходимы достоверные, сравнимые и точные данные. В настоящее время доступные данные являются ограниченными по полноте и сравнимости, тогда как эффективный курс здравоохранения и программы (и их оценка) полагаются в большой мере на объективные измерения с целью описать изменения в состоянии здоровья населения. Сравнения среди популяций также помогают облегчить оценку влияния профилактических мероприятий.

30 июня 1997 года, спустя несколько лет дискуссий и дебатов, Европейский Парламент и Совет Евро-



союза официально адаптировали данную программу для наблюдения за здоровьем населения государств-участников соглашения [16]. Во время пятилетнего периода (с 1997 по 2001 годы) данная программа использовалась для разработки мониторинговой системы с целью планирования, реализации, оценки и сравнения результатов работы программы (на сегодняшний день, к сожалению, только уровень смертности является основным показателем). В октябре 1996 года Европейская Комиссия одобрила запрос на сбор данных с целью оценки здоровья населения европейских стран, тем самым определяя цель Комиссии как «помощь в идентификации эпидемиологических, экономических и демографических недостатков в области защиты здоровья» [17].

Новая инициатива мониторинга здоровья реализуется комитетом, составленным из представителей членов-государств. Совет также пригласил к участию Кипр и Мальту в соответствии с принятыми протоколами и денежными взносами.

Разработаны три ключевых элемента для облегчения работы системы мониторинга здоровья населения: идентификация и учреждение серии показателей состояния здоровья в Евросоюзе и на уровне отдельных стран, основываясь на данных национальных правительств, ВОЗ и Организации экономического сотрудничества и развития; разработка общественной сети для сбора данных о здоровье, а также анализ и распространение данных через сообщения, выступления и семинары.

По статьям 3 и 129 Маастрихтского договора (Договор о создании Европейского Союза, подписанный в 1992 году), государство несет ответственность не только за национальное здравоохранение, но и за защиту здоровья населения всего Евросоюза. Данные и показатели по этой программе будут включать измерения, имеющие отношение к качеству жизни, точному определению медицинских потребностей, оценивать потенциальный риск смертности и социоэкономические факторы здоро-

вья. Данные по санитарно-гигиеническим средствам, медицинской практике и по влиянию реформ могут быть собраны, только если члены-государства посчитают это необходимым.

Показатели здоровья определяются по шести областям:

1. Состояние здоровья: продолжительность жизни, смертность, заболеваемость, качество жизни и антропометрические показатели.

2. Стил жизни и поведение: табак, алкоголь и незаконное потребление лекарственных средств, спорт и диета.

3. Условия проживания и работы: трудовая занятость, рабочая обстановка, автокатастрофы и внешняя среда.

4. Защита здоровья: источники финансирования, возможности медицинского лечения, стоимость/издержки, потребление/использование, стимулирование здоровья и профилактика заболеваемости.

5. Демографические и социальные факторы: возраст, пол, семейное положение, образование и исход лечения.

6. Разное: безопасность продуктов питания и в других областях.

Показатели здоровья попадут в одну из двух категорий: ключевые показатели (необходимые для точного измерения состояния здоровья) и дополнительные показатели (для обеспечения дополнительной информации по проблемам, выявленным основными показателями). Данные для показателей Евросоюза собираются первоначально от существующих источников, что не исключает накопление новых данных или изменение методологий. «Отбор показателей будет осуществлен на основе, которая наилучшим способом позволяет провести сравнение, необходимое выполнить для стран-участников, особенно по отношению к результатам лечения и лучшему использованию ресурсов» [16, 17].

Хотя данная программа не рекомендует специфически национальные «мишени здоровья», она «делает государство потенциально сильным инструмен-





том путем консолидации данных для оценки и сравнения эффективности работы национальных правительств в обеспечении медицинской помощью своих граждан». Программа также поощряет широкое использование измеримых целей и «мишеней» здравоохранения [17].

Тогда как результаты мониторинговой программы, по-видимому, не будут очевидными в ближайшие несколько лет, Комиссия представит в Парламент и Совет промежуточный отчет в ближайшие три года. Поскольку члены-участники договора будут становиться все более ответственными за сбор высококачественных данных и распределение ресурсов на их развитие, это будет иметь несомненное преимущество для всего процесса, а собранные данные будут крайне полезными в развитии «мишеней здоровья» отдельными странами.

Заключение

«Мишени здоровья» – это великолепный инструмент, позволяющий управленцам создать эффективный курс политики в области здравоохранения. Де-

лая это, они могут продемонстрировать выполнение своих обязательств в отношении обеспечения здоровья населению и их чувство ответственности перед гражданами. С теоретической точки зрения, программы, разработанные для достижения целей, идентифицированных «мишенями здоровья», должны базироваться на доказательной медицине. Это означает, что отбор и финансирование каких-либо действий должны основываться на доступных, строгих конечных результатах хорошо поставленных клинических исследований путем двойного слепого метода, допускающего оптимальное и рациональное размещение ресурсов. Постановка «мишеней здоровья» является способом построения будущего нации, потому что образование и здравоохранение – два ключевых компонента развития любой страны. Это также является реальным экономическим способом мышления, потому что во внимание принимается не только стоимость медицинского обслуживания, но и полученные результаты относительно улучшения здоровья, что составляет наиважнейшую цель любой системы здравоохранения.



ЛИТЕРАТУРА*

11. UK Department of Health. The health of the nation: a consultative document for health in England. – London: HMSO, 1991.
12. UK Department of Health. One year on: a report on the progress of the health of the nation. – London: HMSO, 1993.
13. UK National Audit Office. Health of the nation: a progress report. – London: HMSO, 1995.
14. UK Department of Health. Our healthier nation: a contract for health. – London: HMSO, 1998.
15. Nutbeam D., Harris E. Creating supportive environments for health: a case study from Australia in developing national goals and targets for healthy environments//Health Promotion International. – 1995. – V.20. – С.51–59.
16. Official Journal of the European Communities. Decision No. – EC of the European Parliament and of the Council. – V.193. – С.1–11.
17. Global Business Forum. Status report on an EC program for the collection and evaluation of health data and indications. The International Business Issues Monitor, Bulletin No. (Nov. 22, 1995). – New York: Global Business Relations Inc., 1995.

*Право на публикацию статьи любезно предоставлено редакцией журнала «Croatian Medical Journal» (WWW.CMJ.HR)
Исходная статья опубликована в С.М.Ж., 1998. – V.39. – № 3. – С. 332–338.
Перевод: М.В.Трушин*

* Начало списка литературы см. в «МЗ», 2005, №8.



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

Участники семинаров получают уникальную возможность обменяться опытом с коллегами из разных регионов страны, установить новые деловые контакты. Для знакомства с последними мировыми достижениями в сфере практического здравоохранения ЦНТИ «Прогресс» предлагает семинары с выездом за границу. По-новому взглянуть на деятельность учреждения, осознать сильные и слабые стороны в своей работе, повысить ее эффективность помогут курсы повышения квалификации Центра.

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

Во втором полугодии 2005 года ЦНТИ «Прогресс» проводит следующие семинары:

Даты	Название семинара
05–09.09.2005 28.11.–02.12.2005	Экономико-правовое обеспечение деятельности современного медицинского учреждения
12–06.09.2005	Роль начмеда в работе ЛПУ и выработке политики медицинского учреждения
13–17.09.2005 14–18.11.2005	Бухгалтерия современного медицинского учреждения (новые инструктивные материалы, новые формы отчетности, практические вопросы)
19–23.09.2005	Медицинская сестра – менеджер медицинского учреждения (сестринский процесс в современном ЛПУ. Опыт Санкт-Петербурга)
19–23.09.2005	Медицинская реабилитация. Организационные, экономико-правовые, практические вопросы
20–23.09.2005	Организационно-методическая работа в медицинском учреждении
26–30.09.2005	Организация клинико-экспертной работы в современном медицинском учреждении. Опыт Санкт-Петербурга
07.11.2005	Медицинские услуги. Поездка в Китай
21–25.11.2005	Управление ресурсами медицинского учреждения
21.11.2005	Роль начмеда в работе ЛПУ и выработке политики медицинского учреждения. Поездка в Финляндию, Швецию



Часто встречаются фразы «оплата труда в особых условиях» и «оплата труда в условиях, отклоняющихся от нормальных». В чем их различие? Как правильно использовать эти понятия?

Это различные по смыслу понятия. Понятию «**Оплата труда в особых условиях**» посвящена статья 146 Трудового кодекса РФ. К особым условиям труда относится труд работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными, опасными и иными особыми условиями труда. Оплата труда в особых условиях производится в повышенном размере. В повышенном размере оплачивается также труд работников, занятых на работах в местностях с особыми климатическими условиями.

Оплате труда в случаях выполнения работы в условиях, отклоняющихся от нормальных, посвящена статья 149 Трудового кодекса РФ. 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. Размеры доплат не могут быть ниже установленных законами и иными нормативными правовыми актами.



Обязательно ли при установлении сдельной оплаты труда работников, оказывающих платные услуги (при расчете сдельных расценок), или установлении нормативов оплаты труда в процентах от стоимости оказанных услуг руководствоваться уровнем оплаты труда по Единой тарифной сетке (ЕТС) или можно закладывать более высокий уровень оплаты, чем по ЕТС?

При расчете сдельных расценок или стоимостных нормативов уровень оплаты труда должен быть не ниже, чем по Единой тарифной сетке. То есть в этих случаях можно закладывать более высокий уровень оплаты, чем предусмотрено по ЕТС. Не существует никаких нормативных документов федерального уровня, запрещающих это.



Должны ли сдельные расценки или нормативы по оплате труда, установленные в процентном отношении от стоимости оказанных платных услуг, повышаться в том же размере (в той же степени) и в те же сроки, что и оплата труда по ЕТС?

Повышение сдельных расценок или стоимостных нормативов оплаты труда в соответствии с повышением ставки первого разряда по ЕТС обязательно только в том случае, если без такого повышения оплата труда работника при выполнении нормы труда (планового объема или плановой стоимости оказанных услуг) окажется ниже, чем по ЕТС. Если же величина сдельных расценок или стоимостных нормативов установлена из более высокого уровня оплаты (например, оклад по ЕТС с учетом надбавки за непрерывный стаж плюс 50%) и после повышения ставки первого разряда оплата труда работника при выполнении нормы труда по-прежнему осталась выше, чем по ЕТС, то повышения расценок или нормативов не требуется (если иное не предусмотрено трудовым договором, Положением об оплате труда или коллективным договором).



Обязана ли администрация медицинского учреждения обеспечивать уровень оплаты труда работников хозрасчетного отделения, занятых оказанием платных услуг, не ниже, чем по единой тарифной сетке?

Это зависит от используемой системы оплаты труда. Если оплата труда базируется на Единой тарифной сетке (основная оплата) с доплатами за определенные показатели, например, в зависимости от стоимости оказанных платных услуг, то требование выплаты размера заработной платы труда не ниже, чем предусмотрено по Единой тарифной сетке, должно неукоснительно выполняться. Однако оплата труда работников, оказывающих платные услуги, может производиться сдельно (по сдельным расценкам) или в процентах от стоимости оказанных услуг. В этих случаях следует руководствоваться требованиями статьи 155 Трудового кодекса РФ.

Статья 155 гласит следующее. При невыполнении норм труда (должностных обязанностей) по вине работодателя оплата производится за фактически проработанное время или выполненную работу, но не ниже средней заработной платы работника, рассчитанной за тот же период времени или за выполненную работу.

При невыполнении норм труда (должностных обязанностей) по причинам, не зависящим от работодателя и работника, за работником сохраняется не менее двух третей тарифной ставки (оклада).

При невыполнении норм труда (должностных обязанностей) по вине работника оплата нормируемой части заработной платы производится в соответствии с объемом выполненной работы.

Основная проблема заключается в том, как определить, по чьей вине не выполнены нормы труда (например, по чьей вине доход по платным услугам оказался ниже планового), — это может стать предметом споров и судебных разбирательств. Подробнее данная проблема будет рассмотрена в одном из следующих номеров журнала.



В.И.СТАРОДУБОВ, профессор, академик РАМН
Н.Г.КУРАКОВА, к.б.н., главный специалист ГУ ЦНИИОИЗ Росздравнадзора

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕМАТЕРИАЛЬНЫХ АКТИВОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Интеллектуальная собственность является объектом собственности, которым можно не только владеть, пользоваться и распоряжаться, но и (при правильном документальном оформлении) использовать в уставном фонде и в хозяйственной деятельности предприятия в качестве нематериальных активов (НМА).

Интеллектуальная собственность (ИС) в практике организации может реализовываться в двух основных формах:

- ♦ в качестве вклада в уставный фонд (капитал) предприятия;
- ♦ в хозяйственной деятельности предприятия в качестве НМА.

ИС как вклад в уставный фонд предприятия

Возможность использования объектов ИС в качестве вклада в уставный фонд предусмотрена п. 37 Положения об акционерных обществах, в соответствии с которым вкладом участника в уставный фонд предприятия (акционерного общества), наряду с материальным имуществом и денежными средствами, могут быть имущественные права, в том числе и права пользования объектами промышленной и интеллектуальной собственности, то есть права на использование произведений науки и других видов творческой деятельности в сфере производства. При этом необходимо учитывать, что уставный фонд представляет собой совокупность вкладов (в денежном выражении) участников (собственников) в имущество при создании предприятия для обеспечения его деятельности в размерах, определенных учредительными документами (п. 57 Положения о бухгалтерском учете и отчетности в Российской Федерации).

Использование ИС в уставном фонде позволяет предприятию и авторам – создателям ИС получить следующие практические преимущества:

- ♦ сформировать значительный по размерам уставный фонд без отвлечения денежных средств и обеспечить доступ к банковским кредитам и инвести-

© В.И.Стародубов, Н.Г.Куракова, 2005 г.



циям (ИС можно использовать наравне с другим имуществом предприятия в качестве объекта залога при получении кредитов);

- ♦ амортизировать ИС в уставном фонде и заменить ИС реальными денежными средствами (капитализировать ИС). При этом амортизационные отчисления на законных основаниях включаются в себестоимость продукции (не облагаются налогом на прибыль);

- ♦ авторам и предприятиям – владельцам ИС участвовать в качестве учредителей (собственников) при организации дочерних и самостоятельных фирм без отвлечения денежных средств.

Права владельцев ИС (вносимые в уставный капитал) могут быть существенно нарушены вследствие неучета (или недостаточного учета) стоимости объектов ИС, также составляющих вклад в уставный капитал, так как при этом может произойти снижение приходящейся на них доли. А эта доля может быть очень большой. Так, например, известны случаи, когда вклад в уставный капитал составлял 170–230 млн. долларов, хотя и относился к весьма ограниченному числу объектов ИС: 3–4 изобретения и товарный знак [1];

Если в уставный капитал включаются новые активы в виде промышленной собственности или ноу-хау, то ставятся специфические задачи:

- ♦ переоценка уставного фонда и организация в связи с этим дополнительной эмиссии;
- ♦ перераспределение долей учредителей уставного фонда.

Использование ИС в хозяйственной деятельности в качестве НМА

К нематериальным активам предприятия в соответствии с «Положением о составе затрат по производству и реализации продукции (работ, услуг), включаемых в себестоимость продукции (работ, услуг), и о порядке формирования финансовых результатов, учитываемых

при налогообложении прибыли», «относятся затраты предприятия в нематериальные объекты, используемые в течение долгосрочного периода в хозяйственной деятельности и приносящие доход: патенты, лицензии, «ноу-хау», программные продукты, монопольные права и привилегии (включая лицензии на определенные виды деятельности), организационные расходы (включая плату за государственную регистрацию предприятия), торговые марки, товарные знаки и т.п.».

Использование ИС в хозяйственной деятельности позволит:

- ♦ документально подтвердить права собственности и поставить объекты ИС на баланс в качестве имущества предприятия. Это дает возможность производить амортизацию ИС и образовывать соответствующие фонды амортизационных отчислений за счет себестоимости продукции;

- ♦ уменьшить налогооблагаемую базу за счет отнесения затрат на создание и использование НА на себестоимость продукции.

Как известно, для случаев, когда предприятие владеет зарегистрированными объектами ИС, отечественным законодательством предусмотрено исключение или уменьшение с него основных налогов. Поэтому уточнение налогооблагаемой базы выгодно прежде всего самому предприятию. Ведь именно в результате подобного уточнения (во многих случаях, связанных с учетом ранее не принимавшихся во внимание объектов ИС) возможно минимизировать налоговые выплаты в рамках закона (в частности, налог на прибыль). В основе минимизации лежит уменьшение налогооблагаемой базы за счет отнесения затрат на создание и использование НА на себестоимость продукции.

Еще в 1996 году на Третьей ежегодной международной конференции «Проблемы оценки имущества в экономике переходного периода»





отмечалось, что предприятия (особенно выпускающие наукоемкую продукцию) «...фактически грабят сами себя, отдавая в качестве налогов ту часть своих средств, которую должны были бы оставлять у себя на амортизацию НМА». К сожалению, с тех пор сколько-нибудь значительного улучшения положения не наблюдалось:

- ♦ получить дополнительные доходы за передачу прав на использование объектов ИС, а также обеспечить обоснованное регулирование расценок на продукцию инновационной деятельности предприятия в зависимости от объема передаваемых прав на использование ИС;
- ♦ выплачивать авторское вознаграждение физическим лицам (авторам), минуя фонд оплаты труда с включением затрат в себестоимость (без традиционных отчислений в страховые и

иные фонды и без ограничения размеров выплат с отнесением затрат на выплату авторского вознаграждения на статью себестоимости продукции – «прочие расходы»).

Можно выделить и другие ситуации, генерирующие целесообразность учета и оценки стоимости ИС и НА в деятельности предприятия как наиболее типичной формы реализации имущественных отношений:

Финансовое обеспечение обновления производственных фондов.

Как известно, с целью увеличения финансовой базы для замены устаревших технологий новыми необходимо начислять амортизацию на основные фонды. Сказанное относится и к объектам ИС, являющимся основными фондами. Понятно, что начислению амортизации объекта ИС должна предшествовать его оценка.

При проведении оценки ОИС могут быть использованы следующие источники информации:

1. Закон РФ «Об оценочной деятельности в Российской Федерации» №135-ФЗ от 29 июля 1998 г.
2. «Стандарты оценки, обязательные к применению субъектами оценочной деятельности», утвержденные Постановлением Правительства Российской Федерации от 6 июля 2001 г. № 519;
3. Стандарт Российского общества оценщиков «Оценка нематериальных активов» СТО РОО 26-01-96.
4. «Положение по оценке эффективности инвестиционных проектов», утвержденное Постановлением Правительства РФ от 22.11.1997 № 1470.
5. Козырев А.Н., Макаров В.Л. Оценка стоимости нематериальных активов и интеллектуальной собственности/Учебное пособие. – Москва, 2003.
6. Козырев А.Н. Инвентаризация и стоимостная оценка интеллектуальной собственности//Интеллектуальная собственность (промышленная собственность). – 2001. – № 1. – С.34–39.
7. Козырев А.Н. Интеллектуальный капитал: новая парадигма оценки бизнеса и нематериальных активов//Аналитический вестник. – 2001. – №1. – С.3–10.
8. Методические рекомендации по определению рыночной стоимости интеллектуальной собственности (<http://www.mgi.ru/BASE/RAS/RM/2002/11/rm21297.htm>).
9. Руководство по оценке стоимости бизнеса/Фишмен Джей, Пратт Шэннон, Гриффит Клиффорд, Уилсон Кейт/Пер. с англ. Л.И.Лопатникова. – М.: ЗАО «Квинто-Консалтинг», 2000. – 388 с.



Оценка влияния создания или применения ИС на эффективность работы предприятия.

Учет стоимости всех активов (как материальных, так и нематериальных) является необходимым условием для того, чтобы точно определить эффективность деятельности предприятия. Учет стоимости ИС также дает возможность определить эффективность вложения капитала в ИС предприятия.

Определение прибыли от использования объекта ИС в собственном производстве.

Иногда при использовании объекта ИС в собственном производстве возникает необходимость определить величину возникающей в связи с этим прибыли (например, при планировании создания объектов ИС на предприятии). Такое определение прибыли требует учета стоимости ИС.

Отражение стоимости ИС в себестоимости продукции.

Необходимость отражения стоимости ИС в себестоимости продукции обусловлена тем, что в соответствии с правилами бухгалтерского учета все затраты на создание, приобретение и использование объектов ИС предприятия относятся к себестоимости произведенной этим предприятием продукции.

Страхование объектов ИС.

При страховании имущества, содержащего ИС, необходимо знать стоимость объектов ИС, поскольку в этом случае ее величина связана со стоимостью страхуемого имущества. Кроме того, стоимость объектов ИС учитывается при страховании профессиональной ответственности работников.

Расчет вознаграждения авторов создания объекта ИС.

Совершенно естественным представляется учет стоимости созданной на предприятии ИС (изобретения или промышленного образца) при выплате вознаграждения авторам (или лицам, содействовавшим им).

Обоснование стоимости ИС при судебных арбитражных спорах, связанных с незаконным использованием объектов ИС.

В современных условиях при рассмотрении исков, связанных с незаконным использованием чужой ИС, все чаще требуется стоимостное обоснование величины иска, который предъявляется в суд по поводу незаконного использования чужой собственности. При этом требуется определение стоимости спорной ИС, так как от нее зависит величина иска.

Такое обоснование представляет собой достаточно серьезную проблему, не имеющую единого общепризнанного решения до настоящего времени. Существуют частные методики, например, разработанная межрегиональным научным фондом «Промышленная собственность», методика определения размеров денежного возмещения патентообладателю убытков от нарушения его патентных прав.

В соответствии с Положением по бухгалтерскому учету «Учет нематериальных активов», утвержденным Приказом Минфина России от 16.10.2000, № 91 (далее – ПБУ 14/2000), при принятии к бухгалтерскому учету ОИС в качестве нематериальных активов необходимо одновременное выполнение следующих условий:

- ♦ отсутствие материально-вещественной (физической) структуры;
- ♦ возможность идентификации (выделения, отделения) организацией от другого имущества;
- ♦ использование в производстве продукции, при выполнении работ либо для оказания услуг, либо для управленческих нужд организации;
- ♦ использование в течение длительного времени, то есть свыше 12 месяцев, или обычного операционного цикла, если он превышает 12 месяцев;
- ♦ организация не предполагает последующую перепродажу данного имущества;
- ♦ способность приносить организации экономические выгоды (доход) в будущем;





♦ наличие надлежаще оформленных документов, подтверждающих существование самого актива и исключительного права у организации на РИД (патенты, свидетельства, другие охранные документы, договор уступки (приобретение патента, товарного знака и т.п.).

Постановка на баланс ОИС увеличит налогооблагаемую базу предприятия, но постановка на бухгалтерский учет НМА дает возможность уменьшить налогооблагаемую прибыль предприятия за отчетный период за счет амортизационных отчислений. Особо следует учитывать, что предприятие уже создало ОИС, на него потрачены деньги и теперь стоит задача вернуть их с прибылью, используя созданную разработку.

Что такое амортизация для ИС, дает разъяснение Налоговый кодекс РФ (далее – НК РФ). Амортизируемым имуществом, согласно НК РФ, признаются имущество, РИД и иные ОИС, которые находятся у налогоплательщика на правах собственности (если иное не предусмотрено законодательством), используются им для извлечения дохода и стоимость которых погашается путем начисления амортизации. Амортизируемым имуществом признается имущество со сроком полезного использования более 12 месяцев и первоначальной стоимостью более 10 000 руб. Имущество, полученное унитарным предприятием от собственника имущества унитарного

предприятия в оперативное управление или хозяйственное ведение, подлежит амортизации у данного унитарного предприятия в порядке, установленном НК РФ.

Другими словами, амортизируемое имущество – это права на ОИС, поставленные на бухгалтерский баланс, вследствие чего они становятся НМА [2].

Согласно п. 48 раздела 4 Положения по ведению бухгалтерского учета и бухгалтерской отчетности в Российской Федерации от 29.07.1998 № 34н ОИС становятся нематериальными активами с момента использования их в производстве. Для постановки на учет необходимо иметь правоудостоверяющий документ, провести оценку стоимости, определить сроки использования. Практическое применение интеллектуальной собственности в предпринимательской деятельности порождает ряд проблем. Поэтому предпринимателям и юристам-практикам важно знать особенности документального оформления использования объектов интеллектуальной собственности в нематериальных активах предприятия и основные положения методологии аудита интеллектуальной собственности. При этом под «аудитом интеллектуальной собственности» понимается экспертиза (ревизия) юридических и учетных документов, относящихся к используемым на предприятии объектам интеллектуальной собственности [3].



ЛИТЕРАТУРА

1. Азгальдов Г.Г., Карпова Н.Н. Оценка интеллектуальной собственности в системе имущественных отношений: важность, сложность, проблематика//Имущественные отношения в РФ. – 2002. – №7(12). – С.7–90.
2. Момот Е. Становление патентных отделов на государственных предприятиях//Интеллектуальная собственность. – 2005. – №4. – С.68–71.
3. Методические рекомендации для руководителей предприятий по вопросам учета, правовой охраны и использования результатов интеллектуальной деятельности, созданных за счет средств федерального бюджета. – Москва: Министерство образования и науки, 2004. – 43 с.



II Международный форум «Ответственность государства, бизнеса и общества в развитии социальной модели: «Врач–Пациент», как основы цивилизованного рынка медицинских услуг в России»

Место и время проведения: г.Самара, 5–6 октября 2005г.

Организатор: Общественная организация «ПЕРВАЯ ОБЩЕРОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ», при поддержке Торгово-промышленной палаты РФ, Министерства здравоохранения РФ, Союза Частных Клиник России

Участники Форума: В Форуме примут участие 1200 человек из всех регионов РФ. К участию в форуме приглашены: представители Правительства РФ, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерства экономического развития и торговли РФ, Фондов ОМС, группа Всемирного банка, правительственные и неправительственные международные организации, руководители органов здравоохранения субъектов РФ, Совета Федерации и Государственной Думы, руководители государственных, муниципальных и частных медицинских учреждений, страховых компаний и финансово-инвестиционных организаций, венчурных компаний и фондов, органов законодательной власти субъектов РФ, представители производителей медицинской техники и лекарственных препаратов, руководители ТПП регионов.

Основные вопросы Форума:

1. Реформы здравоохранения: анализ пройденных этапов, современное состояние, возможные сценарии.
2. Роль и место государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на различных этапах реформирования.
3. Общественные профессиональные объединения в процессе формирования законодательных инициатив.
4. Формы сотрудничества на рынке медицинских услуг и его субрынках, взаимодействие исполнителей меди-

цинских услуг со страховыми компаниями, производителями лекарственных средств и медицинской техники.

5. Разработка принципиально новых подходов при оценке эффективности здравоохранения и качества оказания медицинских услуг.

6. Возрождение внутреннего отечественного производителя изделий медицинского назначения и лекарственных препаратов.

7. Соотношение государственных и негосударственных форм регулирования финансово-экономических аспектов деятельности медицинских учреждений, создание принципиально новых подходов к финансированию медицинских услуг и медицинского страхования.

Для участия в работе II Международного Форума «Ответственность государства, бизнеса и общества в развитии социальной модели: «Врач–Пациент», как основы цивилизованного рынка медицинских услуг в России» необходимо: зарегистрироваться и подтвердить свое участие до 1 сентября 2005 г.

Тел./факс: 8-(8462) 330-633, 8-(8462) 332-465

E-mail: gld_srrc@samaramail.ru

Файл регистрационной формы находится на сайте: www.medprivat.ru

Оргкомитет Форума: 443099, г.Самара, ул. Фрунзе, д.103

Тел./факс: 8-(8462) 330-633, 8-(8462) 332-465, 8-(8462) 926-257, 8-(8462) 926-391

E-mail: gld_srrc@samaramail.ru, srrc@samaramail.ru

Детальная информация по условиям участия в выставке и других мероприятиях Форума размещена на сайте: www.medprivat.ru





Медицинский форум «Здоровый мир»

Место и время проведения: г.Ростов-на-Дону, 9–11 ноября 2005 г.

Организаторы: ВЦ «Вертол-Экспо», Министерство здравоохранения Ростовской области, ФГУ Российский Реабилитационный Центр «Детство», ФГУ здравоохранения Ростовской области «Центр гигиены и эпидемиологии»

Цель форума: Демонстрация современной медицинской техники и технологий, лекарственных средств, медицинского оборудования и инструментария, налаживание новых межрегиональных связей между производителями медицинской продукции и медицинскими учреждениями, организациями и фирмами

Выставки в рамках форума:

- ♦ Кардиология, ревматология
- ♦ Хирургия (общая, травматология, онкология)
- ♦ Эндокринология
- ♦ Скорая помощь
- ♦ Офтальмология
- ♦ Здоровье матери и ребенка
- ♦ Реабилитация и спортивное оздоровление
- ♦ Медицинская техника
- ♦ Аптечный мир
- ♦ БАДы

В рамках Форума планируется проведение научно-практических конференций, семинаров и круглых столов.

Параллельные мероприятия:

- ♦ Конференции «Диабетическая ретинопатия. Современные подходы к диагностике и лечению» и «Актуальные вопросы диабетологии», «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»
- ♦ Семинары по фармакологии и охране труда для специалистов области

Рекламная кампания: ориентирована на специалистов всех отраслей медицины и включает рекламу в специализированных изданиях России; наружную рекламу по ЮФО; радио; ТВ-рекламу; почтовая рассылка приглашений руководителям клиник, реабилитационных центров, международных и российских медицинских ассоциаций, представителям органов управления медициной, работникам учреждений здравоохранения, фирмам-производителям медицинского оборудования, инструментов и препаратов, их представителям, дистрибьюторам, торговым фирмам и научным центрам

Адрес Форума: 344068, г.Ростов-на-Дону, пр.М. Нагибина, д.30

Тел./факс: (863) 292-42-54, 292-40-96, 292-42-10

E-mail: medforum@vertolexpo.ru



Тема номера:

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

Часть I. Обзор Документационного центра ВОЗ

Основные принципы ВОЗ в области развития медико-санитарной помощи были приняты на Международной конференции по медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате в 1987 г. и отражены в соответствующей Декларации. В ней ПМСП рассматривается в качестве ключевого элемента развития здравоохранения. В последующие годы проблема дальнейшего развития ПМСП и повышения ее роли неоднократно рассматривалась на международных совещаниях, а также на Всемирной ассамблее здравоохранения. В резолюции WHA56.R6, принятой на 56-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2003 г., в частности, отмечается, что ПМСП остается одним из важнейших приоритетов деятельности ВОЗ.

В резолюции содержится призыв к государствам-членам:

- ♦ обеспечить выделение достаточных ресурсов на развитие ПМСП в целях содействия уменьшению неравенства в области здравоохранения;
- ♦ укреплять кадровый потенциал первичной помощи;
- ♦ поддерживать активное вовлечение в нее местных общин и добровольных групп;
- ♦ поддерживать научные исследования в целях определения эффективных методов монито-

ринга и укрепления системы ПМСП и ее взаимодействия с работой по совершенствованию системы здравоохранения в целом.

Значимость ПМСП была подтверждена на практике: ряд стран предприняли важные шаги к повышению роли первичной помощи в секторе здравоохранения, другие – обосновали свою политику охраны здоровья исключительно на ее принципах. Европейское региональное бюро ВОЗ подготовило структуру, которая может быть адаптирована к потребностям каждой страны.

Одной из сильных сторон первичной медико-санитарной помощи является то, что эта концепция может быть адаптирована к различным обстоятельствам. Так, в Европе она была определена как предоставление диагностических и лечебных услуг, часто в сочетании с профилактикой заболеваний, дополняемое услугами по укреплению здоровья и реабилитацией. В рамках этого контекста общая практика, или семейная медицина, является в большинстве стран Европы стречневой структурой, вовлеченной в оказание первичной медико-санитарной помощи. При этом, признание ключевой роли врачей общей практики в оказании ПМСП не означает недооценки роли и функций других медицинских и социальных работников, которые вносят значительный вклад в деятельность этого сектора здравоохранения.





Primary health care: A framework for future strategic directions. (Первичная медико-санитарная помощь: основа для будущих стратегических направлений деятельности). – ВОЗ. – Женева, 2003. – 44 с.

В документе содержится отчет о Глобальном совещании по ПМСП, состоявшемся в Мадриде, (Испания) 27–29 октября 2003 г., на котором были определены пути развития этого сектора здравоохранения на будущую перспективу. В отчете содержится анализ текущего положения дел в ПМСП в разных странах мира,

представлены изменения, которые претерпела ПМСП в ответ на глобальные изменения экономики, демографической ситуации и развитие новых технологий в здравоохранении. В нем отмечается, что назрела настоятельная потребность в проведении исследований в области ПМСП по проблемам медицинского стра-

хования на уровне первичной помощи, роли общественного здравоохранения в первичной помощи, внедрении инновационных подходов по профилактике и ведению хронических заболеваний на первичном уровне и т.д., а также представлены стратегические направления развития ПМСП в 21-м столетии.

Книга доступна в Интернете на английском языке по адресу:

http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/phc_report_oct03.pdf



Primary health care and human resources development. (Первичная медико-санитарная помощь и развитие кадров здравоохранения). – ВОЗ. – Женева, 2003. – 17 с.

Этот документ также посвящен Глобальному совещанию по ПМСП в Мадриде, (Испания) 27–29 ок-

тября 2003 г. В нем подробно рассматриваются вопросы развития кадров для первичной по-

мощи, новые тенденции в вопросах образования и повышения качества служб этого сектора.

Документ доступен в Интернете по адресу:

http://www.who.int/chronic_conditions/primary_health_care/en/human_resources_en.pdf



Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы. СИНДИ. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2003. – 165 с.

Данное руководство было разработано Европейским региональным бюро ВОЗ в рамках интегрированной программы профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ). В нем освещаются

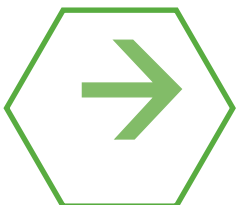
вопросы, связанные с профилактикой в первичном звене здравоохранения наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваний таких как, сердечно-сосудистые болезни, рак,

диабет, некоторые психические нарушения и др. Руководство может быть также использовано для разработки национальных или местных руководств по профилактике на уровне ПМСП.

Книга на русском языке имеется в Документационном центре ВОЗ.



Часть II. Обзор Библиотеки проектов реформы здравоохранения «ЗдравИнформ»



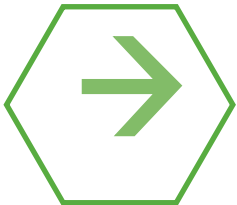
В данном выпуске информационного бюллетеня приведены ссылки на информационные материалы, которые были созданы либо использованы Ассоциацией врачей общей практики в рамках международного проекта «Развитие первичной медицинской помощи по принципу семейного врача». На сайте Ассоциации, расположенному по адресу: <http://familymedicine.ru>, Вы сможете более подробно ознакомиться с ее работой, деятельностью проекта, а также скачать дополнительные материалы. Кроме того, все описанные ниже документы также можно найти на страницах Библиотеки «ЗдравИнформ» (<http://zdravinform.ru>).

Современная практика медицины основывается на использовании вмешательств, полезность которых доказана, и которая называется доказательной медициной. В России исторически сложилась система «методических рекомендаций», утверждаемых Министерством здравоохранения РФ, а в последние годы развивалась система ведомственных взглядов.

В 2003 году вступил в действие Закон «О техническом регулировании». Он отменяет систему государственных стандартов и сохраняет обязательными для исполнения только «технические регламенты» – документы, регламентирующие вопросы, важные для всего населения страны, такие как безопасность атомной промышленности и предотвращение особо опасных инфекций. Ни один из технических регламентов, планируемых к разработке в ближайшие годы, не затрагивает повседневную жизнь врача. Следовательно, клинические рекомендации как рекомендательные документы сохраняют и упрочивают значение в структуре технического регулирования.

Основной целью Ассоциации и ее партнеров является обеспечение семейных врачей доказательными рекомендациями применительно к наиболее частым и важным проблемам, решаемым ими в повседневной деятельности.

ПУБЛИКАЦИИ:

- 
- ♦ Руководство для разработчика рекомендаций (SIGN 50).
 - ♦ Внебольничная пневмония.
 - ♦ Ведение больных с депрессией в поликлинике.
 - ♦ Диспепсия (Каталония).
 - ♦ Профилактика и лечение пролежней (Каталония).
 - ♦ Ведение пациентов с геморроем в общей врачебной практике.
 - ♦ Острые респираторные заболевания и грипп (Клинические рекомендации для ВОП).
 - ♦ Ведение больных с синуситами в общей врачебной практике.
 - ♦ Краткие протоколы ведения пациентов с наиболее распространенными состояниями в общей врачебной практике.

Материалы доступны в Интернете по адресу:

<http://familymedicine.ru/rus/specialists/guidelines.php>





РЕКОМЕНДАЦИИ КАНАДСКИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

- ♦ Ведение больных с острой болью в пояснице.
- ♦ Ведение хронических болевых синдромов, не связанных со злокачественными опухолями.
- ♦ Обследование при острой боли в грудной клетке, направленное на выявление острых коронарных синдромов.
- ♦ Ведение больных с сердечной недостаточностью.
- ♦ Диагностика и лечение недостаточности витамина В₁₂ и фолиевой кислоты.
- ♦ Серозный средний отит.
- ♦ Обследование при диарее с предполагаемой инфекционной этиологией.

Материалы доступны в Интернете по адресу:

<http://familymedicine.ru/rus/specialists/guidelines.php>

ПРОЕКТЫ РУКОВОДСТВ:

- ♦ Проект рекомендаций «Основа для взаимодействия врачей общей практики и узких специалистов поликлиник и стационаров в переходный период становления общей врачебной практики (семейной медицины)».

Материал доступен в Интернете по адресу:

<http://familymedicine.ru/rus/specialists/guidelines.php>

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ:

- ♦ Методические рекомендации по развитию здравоохранения, в 3 частях: Часть 1, Часть 2, Часть 3 (pdf).
- ♦ Финансирование общих врачебных (семейных) практик в условиях обязательного медицинского страхования (doc).
- ♦ О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Приказ МЗ РФ 03.07.2003 г. № 229 (doc).
- ♦ О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации. Приказ МЗ РФ 20.11.2002 г. № 350 (doc).
- ♦ Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача). Приказ МЗ РФ 12.08.2003 г. № 402 (doc).
- ♦ О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики. Приказ МЗ РФ 21 марта 2003 г. № 112 (doc).
- ♦ Создание учебных модулей для дистанционного обучения врачей общей практики (семейных врачей): методические рекомендации ММА им. И.М.Сеченова (doc).

Материалы доступны в Интернете по адресу:

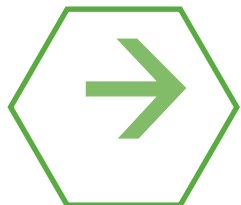
<http://familymedicine.ru/rus/specialists/method.php>

ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЮЛЛЕТЕНЬ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПРОЕКТЫ И ДОКУМЕНТЫ ВОЗ

Выпуск 7, Июнь 2005



ДОКУМЕНТЫ WONCA:

- ♦ Европейское определение общей врачебной практики.

Материал доступен в Интернете по адресу:

<http://familymedicine.ru/rus/specialists/wonca.php>

МАТЕРИАЛЫ РЕГИОНОВ:

- ♦ Охрана здоровья матери и ребенка: методические материалы для медицинских работников первичного звена (Калининград), + дополнительная таблица (doc).
- ♦ Современные подходы к финансированию системы первичной медицинской помощи: опыт различных регионов Российской Федерации (doc).

Материалы доступны в Интернете по адресу:

<http://familymedicine.ru/rus/specialists/regions.php>

РУКОВОДСТВА И РЕШЕНИЯ ИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА:

- ♦ Рекомендации и бланки для взаимодействия ВОП с консультантом (doc).
- ♦ Оценка медицинских технологий в Каталонии (doc).
- ♦ Обеспечение высокого качества оказания медицинской помощи (рамочный документ, Т.Дедеу) (doc).
- ♦ Принципы GMP (доброкачественной медицинской практики) (doc).

Материалы доступны в Интернете по адресу:

<http://familymedicine.ru/rus/specialists/international.php>

Контактная информация:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11, комн. 202, 206 ЦНИИОИЗ МЗ РФ

Михеев Павел Анатольевич – тел.: (095) 979-92-64, 218-11-09; факс: (095) 218-11-09, 219-38-40

E-mail: info@zdravinform.ru; WWW: <http://zdravinform.ru>

Кайгородова Татьяна Вадимовна – тел.: (095) 219-38-43; факс: (095) 219-38-40

E-mail: kaidoc@mednet.ru; WWW: <http://mednet.ru/whodc>

Подписка на Бюллетень распространяется свободно по электронным адресам рассылки: bulletin@zdravinform.ru

Предыдущие выпуски Информационного бюллетеня:

№1, Декабрь 2004 «Вводный выпуск» (опубликован в №1 за 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 39–43).

№2, Январь 2005 «Финансирование здравоохранения» (опубликован в №3 за 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 46–52).

№3, Февраль 2005 «Политика здравоохранения» (опубликован в №4 за 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76–80).

№4, Март 2005 «Охрана здоровья матери и ребенка» (опубликован в №5 за 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 75–78).

№5, Апрель 2005 «Политика в области лекарственных препаратов» (опубликован в №6 за 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76–78(часть 1); №7, с. 78–80(часть 2)).

№6, Май 2005 «Политика в области лекарственных препаратов» (опубликован в №8 за 2005 г. журнала «Менеджер здравоохранения», с. 76–78).



Начинается подписка на первое полугодие 2006 года

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

● Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»
Подписной индекс: **82614**

Подписка через редакцию (с любого номера):

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

НДС не облагается

Доставка включена в стоимость подписки

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Р/с 40702810638050105256 в Марьино-рощинском ОСБ №7981/998
Сбербанка России, г. Москва
К/с 30101810400000000225
БИК 044525225
ИНН 7715376090
КПП 771501001
Получатель – ООО Издательский Дом «Менеджер здравоохранения»

ВНИМАНИЕ!

В платежном поручении обязательно укажите:

«За подписку на журнал «Менеджер здравоохранения», на первое
полугодие 2006 г.» Ваш полный почтовый адрес с индексом и телефон.
Мы высылаем свежий номер ценной бандеролью

Адрес редакции:

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д.11
Тел./факс: (095) 218-07-92; 979-92-45
E-mail: itmz@mednet.ru
www.itmz.ru

Издательский дом «Менеджер здравоохранения»



МОДЕРНИЗАЦИЯ здравоохранения в вопросах и ответах



Дейджест журнала
**Менеджер
здравоохранения**
Выпуск 1

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

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



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

По вопросам приобретения обращайтесь в редакцию журнала:

тел.: (095)218-07-92

e-mail: idmz@mednet.ru