

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№10. 2007



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >

cobas

Life needs answers

«Рош диагностика» —
партнер в создании
индивидуального решения
для любой лаборатории



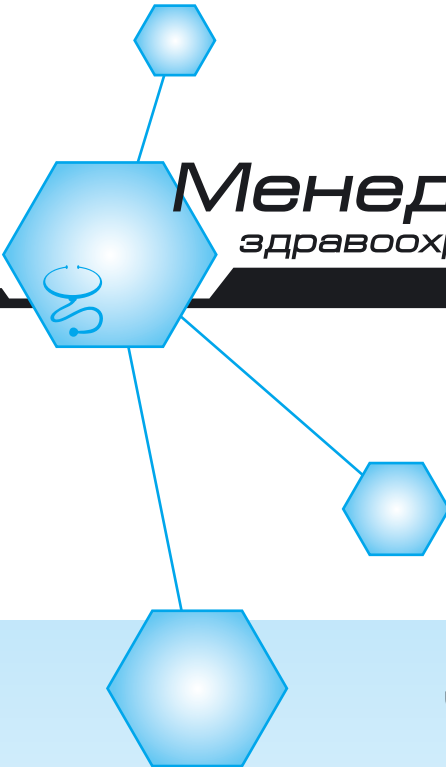
- Стремительный прогресс биомедицинских наук ведет к постоянному появлению новых диагностических параметров и маркеров заболеваний, но используемые технологии должны не только обеспечивать клиницистов высокоточной информацией, но и быть экономически выгодными.
- Имея за плечами более чем 50-летний опыт инноваций в клинической химии, автоматических диагностических системах и иммунохимии Рош Диагностика является пионером современной лабораторной диагностики и основоположником консолидированных решений для любых типов лабораторий во всем мире.



Ф. Хоффмани Ля Рош
ЗАО «Рош Москва»
Москва 125445, ул. Смольная 24 Д
Тел. 495/ 258 27 90
Факс 495/ 258 27 98
www.roche.ru

Roche

Diagnostics



Менеджер

здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ✓ **Комплексная оценка финансирования здравоохранения Российской Федерации по версии системы счетов за период с 2000 по 2006 годы**
- ✓ **Продолжение дискуссии о возможных путях и направлениях реформы здравоохранения**
Мнение практикующего врача
- ✓ **Изменения в оплате труда работников бюджетной сферы: отказ от Единой тарифной сетки**
- ✓ **Вопросы оптимизации региональных медико-технических программ**
- ✓ **Медицинская помощь или медицинское обслуживание? Искусство, или ремесло? — ментальные стереотипы отношения к общественному здравоохранению**

Менеджер здравоохранения

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 Наталья Глебовна,
д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

Редакционная коллегия:

ВИНОГРАДОВ Константин Анатольевич,
д.м.н., заместитель директора Департамента развития
медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ
МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, директор ЦНИИОИЗ Росздрава
МУРАВЬЕВА Валентина Николаевна,
д.м.н., заместитель Главы администрации г. Ставрополя

№10
2007

В номере:

**Комплексная оценка финансирования здравоохранения
Российской Федерации по версии системы счетов за период
с 2000 по 2006 годы. Часть 1**

В.И. Стародубов, В.О. Флек, Е.Д. Дмитриева

4-11

**Качественное определение потребности
как основное условие доступности
лекарственных средств**

Е.А. Тельнова

12-17

**Актуальные проблемы разграничения полномочий
в области организации и пропаганды донорства
крови и ее компонентов**

Н.Б. Найговзина, А.В. Абрамов, В.Б. Филатов

18-21

О критериях высокотехнологичных медицинских услуг

И.Е. Рыбалченко

22-28

**Значение учредительных документов
в обеспечении качества структуры государственных
и муниципальных учреждений здравоохранения**

Г.Б. Еремин, А.А. Козлов

29-36

**Экономические предпосылки к внедрению
формулярной системы**

*Е.С. Железняк, О.Н. Булавин, К.П. Жидков,
В.И. Симаненков, Н.В. Захарова*

37-42

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., проректор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, 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 кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте РФ

ОРЛОВ Олег Игоревич,
д.м.н., генеральный директор фонда «Телемедицина»

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

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, советник заместителя Министра здравоохранения и социального развития

Влияние заболеваемости на экономику бизнес-структур в России

*В.М. Донин, Ю.В. Лунин,
В.В. Омельяновский*

43-52

Методика прогностической оценки резерва здоровья

И.А. Гундаров, А.А. Алиева

53-56

Зарубежный опыт

Бессистемная медицина: опыт США

57-59

Срочно в номер

*Ф.Н. Кадыров. Новое
в законодательстве о государственном
(муниципальном) заказе*

60-65

Здравоохранение в цифрах

66-67

Консультирует МЗ

*Ф.Н. Кадыров. Новое
в законодательстве об оплате труда*

68-70

Вопросы и ответы

О.Г. Коган. Платные услуги

71-72

Служба правового консалтинга «Гарант»

73-78

Организатор

79-80

«МЕНЕДЖЕР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

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

Издается с 2004 года

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения» и направить актуальные вопросы на «горячую линию» редакции.

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
(495) 618-07-92, 639-92-45

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:

д.б.н. Н.Г. Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

к.б.н. Л.А. Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д. Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:

С.П. Кравцова

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — **20102**
Полугодовая — **82614**

Отпечатано в
типографии «Стрит Принт»
Заказ № 1558

© ООО Издательский дом «Менеджер
здравоохранения»



В.И. Стародубов,

академик РАМН, профессор

В.О. Флек,

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

Е.Д. Дмитриева,

к.э.н., консультант Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздрав-соцразвития РФ

г. Москва

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВЕРСИИ СИСТЕМЫ СЧЕТОВ ЗА ПЕРИОД С 2000 ПО 2006 ГОДЫ. ЧАСТЬ 1

Оценка совокупных расходов на здравоохранение на основе использования системы счетов здравоохранения включает наиболее полные сведения о совокупных финансовых средствах, поступающих в отрасль из всех источников финансирования. Представленные аналитические материалы за период 2000–2006 годов содержат фактические данные и их анализ по источникам финансирования системы здравоохранения России, распорядителям финансовых средств, поставщикам медицинских услуг и функциям здравоохранения (приложение 1).

Совокупные расходы на нужды здравоохранения Российской Федерации из всех источников финансирования составили в 2006 году 1 429 млрд рублей и увеличились по сравнению с 2000 годом в 3,6 раза (таблица 1). Причем, в 2001–200 годах объемы финансирования, направляемые в здравоохранение, ежегодно увеличивались на 28,1–27,7%, в 2003 и 2004 годах темпы прироста заметно снизились и составили соответственно за каждый год 14,3% и 19,2%, а в 2005 и 2006 годах снова возросли до 26,8–27,5%.

Доля совокупных расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте (ВВП) в 2006 году составила 5,3%, а самое большое значение показателя отмечено в 2002 году — 6%.

Как видно из данных таблицы 1, основным источником финансирования здравоохранения в Российской Федерации являются государственные средства, объем которых увеличился к 2006 году почти в 3,8 раза по сравнению с 2000 годом. В 2006 году на государственные источники финансирования приходилось 63,2% всех расходов на здравоохранение (в 2000 году — 59,8%).

В соответствии с методологией построения системы счетов здравоохранения (ССЗ) государственные источники финансирования включают средства бюджетов всех уровней, средства государственных внебюджетных фондов.

© В.И. Стародубов, В.О. Флек, Е.Д. Дмитриева, 2007 г.



Таблица 1

Фактическое финансирование здравоохранения Российской Федерации по источникам финансирования за 2000–2006 гг. (млрд рублей; в текущих ценах)

Код	Источники финансирования	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
А	В	1	2	3	4	5	6	7
FS.1	Средства государственного управления	237,2	297,7	382,0	435,7	526,3	698,1	902,9
FS.1.1	Средства государственных органов управления	141,5	180,0	227,3	263,3	319,1	453,2	612,4
FS.1.1.1	Средства центральных (федеральных) органов управления	20,7	29,4	40,8	48,0	59,4	157,7	246,5
FS.1.1.2	Средства региональных органов управления	56,9	74,6	96,7	111,3	135,2	147,2	212,5
FS.1.1.3	Средства муниципальных органов управления	63,9	76,0	89,8	104,0	124,5	148,3	153,4
FS.1.2	Государственные внебюджетные средства (фонды)	95,7	117,7	154,7	172,4	207,2	244,9	290,5
FS.2	Негосударственные средства	158,9	209,8	266,0	305,1	357,0	428,2	525,0
FS.2.1	Средства негосударственного социального страхования за счет работодателей ¹	20,5	22,3	26,7	15,6	14,7	19,6	21,2
FS.2.3	Средства домашних хозяйств	131,5	178,4	226,6	274,4	324,7	388,1	481,2
FS.2.4	Средства некоммерческих учреждений, оказывающих услуги домашним хозяйствам	6,9	9,1	12,7	14,7	17,0	20,1	22,1
FS.2.5	Средства прочих корпораций	0,0	0,0	0,0	0,4	0,6	0,4	0,5
FS.3	Средства остального мира	0,8	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1
Итого		396,9	508,5	649,2	741,9	884,4	1 127,4	1 429,0
ВВП млрд рублей		7305,6	9039,4	10834,2	13285,2	16779,0	21598,0	26900,0
% от ВВП		5,4	5,6	6,0	5,6	5,3	5,2	5,3

¹ FS.2.2 отдельно не отражено, а включено в FS.2.1 и FS.2.3.



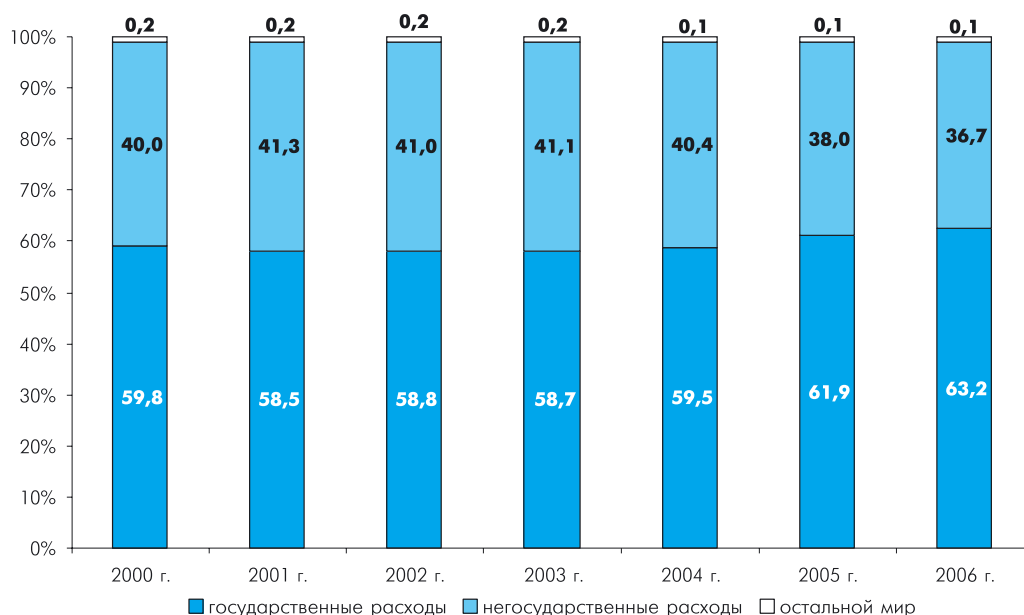


Рис. 1. Структура расходов на здравоохранение в Российской Федерации за 2000–2006 гг. из государственных и негосударственных источников финансирования (в % к итогу; по версии ССЗ)

Среди государственных источников финансирования основную нагрузку несут бюджеты всех уровней (в 2006 году — 612,4 млрд рублей или 67,8% от общего объема государственных средств, направленных на цели здравоохранения). Из этих средств 573,3 млрд рублей истрачены на медицинскую помощь населению, в том числе на дополнительную медицинскую помощь отдельным категориям граждан и федеральные целевые программы, а 39,1 млрд рублей — на медицинское образование, медицинскую науку, изготовление протезов, колясок и запасных частей к ним. Региональные и муниципальные бюджеты (консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации) несут основное бремя, связанное с содержанием учреждений здравоохранения, профилактикой и лечением социально-значимых заболеваний, оплатой льготных лекарств населению и др. Средства региональных и местных бюджетов, израсходованные на оказание медицинской помощи населению, в 2006 году были равны 365,9 млрд рублей, что в 1,5 раза выше средств, выделенных на нужды здравоохранения из

федерального бюджета (246,5 млрд рублей). При этом необходимо отметить, что расходы на здравоохранение из федерального бюджета в 2006 году возрастали более быстрыми темпами, чем расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации. Рост расходов федерального бюджета, прежде всего, связан с финансированием основных направлений приоритетного Национального проекта (НП) «Здоровье», с расширением программ оказания населению высокотехнологичной специализированной медицинской помощи, целевых программ, обеспечения отдельных категорий граждан жизненно-необходимыми лекарственными средствами.

В 2006 году из средств федерального бюджета на реализацию Национального проекта (НП) «Здоровье» израсходовано 59,7 млрд рублей. Структура этих расходов представлена следующим образом:

— осуществление денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики и медицинским сестрам, работающим с названными врачами, — 14,6 млрд рублей;



— осуществление денежных выплат медицинскому персоналу (с 1 июля 2006 г.) фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи — 4,1 млрд рублей;

— подготовка врачей по специальностям «Общая врачебная практика», «Терапия», «Педиатрия» — 0,2 млрд рублей;

— оснащение диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений — 14,3 млрд рублей;

— оснащение автомобилями скорой медицинской помощи, в том числе реанимобилями с кувезами — 3,6 млрд рублей;

— обследование населения с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатитов В и С — 2,7 млрд рублей;

— проведение дополнительной иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок — 4,5 млрд рублей;

— обследование новорожденных детей на галактоземию, муковисцидоз и адреногенитальный синдром — 0,4 млрд рублей;

— строительство новых центров высоких медицинских технологий — 3,2 млрд рублей;

— оказание высокотехнологичной помощи на основе государственного задания — 9,9 млрд рублей;

— методическое обеспечение и информационная поддержка — 0,6 млрд рублей;

— проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан — 1,6 млрд рублей.

Из средств системы ОМС как источника финансирования на НП «Здоровье» в 2006 году направлено в Фонд социального страхования России 12,8 млрд рублей, включая 9,1 млрд рублей на оплату медицинской помощи, оказанной во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и детям первого года жизни (родовой сертификат) и 3,7 млрд рублей на дополнительную оплату первичной медико-санитарной помощи работающим гражданам. Кроме того, из средств системы ОМС 1,9 млрд рублей израсходо-

вано на проведение углубленных медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами и 4,3 млрд рублей — на дополнительную оплату медико-санитарной помощи неработающим пенсионерам.

В целом на финансирование НП «Здоровье» в 2006 году направлено 78,7 млрд руб., доля этих расходов в финансировании здравоохранения составила 9,1%. Кроме того, по данным статистической формы № 62 дополнительно осуществлялось софинансирование НП «Здоровье» за счет средств консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в объеме 1,3 млрд рублей.

Средства государственных внебюджетных фондов, направляемые на здравоохранение, составляли в 2000 году — 95,7 млрд рублей, в 2001 году — 117,7 млрд рублей, в 2002 году — 154,7 млрд рублей, в 2003 году — 172,4 млрд рублей, в 2004 году — 207,2 млрд рублей, в 2005 году — 244,9 млрд рублей, в 2006 году — 290,5 млрд рублей. Ведущая роль в финансировании услуг здравоохранения принадлежит фондам обязательного медицинского страхования.

Применение ССЗ позволяет дать комплексную оценку всех источников финансирования здравоохранения. Наряду с анализом государственных источников финансирования, матрицы счетов здравоохранения учитывают и сведения о финансировании здравоохранения из негосударственных источников финансирования. К ним относятся личные средства населения (домашних хозяйств). Помимо того, в этом разделе учитываются финансовые расходы работодателей на лечение своих сотрудников, членов их семей, средства, выделяемые на здравоохранение некоммерческими организациями, обслуживающими население, и др.

В целом негосударственные (частные) средства составили в 2006 году 36,7% всех расходов на здравоохранение (в 2000 году — 40%).

Основная нагрузка в негосударственном секторе приходится на население, платежи





которого на услуги системы здравоохранения в 2006 году были равны 481,2 млрд рублей.

В условиях развития рыночных отношений в России заметно сократилось участие организаций (предприятий) разных организационно-правовых форм в финансировании программ здравоохранения. Средства работодателей в структуре расходов здравоохранения представлены расходами на добровольное медицинское и социальное страхование. Так, если в 2000 году работодатели потратили на приобретение полисов добровольного медицинского страхования для работников своих предприятий 20,5 млрд рублей, то в 2006 году эти расходы возросли незначительно — 21,2 млрд рублей, а их доля во всех негосударственных средствах снизилась с 12,9% в 2000 году до 4% в 2006 году. Сокращение коллективных программ добровольного медицинского страхования наблюдается после 2002 года (по отношению к 2002 году объем средств работодателей в 2004 году уменьшился на 12 млрд рублей), а в 2006 году этот показатель вернулся почти к уровню 2000 года. Расходы населения из личных средств на оплату услуг здравоохранения увеличились за этот же период в 3,3 раза.

Заметно возросло участие некоммерческих учреждений, обслуживающих домашнее хозяйство, в финансировании услуг здравоохранения (в 2006 году 22,1 млрд рублей).

Средства, ежегодно поступающие на здравоохранение в виде международной помощи (раздел «Остальной мир»), не превышали 1,2 млрд рублей или 0,2% от всех средств.

Таким образом, основным источником финансирования здравоохранения в Российской Федерации в 2000–2006 годах оставались государственные средства, однако доля негосударственных источников финансирования достаточно велика, и их объем ежегодно увеличивается. Эта тенденция показывает углубление противоречий в реализации социальной политики государства, необходимости принятия на государственном уровне решений, касающихся обеспечения населения медицин-

ской помощью в соответствии с конституционными гарантиями, а также связанных с вопросами разграничения платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи населению.

В основе классификации распорядителей финансирования в системе счетов здравоохранения заложено распределение институциональных секторов системы национальных счетов. Распорядители финансирования классифицируются следующим образом: сектор государственного управления, негосударственный сектор и остальной мир. Сектор государственного управления объединяет организации, финансирующие предоставление услуг здравоохранения за счет бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов. В классификации эти две группы, как правило, представляются отдельно. Группа государственных органов управления, в свою очередь, включает в себя подсектора, соответствующие трем уровням управления, действующим в Российской Федерации: федеральный, региональный (субъекты Российской Федерации) и местный (муниципальные образования) (таблица 2).

Расходы государственных органов управления Российской Федерации на здравоохранение составили в 2000 году 141,5 млрд рублей, в 2001 году — 180 млрд рублей, в 2002 году — 227,3 млрд рублей, в 2003 году — 263,3 млрд рублей, в 2004 году — 319,1 млрд рублей, в 2005 году — 404,8 млрд рублей, в 2006 году — 520,9 млрд рублей. Объем этих средств возрос за семилетний период в 3,7 раза.

Финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения. Правительство Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления определяют плановые размеры финансирования государственной и муниципальной систем здравоохранения, которые затем утверждаются в рамках принятия бюджетов соответствующего уровня.



Таблица 2

Фактическое финансирование здравоохранения Российской Федерации по распорядителям финансирования за 2000–2006 гг. (млрд рублей; в текущих ценах)

Код	Распорядители финансирования	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
А	В	1	2	3	4	5	6	7
HF.1	Сектор государственного управления	237,2	297,7	382,0	435,7	526,3	698,1	902,9
HF.1.1	Государственные органы управления	141,5	180,0	227,3	263,3	319,1	404,8	520,9
HF.1.1.1	Центральные органы управления	20,7	29,4	40,8	48,0	59,4	109,3	167,4
HF.1.1.2	Региональные органы управления	56,9	74,6	96,7	111,3	135,2	147,2	200,1
HF.1.1.3	Местные (муниципальные) органы управления	63,9	76,0	89,8	104,0	124,5	148,3	153,4
HF.1.2	Государственные внебюджетные средства (фонды)	95,7	117,7	154,7	172,4	207,2	293,3	382,0
HF.2	Негосударственный сектор	158,9	209,8	266,0	305,1	357,0	428,2	525,0
HF.2.2	Частные страховые организации	12,8	23,7	26,6	31,2	31,1	35,3	53,3
HF.2.3	Домашние хозяйства	118,7	154,7	200,0	243,2	293,6	352,8	427,9
HF.2.4	Некоммерческие учреждения, обслуживающие домашние хозяйства	6,9	9,1	12,7	14,7	17,0	20,1	22,1
HF.2.5.2	Частные организации и корпорации (помимо социального страхования)	20,5	22,3	26,7	16,0	15,3	20,0	21,7
HF.3	Остальной мир	0,8	1,0	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1
Итого		396,9	508,5	649,2	741,9	884,4	1127,4	1429,0

Например, федеральные органы управления финансируют свои расходные обязательства из средств федерального бюджета, утверждаемого высшим законодательным органом государственной власти, основными источниками которого являются обязательные, безвозвратные платежи в федеральный бюджет. Это, прежде всего, управление здравоохранением, трансферты (субвенции) в бюджеты субъектов Российской Федерации и деятельность медицинских учреждений, научно-исследовательских институтов, находящихся

в федеральной собственности. В 2006 году в распоряжении центральных (федеральных) органов управления находилась третья часть (32,1%) всех средств государственных органов управления. Финансирование через федеральные органы управления увеличилось с 20,7 млрд рублей в 2000 году до 167,4 млрд рублей в 2006 году (в 8 раз; в 2006 году по сравнению с 2005 годом — в 1,5 раза).

Из всех государственных органов управления основная нагрузка в структуре расходов на здравоохранение приходится на регио-





нальные органы управления: в 2006 году удельный вес их расходов составил 38,4%.

Через региональные органы управления субъектов Российской Федерации финансируются их расходные обязательства за счет бюджетов субъектов Российской Федерации, которые утверждаются высшими органами государственной власти административно-территориальных образований Российской Федерации. Основными источниками финансирования являются обязательные, безвозмездные, безвозвратные платежи в бюджеты субъектов Российской Федерации, а также трансферты из федерального бюджета. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации финансируют управление здравоохранением и предоставление услуг государственного здравоохранения на региональном уровне.

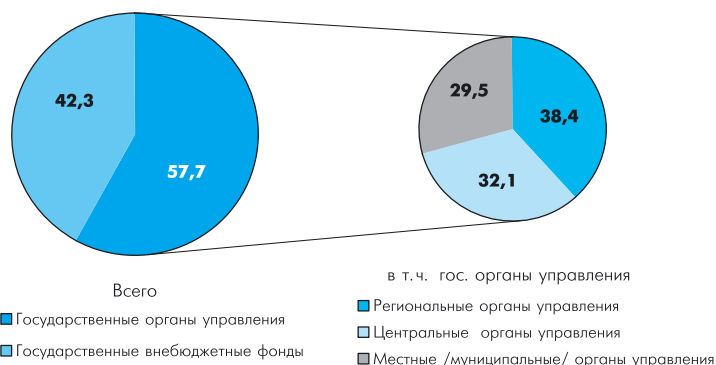
Треть затрат на здравоохранение в 2006 году — это затраты местных бюджетов (29,5%). Органы местного самоуправления финансируют свои расходные обязательства за счет средств местных бюджетов. Основными источниками финансирования являются обязательные, безвозмездные, безвозвратные платежи в местные бюджеты, а также трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации. Органы местного самоуправления в области здравоохранения являются главными распорядителями финансирования здравоохранения на местном (муниципальном) уровне. Объем финансирования составлял в 2000 году — 63,9 млрд рублей, в 2001 году — 76 млрд рублей, в 2002 году — 89,8

млрд рублей, в 2003 году — 104 млрд рублей, в 2004 году — 124,5 млрд рублей, в 2005 году — 148,3 млрд рублей, в 2006 году — 153,4 млрд рублей.

Государственные внебюджетные фонды представляют собой институциональные единицы, которые организуются и контролируются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, однако они обладают собственными активами и обязательствами и самостоятельно осуществляют финансовые операции, то есть юридически являются автономными единицами. Средства государственных внебюджетных фондов имеют строгое целевое направление использования и в соответствии с этим направлением являются финансовыми ресурсами, находящимися в распоряжении федеральных, региональных или местных органов власти. В распоряжении государственных внебюджетных фондов находилось в 2000 году — 95,7 млрд рублей, в 2001 году — 117,7 млрд рублей, в 2002 году — 154,7 млрд рублей, в 2003 году — 172,4 млрд рублей, в 2004 году — 207,2 млрд рублей, в 2005 году — 293,3 млрд рублей, в 2006 году — 382 млрд рублей. На протяжении семилетнего периода эти средства в целом увеличились в 4 раза.

Негосударственный сектор включает: финансовые корпорации (страховые организации), занимающиеся социальным и прочим страхованием для целей здравоохранения; домашние хозяйства; некоммерческие организации, обслуживающие домашние хозяйства; прочие корпорации. Средства негосу-

Рис. 2.
Структура расходов из государственных источников на здравоохранение по распорядителям финансирования за 2006 год (по версии ССЗ)





дарственного сектора в 2000–2006 годах увеличились в 3,3 раза.

В структуре средств негосударственного сектора наибольшее финансовое бремя несет население (домашние хозяйства): в 2006 году доля их расходов составила 81,5% всех средств негосударственного сектора. Эти средства израсходованы населением на различные виды медицинской помощи, предоставляемые учреждениями здравоохранения всех форм собственности и физическими лицами, занимающимися медицинской деятельностью без образования юридического лица, а также на приобретение лекарств и изделий медицинского назначения, санаторно-оздоровительные услуги.

Средства частных страховых организаций увеличились с 12,8 млрд рублей в 2000 году до 53,3 млрд рублей в 2006 году. Эти организации занимаются добровольным медицинским страхованием, а именно, получают средства от организаций, предприятий и населения по договорам страхования и осуществляют страховые выплаты при наступлении страхового случая, то есть оплачивают расходы, связанные с болезнью застрахованного в рамках соответствующей программы страхования. Расходы некоммерческих учреждений, обслуживающих домашние хозяйства, составили в 2006 году 22,1 млрд руб. и увеличились за семилетний период в 3,2 раза. Данные организации (политические партии, профсоюзные организации, общества, ассоциации, благотворительные и другие общественные организации, в том числе в сфере здравоохранения) создаются для предоставления населению товаров и услуг и финансируются за счет средств добровольных членских, спонсорских взносов и пожертвований в денежной или натуральной форме, последняя, например, выражается в деятельности членов благотворительных организаций по уходу за больными, как в медицинских организациях, так и на дому. Они могут направлять какую-то часть своих средств на оплату услуг здравоохранения.

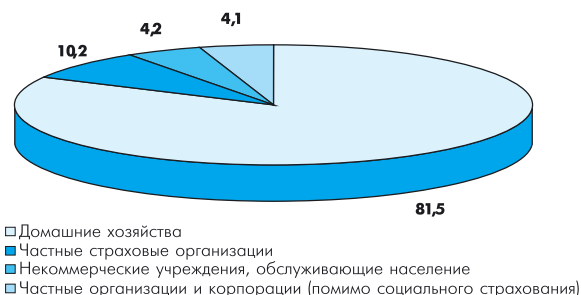


Рис. 3. Структура расходов из негосударственных источников на здравоохранение по распорядителям финансирования за 2006 год (по версии ССЗ)

В негосударственный сектор входят также прочие корпорации, которые включают нефинансовые корпорации, кроме страховых организаций, вошедших в предыдущие группы. Средства этих организаций увеличились незначительно с 20,5 млрд рублей в 2000 году до 21,7 млрд рублей в 2006 году.

Третий сектор распорядителей финансирования — это остальной мир, куда включены донорские поступления от нерезидентов, за счет которых осуществляется опосредованное финансирование отечественного здравоохранения в виде международной гуманитарной помощи, направляемой через государственные органы или некоммерческие организации (например, в форме грантов).

Таким образом, основным распорядителем финансирования здравоохранения в Российской Федерации является государственный сектор, в структуре которого преобладают средства, распорядителями которых являются органы исполнительной власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации, местного самоуправления, государственных органов управления. Вторым по значимости распорядителем финансирования является негосударственный сектор, объемы средств которого в 2000–2006 годах увеличивались. Основная финансовая нагрузка в этом секторе приходится на население, платежи которого за 7 лет возросли в 3,6 раза.

*Продолжение —
в следующем номере.*



Е.А. Тельнова,

доктор фармацевтических наук, заместитель руководителя Росздравнадзора, г. Москва

КАЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ КАК ОСНОВНОЕ УСЛОВИЕ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Главная цель социальной политики российского государства — последовательное повышение уровня и качества жизни населения, соблюдение основных социальных гарантий, в том числе по обеспечению доступности качественной медицинской и лекарственной помощи.

Доступность лекарственной помощи зависит от комплекса составляющих:

- 1) ресурсов лекарственных средств, то есть наличия необходимого ассортимента, и их распределения;
- 2) материально-технической базы аптечных организаций, их размещения с точки зрения удобства для населения (пространственно-временная доступность);
- 3) экономических факторов, имея в виду обеспеченность оборотными средствами для закупки и завоза необходимых объемов лекарственных средств, а также цены на них как одного из факторов доступности медикаментов для населения и лечебно-профилактических учреждений.

Отдельно каждый элемент доступности не может обеспечить **качество лекарственного обеспечения**, под которым мы понимаем удовлетворение потребности пациентов, включая социально незащищенные группы населения, в соответствии с терапевтическими показаниями и нозологией заболевания.

Ритмичность обеспечения отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами (программа ОНЛС) находится в прямой зависимости от качества определения потребности, составления заявки.

В течение 2,5 лет реализации программы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) субъектам Российской Федерации указывается на низкий уровень определения потребности, составления заявки как системную проблему в реализации программы ДЛО.

Как результат — отсутствие необходимых лекарственных средств, несвоевременное обеспечение населения и недовольство граждан программой. Даже при том, что на реализацию программы выделяются дополнительные финансовые средства, в ряде регионов ощущается их постоянная нехватка, так как сориентироваться в необходимой потребности в лекарственных средствах субъекты Российской Федерации не имеют возможности и в первую очередь в связи с отсутствием четкой системы составления заявки, определения потребности. Кроме того, это связано с тем, что не используются данные по персонифицированному учету потребления лекарственных средств в период реализации программы ДЛО, начиная с 2005–2006 гг.,

© Е.А. Тельнова, 2007 г.



что позволило бы с наибольшей точностью подойти к вопросу определения потребности, учитывая при этом запросы каждого потребителя лекарственных средств, что особенно важно, когда в условиях реализации программы речь идет об адресной помощи пациентам.

Процесс определения потребности в лекарственных средствах можно условно разделить на три составляющие (рис. 1):

- прогноз потребности;
- формирование заявки;
- информационное взаимодействие участников лекарственного обеспечения.

Для рационального прогнозирования потребности в лекарственных средствах учитываются следующие факторы:

- история и объемы реализации лекарственных средств в предыдущие периоды;
- данные об остатках лекарственных средств в аптеках и на складах;
- данные о количестве пациентов с определенной нозологией заболевания.

При этом принимаем во внимание, что **потребность** — это конкретная форма удовлетворения нужд потребителей, обусловленная их индивидуальными способностями.

Объемы потребления лекарственных средств по льготным рецептам обусловлены численностью потребителей (то есть льготников), уровнем и структурой заболеваемости в конкретном регионе, номенклатурой лекарственных средств по международным непатентованным наименованиям (МНН) и по торговым наименованиям (ТН). При формировании потребности необходимо учитывать данные персонифицированного учета по отпущенным лекарственным средствам.

Платежеспособная потребность в лекарственных средствах, то есть подкрепленная финансовыми возможностями потребителя (в программе ОНЛС — это бюджетные возможности) по возмещению стоимости лекарственных средств, предназначенных льготным категориям граждан, формирует фактический

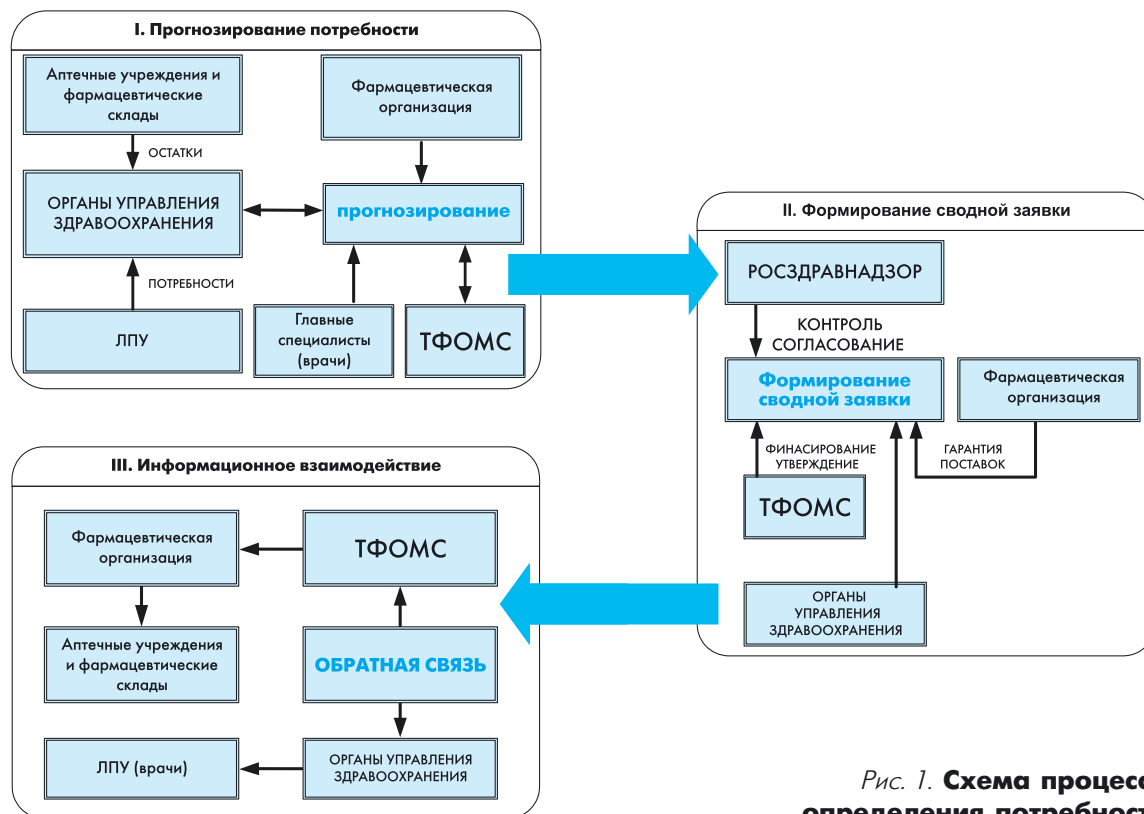


Рис. 1. Схема процесса определения потребности





спрос. Следовательно, в конкретной ситуации прогнозировался объем спроса на необходимые лекарственные средства, оплачиваемые из государственного бюджета, соответственно объем финансовых средств определяется федеральным законом о бюджете.

В 2006 г. при выписке лекарственных средств в субъектах Российской Федерации не учитывались утвержденные законом о федеральном бюджете объемы финансирования, выделенные на реализацию программы ДЛО, и расход лекарственных средств значительно превышал объемы выделенных финансовых средств (рис. 2, 3).

Заявки на лекарственные средства в 2005–2007 гг. составлялись формально. В результате исполнение заявок полностью расходилось с их содержанием как по номенклатуре, так и по сумме. Реальная поставка в 1,5–2 раза превышала заявку, в заявках преобладали импортные препараты.

В структуре заявок 2006 г. преобладали лекарственные средства, применяемые при лечении высокочастотных нозологий (рис. 4, 5), таких как: гемофилия, онкология, рассеянный склероз, трансплантология, диабет и другие.

Однако в 2007 г. структура заявок резко поменялась и в сторону препаратов общетерапевтического действия. В связи с тем, что в 1-м полугодии 2007 г. ощущалась нехватка финансовых средств на льготное лекарственное обес-

печение, в субъектах Российской Федерации появились попытки администрировать расходы. Но слабые попытки управлять расходами сводились в основном к запретительным функциям.

Понятие необходимости заниматься прогнозированием потребности приходит в субъекты очень медленно. В помощь практическим работникам в данной статье хотелось бы остановиться на некоторых аспектах прогнозирования потребности в лекарственных средствах.

Учитывая особенности потребления лекарственных средств, а также с целью оптимизации определения потребности лекарственные препараты можно условно подразделить на три группы:

- препараты с нормируемым потреблением (к данной группе можно отнести наркотические лекарственные средства);
- препараты специфического действия (лекарственные препараты для лечения диабета, гемофилии, новообразований, рассеянного склероза, болезни Гоше, гипопаратиреоидизма, после пересадки органов, муковисцидоза, ревматоидного артрита, миелолейкоза и т.д.);
- препараты широкого, общетерапевтического действия.

Определение потребности в препаратах, потребление которых нормируется, осуществляется с учетом данных о фактическом расходе при строгом соблюдении правил назначения, прописывания и отпуска. При

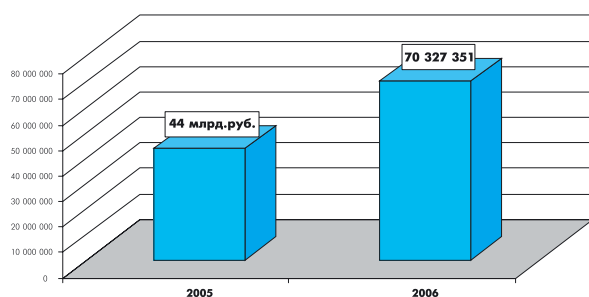


Рис. 2. Сравнительный анализ расходов по программе ДЛО в 2005 и 2006 гг. по состоянию на 31.12.2006

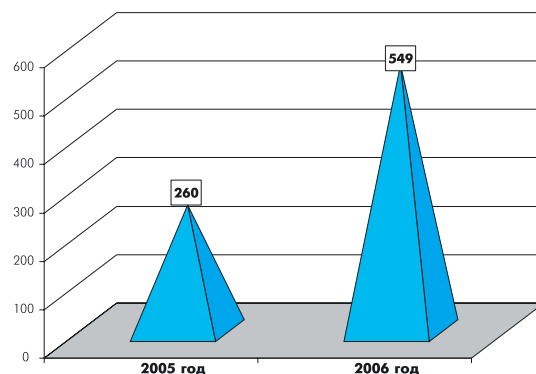


Рис. 3. Сравнение средней стоимости рецепта в 2005 и 2006 гг.



нормативном методе определения потребности можно использовать следующие формулы:

$$P = N \times Q \quad (1),$$

$$\text{или } P = (N \times Q) : 1000 \quad (2),$$

где P — потребность в препарате;

N — норматив потребления на одного пациента: в 1-м варианте — согласно утвержденному стандарту, протоколу или методу лечения или данным эмпирических исследований, во 2-м варианте — норматив потребления на 1000 пациентов (1000 рецептов);

Q — фактическое количество пациентов (рецептов).

Потребление лекарственных препаратов специфического действия полностью зависит от заболевания и существующего уровня лечебной помощи. Для определения потребности в специфических лекарственных препаратах используются данные по статистике заболеваемости, а также утвержденные Минздравсоцразвития России стандарты медицинской помощи

больным с определенной нозологией или протоколы ведения больных. Расчеты в потребности на специфические лекарственные средства рекомендуется согласовывать с главными специалистами по данному виду заболеваемости. Одновременно рекомендуется:

— проводить сопоставление расчетной потребности с данными реального расхода, используя данные персонифицированного учета отпуска лекарственных средств предыдущего периода. В случае большого расхождения между расчетной потребностью и фактическим потреблением препаратов вместе с главными специалистами провести детальный анализ расхождений и вывести оптимальный размер потребности;

— составлять и вести регистры (списки) больных по высокотратным нозологиям. Однако, чтобы ведение регистров не расходилось с существующим законодательством, можно через общественные организации запрашивать согласие пациентов или зашифровать списки.

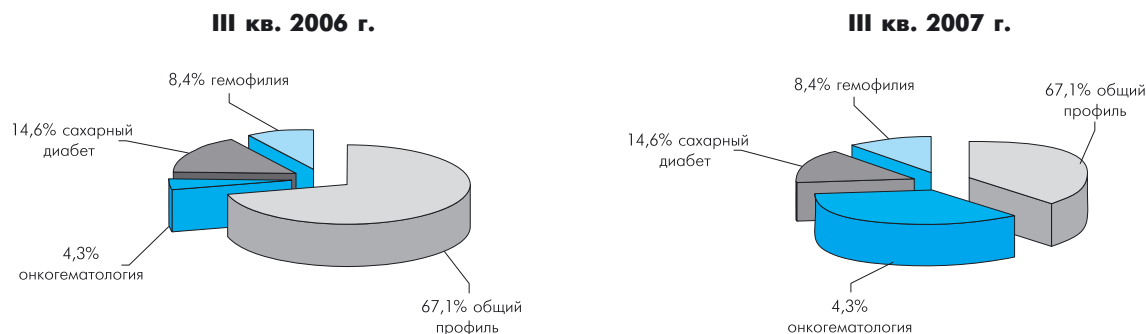


Рис. 4. Структура заявок III квартала 2006 г. и III квартала 2007 г. по нозологическим группам

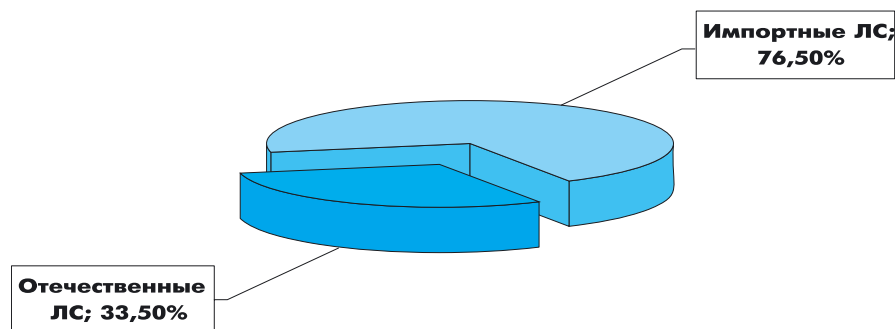


Рис. 5. Структура заявки III квартала 2007 г. по соотношению отечественных и импортных лекарственных средств





При прогнозировании потребности в препаратах специфического действия можно рекомендовать использовать расчет по следующей формуле:

$$P = R \times Q_K \times Q_6 \quad (3),$$

где R — расход препарата в соответствии со стандартом (протоколом или методикой) лечения на одного пациента на курс лечения;
 Q_K — количество курсов в год;
 Q_6 — количество пациентов в год.

Определение потребности в препаратах широкого спектра действия — это наиболее трудоемкий процесс. Основным средством правильного обоснования потребности в медикаментах широкого спектра на планируемый период является использование информации об объеме и структуре фактического потребления в анализируемом периоде, для чего можно использовать данные по персонифицированному отпуску.

При прогнозировании потребности в лекарственных средствах широкого спектра действия можно рекомендовать использовать различные методы:

- однофакторных моделей (по одному фактору) на основе методов экстраполяции тенденций;

- многофакторных моделей, отражающих влияние нескольких факторов и позволяющих на основе результатов корреляционно-регрессионного анализа количественно оценивать степень их влияния на объем потребления необходимых лекарственных средств;

- логико-экономические методы, результаты по которым на основе экспертных оценок позволяют количественно и качественно охарактеризовать аргументированные мнения компетентных специалистов и прогнозировать объемы потребности необходимых лекарственных средств;

- персонифицированные данные реального потребления лекарственных средств, на основании которых также можно качественно и количественно оценить объемы потребности лекарственных средств за предыдущие периоды.

Не менее важным этапом является этап формирования заявки, который может производиться параллельно или в едином блоке с прогнозом потребности.

Процесс формирования заявки должен представлять собой четко отработанную систему, включающую в себя (рис.6):

- формирование заявки на уровне врачей первичного звена лечебно-профилактических

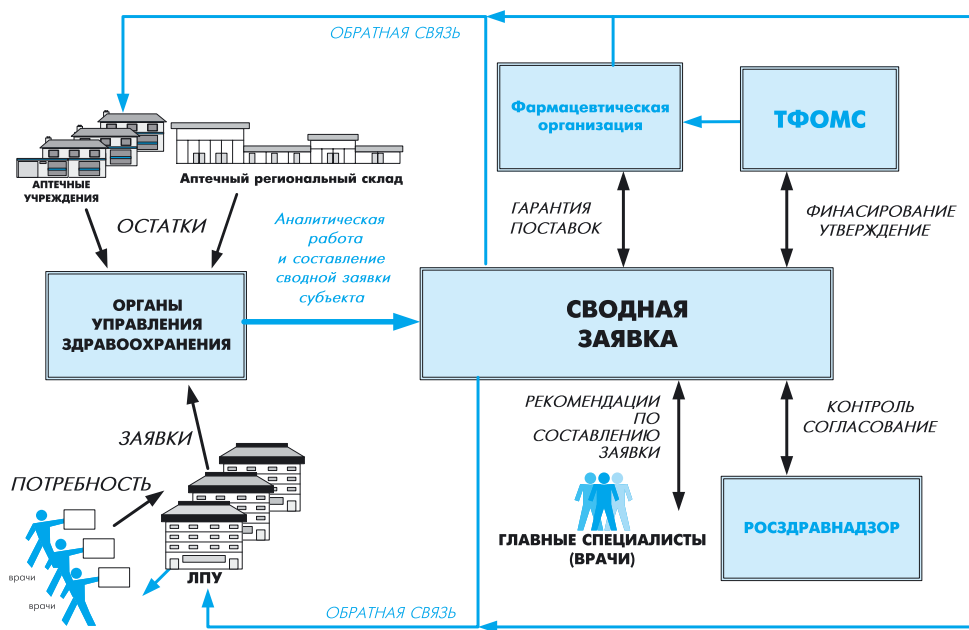


Рис. 6. Схема формирования и утверждения заявки на лекарственные средства



учреждений (ЛПУ), обобщение её в ЛПУ и передачу в органы управления здравоохранением;

— в органах управления здравоохранения делается свод заявок всех ЛПУ субъекта, проводится анализ полученной сводной заявки, которая сравнивается с прогнозом потребности, рассчитанным в субъекте Российской Федерации до получения заявок из ЛПУ. В обязательном порядке заявка согласовывается с главными специалистами в регионе. Полученная сводная заявка обсчитывается и сравнивается с выделенными объемами финансовых средств и в случае необходимости корректируется.

При корректировке необходимо учесть, что, как правило, на одно МНН регистрируется несколько торговых наименований с различным уровнем цен с целью предотвращения дефектуры. Заявка утверждается руководителем органа управления или уполномоченным им на это лицом, отвечающим в субъекте Российской Федерации за качество лекарственного обеспечения населения и качество оказания медицинской помощи.

После окончательного формирования заявки она согласовывается:

— в первую очередь с фармацевтической организацией, осуществляющей поставки лекарственных средств на основании государственного контракта. На данном этапе могут возникнуть замены лекарственных средств в рамках МНН;

— в Росздравнадзоре, который проверит принадлежность препарата к утвержденному Перечню лекарственных средств, утвержденному уровню цен, а также сделает заключение о том, обеспечит ли представленная заявка в полной мере проведение качественного лечебного процесса, то есть учтены ли в заявке все представленные в Перечне фармакотерапевтические группы; проанализирует уровень цен, заданный в заявке (максимальный, средний, минимальный) и т.д.

После согласования заявка поступает на утверждение в Фонд обязательного медицинского страхования, организацию, отвечающую за финансирование лекарственного

обеспечения, где происходит окончательное утверждение заявки.

После окончательного утверждения заявка передается для исполнения в фармацевтическую организацию. Однако параллельно с передачей заявки в фармацевтическую организацию врачи и аптечные работники должны знать, какой вариант заявки утвержден. При этом:

— врач должен владеть этой информацией, чтобы знать, что выписывать пациенту;

— аптека — чтобы знать, что она получает от поставщика для своевременного обеспечения и информации пациентов.

В лечебно-профилактические учреждения должна быть направлена информация о том, как видоизменилась и как (то есть в какие сроки) будет удовлетворена заявка. Такая же информация должна направляться в аптеки для информационного взаимодействия участников лекарственного обеспечения.

Для решения проблем лекарственного обеспечения необходимо в субъектах Российской Федерации формирование единого информационного пространства, так как эффективность обеспечения лекарственными средствами населения находится в прямой зависимости от прозрачности фармацевтического рынка. В единое информационное пространство должны быть вовлечены все участники программы ОНЛС: от врачей ЛПУ, осуществляющих выписку, работников аптечных учреждений, осуществляющих отпуск лекарственных средств, до администраций и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, территориальных управлений здравоохранением.

Таким образом, на основании изложенного можно сделать выводы о том, что резервы совершенствования программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами состоят в качестве определения потребности (составления заявки) и в формировании единого информационного пространства в сфере лекарственного обращения в субъектах Российской Федерации.



Н.Б. Найгойзина,

д.м.н., профессор, г. Москва

А.В. Абрамов,

к.м.н., г. Москва

В.Б. Филатов

д.м.н., профессор, г. Москва

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ПОЛНОМОЧИЙ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОПАГАНДЫ ДОНОРСТВА КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Сегодня в стране наблюдается критическая ситуация с обеспеченностью медицинской помощи качественной и безопасной донорской кровью, которая в сухих статистических цифрах выглядит следующим образом: на 1 тысячу населения Российской Федерации приходится 12,8 доноров крови, тогда как в промышленно развитых странах Евросоюза этот показатель находится на уровне 40 доноров на 1 тысячу человек.

Общее число доноров в 2006 году составило 1 802 957 человек и уменьшилось по сравнению с 2004 годом на 11% (на 228 790 человек). Структура донорских кадров в 2006 году выглядела следующим образом: платные доноры — 12,4% (по сравнению с 2004 годом снижение на 32%); безвозмездные доноры — 87,6% (снижение на 7%), первичные доноры — 35,6% (снижение на 14%).

По данным Российского НИИ гематологии и трансфузиологии, в 2006 году в Российской Федерации заготовку крови, производство компонентов и препаратов осуществляли 181 станция переливания крови (СПК), 745 отделений переливания крови (ОПК) и 163 больницы, заготавливающие кровь (БЗК). Количество СПК и ОПК уменьшилось на 7 и 224, соответственно. Это связано с реорганизацией муниципальных СПК и ОПК в филиалы СПК субъектов Российской Федерации.

Объем заготовленной цельной крови составил в 2006 году 1 643 534 л и снизился по сравнению с 2004 годом на 1,1%. Объем заготовленной цельной крови удалось удержать за счет увеличения средней разовой дозы, полученной от безвозмездных доноров, с 398 мл в 2005 г. до 421 мл в 2006 г. На станциях переливания крови было заготовлено 77% всей крови, в ОПК — 22,9 %, в больницах — 0,1%.

На переливание в 2006 году было израсходовано 0,2% от общего объема консервированной крови (в 1998 г. — 4,6%), на производство компонентов, препаратов и стандартных сывороток — 94,6%, на бактериологический контроль — 0,7%, абсолютный брак консервированной крови составил 4% (положительное исследование на сифилис — 8,2%, австралийский антиген — 11,2%, антитела к гепатиту С — 18,8%, ВИЧ-антитела — 0,8%, повышение АЛТ — 38,1%).

© Н.Найгойзина, В.Филатов, А.Абрамов, 2007 г.



Внедряются новые технологии при производстве компонентов крови: карантинизация плазмы и лейкофилтрация (соответственно, в 78 и 55 регионах России). Сегодня 40% объемов плазмы, выданной в ЛПУ, подвергаются карантинизации.

В то же время медленно внедряются новые современные производственные технологии (в частности, вирусная инаktivация препаратов), не осуществляется в достаточном количестве выпуск иммуноглобулинов направленного действия, отсутствует производство факторов свертывания крови. В частности, факторы свертывания крови для лечения больных гемофилией закупаются за рубежом.

Причиной снижения числа доноров руководители службы крови называют закрытие ОПК в муниципальных больницах, отсутствие поддержки со стороны работодателей (работодатели часто не отпускают сотрудников на сдачу крови, отказываются от проведения «Дня донора» на предприятии), низкую социальную поддержку доноров, старение донорского контингента, отсутствие поддержки Российского общества Красного Креста. В ряде регионов составлены региональные программы по развитию донорства: «Безопасное донорство» (Республика Саха (Якутия), «Республиканская целевая программа по развитию донорства» (Республика Башкортостан), целевая программа «Безопасное донорство и перспективное развитие службы крови Белгородской области на 2007–2011 гг.».

Среди множества факторов, влияющих на развитие донорства крови и ее компонентов, особое место занимают вопросы организации и разграничения полномочий органов публичной власти в этой сфере. В целях модернизации системы управления мероприятиями в области донорства крови и ее компонентов принят Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» (далее — Закон), которым внесены

существенные изменения в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов», вступившие в силу с 1 января 2007 года.

В данном законе изложено новое распределение расходных обязательств по финансовому обеспечению мероприятий по развитию, организации и пропаганде донорства крови.

Пропаганда массового донорства крови и ее компонентов закрепляется как расходное обязательство Российской Федерации, а все остальные мероприятия в этой области должны осуществляться за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации. При этом органы местного самоуправления наделены правом за счет средств местных бюджетов осуществлять мероприятия по развитию, организации и пропаганде донорства крови и ее компонентов.

Кроме того, изменениями, внесенными в Основы законодательства об охране здоровья граждан и Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации», произведено новое разграничение полномочий в области обеспечения медицинских учреждений донорской кровью и ее компонентами.

За Российской Федерацией законодательно закреплено фактически осуществлявшееся полномочие по обеспечению федеральных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами.

С 1 января 2008 года полномочие по организации обеспечения муниципальных организаций здравоохранения донорской кровью и ее компонентами исключено из числа полномочий органов местного самоуправления и закреплено за субъектами Российской Федерации как «собственное» полномочие. В законе акцентируется внимание на то, что обеспечение муниципальных организаций здравоохранения (как и региональных медицинских учреждений) осуществляется





субъектами Российской Федерации на безвозмездной основе. Законом разрешается обеспечение донорской кровью частных медицинских организаций за плату.

Передача на региональный уровень данного полномочия преследует цель повышения обеспеченности муниципальных учреждений здравоохранения донорской кровью и ее компонентами.

Новое разграничение снимает проблему, заключающуюся в том, что полномочие органов местного самоуправления по обеспечению своих учреждений донорской кровью не могло быть реализовано непосредственно муниципальными учреждениями¹. В целях сохранения существующей муниципальной службы крови в соответствии с новой редакцией статьи 13 Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» сохраняются отделения переливания крови, созданные в муниципальных организациях здравоохранения не позднее 1 января 2006 года.

Кроме того, расширен перечень направлений деятельности организаций службы крови: в ходе заготовки, переработки и хранения донорской крови и ее компонентов станции переливания крови должны по новому закону обеспечивать безопасность крови. Прямо допускается возможность открытия при государственных учреждениях здравоохранения специализированных структурных подразделений — отделений переливания крови. Таким образом, основу современной службы крови составляют Федеральный центр крови, региональные станции переливания крови и их филиалы, а также отделения переливания крови.

Законом предусматривается возможность наделения органов местного самоуправления государственными полномочиями по

организации заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов².

В целях регламентации деятельности станций и отделений переливания крови предусматривается утверждение предъявляемых к ним требований и правил заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов.

Внесенные существенные изменения в законодательство о разграничении полномочий в сфере развития донорства крови и ее компонентов должны способствовать повышению обеспеченности медицинских организаций кровью и ее компонентами.

Дальнейшее совершенствование законодательства в этой сфере связано с возможным пересмотром концепции разграничения расходных обязательств в области донорства крови и ее компонентов — детализацией конкретных перечней полномочий органов публичной власти в рассматриваемой области.

Актуальным является изменение схемы передачи полномочий по предоставлению мер социальной поддержки почетным донорам в соответствии с требованиями пункта 7 статьи 26.3 Федерального закона от 22 сентября 1999 года № 184 «Об общих принципах организации законодательных (представительных) органов государственной власти субъектов Российской Федерации». В частности, важно установить, что объем средств, предоставляемых бюджетам субъектов Российской Федерации, должен устанавливаться на основании методики, определяемой Правительством Российской Федерации. Также необходимо конкретизировать права и обязанности федеральных органов исполнительной власти и высшего должностного лица субъекта Российской Федерации (руководи-

¹ В соответствии с Федеральным законом от 22.08.2004 № 122-ФЗ заготовкой, переработкой, хранением донорской крови и ее компонентов могут заниматься только государственные учреждения и предприятия (станции переливания крови).

² Наделение органов местного самоуправления государственными полномочиями осуществляется в соответствии с положениями статьи 19 Федерального закона от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».



теля высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации) по организации осуществления переданных полномочий и предусмотреть возможность изъятия переданных полномочий в случае его ненадлежащего исполнения органами государственной власти субъекта Российской Федерации.

Усилению роли субъектов Российской Федерации в развитии и обеспечении безопасности донорства крови будет способствовать возможное делегирование субъектам Российской Федерации отдельных контрольных полномочий Российской Федерации в области здравоохранения, в частности, по

контролю качества крови, заготавливаемой в отделениях переливания крови муниципальных больниц.

Основная деятельность по пропаганде донорства крови и ее компонентов возложена на органы государственной власти субъектов Российской Федерации. Между тем необходимо отметить, что органы местного самоуправления, обладают высоким потенциалом для развития донорского движения. В частности, предлагается предоставить возможность субъектам Российской Федерации передавать полномочие по выплате компенсаций почетным донорам органам местного самоуправления.



Литература

- 1.** Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 5487-1.
- 2.** Закон Российской Федерации от 9 июня 1993 года № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов».
- 3.** Федеральный закон от 29 декабря 2006 года № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий».
- 4.** Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».
- 5.** Федеральный закон от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».





И.Е.Рыбалченко,

заместитель главного врача, Городская многопрофильная больница № 2 г. Санкт-Петербурга,
президент общественной организации «Медицина для всех»

О КРИТЕРИЯХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Высокотехнологичные медицинские услуги могут в значительной степени расширить возможности и эффективность здравоохранения, поэтому данное направление пользуется все большим вниманием со стороны государственных органов. В 2006 году произошло существенное увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи в России — до 10 млрд руб., практически половина этих средств выделена в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». В результате вдвое увеличилось число людей, которые такую помощь получили. В 2007 году расходы федерального бюджета на оказание высокотехнологичной медицинской помощи должны возрасти до 17,5 млрд руб. и такого рода услуги получают более 170 тыс. россиян.

Значимость проблемы обусловила создание в соответствии с Указом Президента РФ от 30 июня 2006 г. № 658 Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, подведомственного Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 22 сентября 2006 г. № 585 Федеральное агентство по высокотехнологичной медицинской помощи является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по оказанию государственных услуг и управлению государственным имуществом:

- в сфере разработки и реализации современных медицинских технологий, новых методов диагностики;
- организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Определение потребности в высокотехнологичных (дорогостоящих) видах медицинской помощи на том или ином уровне, выделение соответствующих квот и организация работы по их реализации являются одними из самых актуальных проблем в организации российского здравоохранения на современном этапе. Их решение в значительной степени связано с тем, как мы определяем термин «высокотехнологичная медицинская помощь», где проходит грань между ней и «обычными» видами медицинских услуг. К сожалению, данные проблемы пока еще далеки от своего решения, и в настоящее время можно говорить только о предварительных результатах их рассмотрения.

Специальный анализ обнаруживает несколько различных подходов к определению того, что следует понимать под высокотехнологичной медицинской помощью. Наиболее простой из них характерен для нормативных документов и его условно можно назвать «перечневым» подходом. В

© И.Е.Рыбалченко, 2007 г.



этом случае круг высокотехнологичных видов медицинских услуг задается простым перечислением их перечня в том или ином нормативном документе без фиксирования каких-либо критериев. Так, в целях реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи населению Российской Федерации Приказом Минздравсоцразвития России от 29 марта 2006 г. № 220 «Об оказании высокотехнологичных видов медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в специализированных медицинских учреждениях...» утвержден перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств федерального бюджета в специализированных медицинских учреждениях, а также определено плановое количество больных для государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации (квоты) на 2007 год.

Достоинство рассмотренного нами «перечневого» подхода состоит в том, что он в настоящее время является единственной **практически работающей** позицией в решении важнейшей проблемы в сфере медицинских услуг высоких технологий. Однако в имеющихся сегодня документах никак не объясняется, на каком **объективном основании** тот или иной вид медицинских услуг включен в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи.

Стремление ответить на указанный вопрос лежит в основе второго направления — условно назовем его «критериальным» подходом, для которого характерна установка на то, чтобы отграничить рассматриваемое явление путем формулировки от более или менее полного перечня **критериев**, с помощью которых должна быть идентифицирована высокотехнологичная медицинская помощь, в том числе с последующим составлением необходимых для практики перечней.

Так, например, ст. 37.1 действующей



Рис. 1. Диаграмма Венна для определения специализированных и высокотехнологичных видов медицинских услуг (позиция Закона № 5487-1).

редакции Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (далее — Закон № 5487-1) устанавливает, что специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих **специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий** (выделено нами — Авт.).

Из данного определения видно, что высокотехнологичная медицинская помощь (видовое понятие) с позиции Закона № 5487-1 не является самостоятельным направлением и выступает всего лишь как частный случай специализированной медицинской помощи (родовое понятие), что наглядно демонстрируется на *рис. 1*.

Достоинством рассматриваемой позиции является то, что в цитированном определении совершенно не связываются между собой высокая технологичность и высокая стоимость медицинской услуги (см. ниже). Однако при этом следует отметить и недостатки формулировки, принятой в Законе





№ 5487-1: дело в том, что практически любая медицинская помощь, направленная на лечение того или иного конкретного заболевания, требует, как правило, **специальных** методов диагностики и лечения (не существуют диагностика и лечение «вообще»). Следовательно, критерий **специализированности** является чересчур общим и никак не выделяет высокотехнологичную медицинскую помощь из всех прочих видов медицинских услуг, в том числе самых простейших. Из ст. 37.1 Закона № 5487-1 не видно, как собственно следует выделять высокотехнологичную медпомощь в числе всех других специализированных услуг.

Еще одним примером «критериального» подхода к содержанию категории «высокотехнологичная медицинская помощь» являются наработки органов управления здравоохранением. Так, в одном из наиболее обширных документов по данному вопросу — Приказе Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Российской академии медицинских наук от 6 апреля 2005 г. № 259/19 (Приложение 6) — предпринята попытка дать целый ряд остро необходимых для практики дефиниций. В документе, в частности, устанавливается, что:

- **дорогостоящие (высокотехнологичные) виды медицинской помощи** — высокоспециализированные стационарные лечебные и диагностические медицинские услуги, выполняемые с использованием сложных и (или) уникальных медицинских технологий, основанных на современных достижениях науки и техники, обладающие значительной ресурсоемкостью;

- **объем дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи** — количество квот по всем видам дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи;

- **единица объема дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи (квота)** — медицинская помощь, предусмотренная Перечнем видов дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской

помощи и являющаяся составной частью медицинской технологии либо имеющая самостоятельное законченное лечебное и (или) диагностическое значение.

Таким образом, в соответствии с рассматриваемым документом, **высокотехнологичные** виды медицинской помощи представлены как однопорядковое явление с **дорогостоящими** медицинскими услугами, при этом те и другие позиционируются на основе следующей совокупности признаков:

- услуга осуществляется в стационаре;
- услуга выполняется с использованием либо сложных, либо уникальных медицинских технологий (либо тех и других), обеспечиваемых современными научно-техническими разработками;
- услуга обладает значительной ресурсоемкостью.

Еще более яркие примеры «критериального» подхода можно обнаружить в единичных научных публикациях, имеющих по рассматриваемой нами теме. Авторы последних подчеркивают, что в качестве критериев отграничения дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи должны фигурировать следующие пять позиций:

1. Стоимость.
2. Новизна.
3. Сложность.
4. Эффективность.
5. Доступность.

При этом подчеркивается, что стоимость, новизна, сложность и эффективность в условиях дефицита ресурсов являются **относительными критериями**, а ограниченная доступность — **абсолютным**. Доступность является не только медицинским, но и социальным критерием, характеризующим в том числе и деятельность органов власти всех уровней в сфере здравоохранения.

Проведенный нами анализ имеющихся подходов позволяет теперь более взвешенно подойти к вопросу об определении категории «высокотехнологичная медицинская услуга».

Сразу же отметим, что крайне трудно согласиться с тем, что ограниченная доступ-



ность услуги является **абсолютным** критерием для определения категории дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи. Несколько десятков миллионов человек в России проживают в сельских поселениях, где нет даже фельдшерских пунктов и нет доступа вообще ни к какой медицинской помощи. Следовательно, по критерию доступности придется считать высокотехнологичной помощью лечение обычной гематомы в такого рода случаях. Более того, в такой стране, как Россия, всегда найдутся достаточно обширные контингенты людей, которым по той или иной причине (транспортная проблема, уровень доходов и т.п.) абсолютно недоступен целый ряд медицинских услуг, поэтому применение критерия доступности в рамках рассматриваемой проблемы теряет всякий смысл за отсутствием самой проблемы. В качестве подтверждения высказанных соображений следует привести результаты одного из опросов Всероссийского центра изучения общественного мнения (2007 г.): 33% опрошенных россиян были вынуждены отказаться от необходимого им лечения ввиду недостатка средств. По логике рассматриваемого критерия, все виды медицинской помощи, от которых была вынуждена отказаться одна треть граждан России, следует автоматически заносить в разряд высокотехнологичных услуг.

Еще одной особенностью перечисленных выше «критериальных» подходов является то, что в них постоянно происходит смешивание (за исключением Закона № 5487-1) разнорядковых и разнокачественных признаков — высокой стоимости и высокой технологичности. Разумеется, нельзя отрицать, что между указанными признаками имеется тесная корреляционная связь: чем технологичнее помощь, тем, как правило, она дороже и наоборот. Тем не менее, и в научном, и в прикладном аспектах, по нашему мнению, следует четко разделять, о чем все-таки идет речь:

- о стоимости (экономический признак) или
- о технологическом уровне услуги (технико-технологический признак).

Критерий стоимости говорит только о цене услуги и мало что сообщает о ее технологическом уровне, и, наоборот, критерий технологичности говорит о технологических особенностях данного вида услуг, но от него нельзя требовать информации о стоимости той или иной медицинской услуги (кроме того, эта стоимость, по всей вероятности, высока). Только разделяя указанные признаки, мы сможем добиться однозначности в понимании вопроса:

- в первом случае медики и специалисты по экономике здравоохранения будут говорить о дорогостоящей медицинской помощи;
- во втором — медики и разработчики медицинской техники и технологии будут говорить о медицинской помощи высоких технологий, разумеется, не забывая о ее высокой стоимости.

В плане обсуждаемого вопроса нельзя также не обратить внимание на то, что и в названии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи, и в утвержденных правительственным постановлением его функций говорится только о высокотехнологичной медицинской помощи, которая не смешивается с дорогостоящими видами медицинских услуг.

При таком разделении не будут возникать путаница и двусмысленность ни в теории, ни на практике. В рамках предлагаемой позиции ничто не мешает реализовать следующую процедуру:

Шаг 1: на основе тех или иных технологических критериев определяем технологический уровень данного вида услуг и при необходимости относим их к группе высоких технологий.

Шаг 2: для группы высокотехнологичных услуг определяем их стоимость. При этом система критериев для **дорогостоящей** помощи будет показывать те ценовые лимиты, превышение которых приводит к отнесению данной услуги к категории дорогостоящих медицинских услуг.





Рис. 2. Процедура классификации медицинских услуг по технологическим и ценовым критериям

Рассмотренный алгоритм действий для наглядности показан на рис. 2.

Ценовые критерии-лимиты, несомненно, должны дифференцироваться по видам медицинской помощи (кардиология, онкология, гематология и т.д.) ввиду их качественной несопоставимости. По нашему мнению, нет смысла устанавливать рассматриваемые критерии в качестве единых показателей для всей Российской Федерации ввиду существенных различий субъектов РФ по демографическим, социально-экономическим, природно-климатическим и другим условиям. Таким образом, можно предложить модель для системы стоимостных критериев дорогостоящей медицинской помощи в виде весьма обширной таблицы (см. табл. 1).

Следует также выдвинуть предложение о том, что органы управления здравоохране-

нием каждого субъекта Федерации должны самостоятельно определять стоимостные лимиты дорогостоящей помощи по каждому ее виду, исходя из потребностей в ней населения и ресурсных возможностей ее оказания.

Переходя далее к рассмотрению критериев технологичности, следует сразу же обратить внимание на их состав, признаваемый в рамках имеющихся позиций:

- сложность, уникальность, ресурсоемкость медицинских технологий (Закон № 5487-1);
- сложность и (или) уникальность, использование в условиях стационара, новизна (основаны на современных достижениях науки и техники), значительная ресурсоемкость (Приказ Минздравсоцразвития России и РАМН № 259/19);

Таблица 1

Система критериев дорогостоящей медицинской помощи

Виды медицинской помощи	Субъекты Федерации		
	А	Б	...
1	K_{1a}	K_{1b}	...
2	...	...	...
3	...	...	...

Примечание: в клетках таблицы проставляются минимальные величины стоимости медицинских услуг по данному виду в данном субъекте Федерации. Превышение указанных лимитов дает основание относить данную услугу к группе дорогостоящих медицинских услуг.



Рис. 3. Основной состав категории «ресурсоемкость медицинской услуги»

• новизна, сложность, эффективность данной технологии (Д.В. Пивень и А.С. Купцевич).

Сразу же следует отметить, что, исходя из приведенной выше аргументации, по нашему мнению, не следует отождествлять высокую ресурсоемкость и высокую стоимость медицинской услуги, хотя они, разумеется, тесно коррелируют между собой. Ресурсоемкость в данном контексте является комплексной категорией, основными компонентами которой выступают оборудование, материалы, технологические процессы, кадры (см. рис. 3).

При формировании совокупности технологических признаков, квалифицирующих данную медицинскую услугу, на наш взгляд, следует основываться на их логической необходимости, когда «выпадение» любого из них приводит к тому, что услуга перестает быть высокотехнологичной. С этой точки зрения, в число критериев высокотехнологичных медицинских услуг следует включать:

- а) сложность технологического процесса;
- б) новизну, то есть использование современных научно-технических разработок;
- в) эффективность;
- г) ресурсоемкость (в смысле, указанном нами выше)¹.

Представленный список, на наш взгляд, представляет собой единую совокупность

технологических признаков, одновременное наличие которых позволяет включить данную услугу в состав категории высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, по результатам нашего рассмотрения могут быть предложены следующие определения:

✓ *К дорогостоящим медицинским услугам относятся те виды медицинской помощи, стоимость которых превышает лимит, установленный для данного вида услуг в данном субъекте Федерации на данный период времени.*

✓ *К высокотехнологичным медицинским услугам относится эффективная медицинская помощь, основанная на современных, сложных и ресурсоемких медицинских технологиях.*

Следует обратить внимание на одно важное обстоятельство: если критерий стоимости по своему содержанию относится к критериям регионального уровня, то критерии высокой технологичности целесообразнее соотносить с федеральным уровнем управления здравоохранением. Составленные на их основании перечни видов высокотехнологичных медицинских услуг могут и должны быть обязательными для всей системы здравоохранения РФ.

В нашем рассмотрении нельзя также не упомянуть о двух важнейших требованиях,

¹ Таким образом, признак уникальности в данном списке отсутствует ввиду практической необходимости как можно более широко тиражировать любые эффективные медицинские технологии.





которые должны предъявляться к процедурам предоставления высокотехнологичной помощи:

- во-первых, органичной их частью должно стать информирование населения о порядке направления больных в учреждения здравоохранения на предмет предоставления услуг высокого уровня технологии;
- во-вторых, должна быть разработана и внедрена адекватная система оценки и подтверждения качества предоставляемой высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, проведенный нами анализ показал, что экономико-организационные аспекты высокотехнологичной медицинской помощи находятся только в самой начальной стадии научных разработок, а отдельные высказанные в литературе пози-

ции являются остродискуссионными. С нашей точки зрения, наиболее актуальными являются дальнейшее обсуждение вопроса о содержании категории «высокотехнологичные медицинские услуги», а также разработка стандартных процедур, на основе которых могут быть сформулированы критерии, формирующие состав как дорогостоящей, так и высокотехнологичной медицинской помощи. Критерии дорогостоящей медицинской помощи целесообразно формировать на региональном уровне, тогда как критерии высокой технологичности — на федеральном уровне управления здравоохранением. Решение всех указанных вопросов, несомненно, будет способствовать дальнейшему совершенствованию управления системой здравоохранения в Российской Федерации.



Литература

1. www.zdorovie.perm.ru, 15.05.2007.
2. Управление здравоохранением на современном этапе: проблемы, их причины и возможные решения. — М.: «ИД «Менеджер Здравоохранения». — 2007. — 123 с.
3. Российская газета. № 4382 от 6 июня 2007 г.
4. Об организации оказания дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию и Российской академии медицинских наук. — Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Российской академии медицинских наук № 259/19 от 6 апреля 2005 года.



Г.Б. Еремин,

к.м.н., заслуженный врач РФ

А.А. Козлов,

юрисконсульт, Филиал Федерального государственного учреждения «Консультативно-методический центр лицензирования» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области

ЗНАЧЕНИЕ УЧРЕДИТЕЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА СТРУКТУРЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Поставленная Президентом Российской Федерации В.В. Путиным задача модернизации здравоохранения, имеющая главной целью обеспечение реализации конституционного права граждан на доступную и качественную медицинскую помощь, нашла свою конкретизацию в национальном проекте в сфере здравоохранения.

Для реализации данной задачи необходимо повышение эффективности управления, способствовать которому будут усиление контроля за соблюдением исполнительской дисциплины руководителей учреждений здравоохранения, их личная ответственность за выполнение планов и программ в здравоохранении, плановых заданий, за соответствие ресурсов поставленным целям.

В соответствии со статьей 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, статьей 17 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 08.08.2001 № 128-ФЗ, абзаца 5 статьи 2 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 № 1499-1 оказанием медицинской помощи могут заниматься только лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно, имеющие лицензии на осуществление медицинской деятельности.

На сегодняшний день наибольший объем работ и услуг, осуществляемых в медицинской деятельности, выполняется организациями в такой организационно-правовой форме, как учреждение (государственное или муниципальное). Именно поэтому на них возложена задача исполнения гарантированного государством обязательства по оказанию бесплатной, равнодоступной и качественной медицинской помощи. Реализация данной задачи возможна в случае наделения учреждений соответствующими правами и обязанностями в рамках их специальной правоспособности.



Основопологающие нормы, определяющие правовой статус государственного и муниципального учреждения, содержатся в Гражданском кодексе (далее — ГК РФ). Согласно ст. 120 ГК РФ, учреждением признается некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера.

Статья 161 Бюджетного кодекса РФ раскрывает понятие бюджетного учреждения — это организация, созданная органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера, деятельность которой финансируется из соответствующего бюджета или бюджета государственного внебюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов.

Основными причинами, влияющими на применение именно такой организационно-правовой формы, как учреждение, являются:

- традиционность использования и, как следствие, сложившаяся нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность учреждений;
- оптимальность данной конструкции для введения в гражданский оборот субъектов, которым требуется «ограниченный объем прав, необходимый лишь для материально-технического обеспечения их деятельности»;
- обеспечение баланса интересов собственника в лице государства или муниципального образования и создаваемых ими учреждений для осуществления функций некоммерческого характера, обусловливаемое четкостью и в определенной мере прозрачностью механизма финансирования.

Пунктом 1 статьи 9 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности» и пунктом 7 Постановления Правительства РФ от 22.01.2007 № 30 «Об утвержде-

нии положения о лицензировании медицинской деятельности» установлен исчерпывающий перечень документов, прилагаемых к заявлению о предоставлении лицензии. К их числу в первую очередь относятся учредительные документы, которые определяют право-способность учреждений здравоохранения, позволяющую обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

Правоспособность юридических лиц может быть общей (универсальной) и специальной (ограниченной).

Общая (универсальная) правоспособность дает юридическим лицам возможность осуществлять любые виды деятельности, не запрещенные законом, если в учредительных документах таких организаций не содержится исчерпывающий (законченный) перечень видов деятельности, которыми соответствующая организация вправе заниматься.

Специальной (ограниченной) правоспособностью обладают лишь те организации, для которых такая правоспособность прямо установлена законом или учредительными документами организации (п. 18 Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации и Пленума Высшего Арбитражного Суда Российской Федерации от 1 июля 1996 г. № 6/8). При этом установление специальной правоспособности обусловлено целями их создания, определенными учредителями.

Специальной правоспособностью обладают, помимо государственных и муниципальных унитарных предприятий (ст. 113–115 ГК РФ), и некоммерческие организации. Поскольку учреждения являются некоммерческими организациями, то они вправе осуществлять не любые виды деятельности, а только те, которые указаны в их уставе.

Закрепление правоспособности учреждений здравоохранения через предмет их деятельности позволяет оценивать способность к надлежащему выполнению хозяйственной деятельности, прежде всего к исполнению, обеспеченному гарантией государства по оказанию бесплатной, равнодоступной и



качественной медицинской помощи. Поскольку правоспособность является общей предпосылкой для возникновения конкретных субъективных прав, то эти права возникают на основании определенных юридических фактов (например, получение лицензии на медицинскую деятельность) (абз. 3 п. 1 ст. 49 ГК РФ). При этом права на занятие видами деятельности должны соответствовать целям деятельности, предусмотренным в учредительных документах учреждений (абз. 1 п. 1 ст. 49 ГК РФ).

В случае нарушения специальной правоспособности юридическое лицо несет ответственность, которая предусмотрена действующим законодательством и зависит от объема и характера правонарушения — разовая сделка или систематическая деятельность (например, при выполнении работ и услуг, осуществляемых в рамках медицинской деятельности). Так как выход за пределы правоспособности учреждения здравоохранения нарушает не частные интересы учредителя, а публичные интересы, то последствия таких нарушений различны — от возможности признания сделок недействительными и применения штрафных санкций до отзыва лицензии и принудительной ликвидации юридического лица (п. 2 ст. 61, ст. 168, 173 и др. ГК РФ).

Практика показывает, что во многих учредительных документах учреждений здравоохранения содержатся ошибки и неточности, не позволяющие подать заявление на получение лицензии на медицинскую деятельность по определенным работам и услугам, поскольку это влечет выход за пределы специальной правоспособности.

Среди основных ошибок и неточностей выявлены:

- неточное формулирование целей;
- указание видов деятельности из Общероссийского классификатора видов экономической деятельности, продукции и услуг (утв. Постановлением Госстандарта РФ от 06.08.1993 № 17), из номенклатуры работ и услуг по оказанию соответствующей медицинской помощи (утв. Приказом Минздрава

РФ от 26.07.2002 № 238 (утратившим силу)), из Перечня работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности (утв. Приказом Минздравсоцразвития РФ от 10.05.2007 № 323) или произвольно;

- смешение видов деятельности с задачами и целями деятельности;

- включение в устав учреждения формулировки: «вправе осуществлять любые виды деятельности, не запрещенные законом».

В Федеральном законе от 08.08.2001 № 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (далее — Федеральный закон № 128-ФЗ) перечислены виды деятельности, которые вправе осуществлять учреждения здравоохранения на основании полученной лицензии и которые должны быть указаны в учредительных документах:

- медицинская деятельность;
- фармацевтическая деятельность;
- деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II;
- деятельность, связанная с оборотом психотропных веществ, внесенных в Список III;
- деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний.

Следует отметить, что ст. 5 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» установлена государственная монополия на основные виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ. Государственные учреждения здравоохранения вправе осуществлять производство и изготовление наркотических средств и психотропных веществ Списка II, разработку, переработку, распределение, ввоз (вывоз), уничтожение наркотических средств и психотропных веществ Списков II и III. Соответственно муниципальные учреждения здравоохранения вправе заниматься только теми видами деятельности, на которые государственная монополия не распространяется.

Для учреждений здравоохранения, использующих радиационные источники медицинско-





го и лечебно-диагностического назначения, еще одним видом деятельности, который должен быть указан в учредительных документах, является деятельность в области использования источников ионизирующего излучения: эксплуатация, хранение, техническое обслуживание источников ионизирующего излучения и эксплуатация средств радиационной защиты (п. 4 Постановления Правительства РФ от 25.02.2004 № 107 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности в области источников ионизирующего излучения»), которая подлежит лицензированию в соответствии с Федеральным законом от 09.01.1996 № 3-ФЗ «О радиационной безопасности населения» (ст. 10). При этом следует понимать, что к «хранению» следует относить любые работы по постоянному или временному хранению установок, содержащих источники ионизирующего излучения, в том числе не предполагающие их использование. Под них подпадают любые виды работ, включающие временное хранение установок, содержащих генерирующие источники ионизирующего излучения, в том числе в процессе их реализации, ремонта и обслуживания (Информационно-методическое письмо Роспотребнадзора от 21.09.2005 № 0100/7690-05-32 «О порядке организации работы по лицензированию деятельности в области использования источников ионизирующего излучения (генерирующих)»).

Кроме того, Законом РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон РФ № 3185-1) и Законом РФ от 09.06.1993 № 5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов» (далее — Закон № 5142-1) установлены для учредительных документов учреждений здравоохранения определенные императивные требования.

В ст. 16 Закона РФ № 3185-1 установлены виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством: неотложная психиатрическая помощь; консультативно-диагностическая, лечебная,

психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях; все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности; социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами; решение вопросов опеки; консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях; социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними; обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами; психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах. При этом виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями, указываются в уставных документах (п. 2 ст. 18 Закона РФ № 3185-1).

В учредительных документах государственных учреждений здравоохранения, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов, такая деятельность должна быть указана в качестве основной деятельности (абз. 1 ст. 13 Закона № 5142-1).

Определение предмета деятельности через виды деятельности представляется удачным, поскольку невозможно заранее определить все работы и услуги при осуществлении медицинской деятельности, которые будут необходимы для достижения поставленных перед учреждением здравоохранения целей.

Следовательно, если учреждение здравоохранения предполагает осуществлять медицинскую деятельность, регулируемую Законом РФ «О донорстве крови и ее компонентов», то при подготовке учредительных документов виды деятельности должны быть определены следующим образом: медицинская деятельность, в том числе заготовка, хранение, переработка и обеспечение безопасности донорской крови.



Такая логика определения правоспособности через предмет деятельности прослеживается в Распоряжении КУГИ Администрации Санкт-Петербурга от 09.03.2000 № 499-р. Распоряжением утверждена примерная форма устава Санкт-Петербургского государственного учреждения, которой не должны противоречить уставы вновь создаваемых и реорганизуемых государственных учреждений Санкт-Петербурга (п. 2.1.). Согласно п. 2.2., в уставе должен быть указан исчерпывающий перечень конкретных видов деятельности, соответствующих уставным целям.

Кроме того, Письмом Минздравмедпрома РФ от 25.06.1996 № 2510\2926-96-27, Госкомимущества РФ № ОК-6\5435 от 11.07.1996 «О порядке разработки и утверждения уставов учреждений системы здравоохранения» рекомендовано использовать прилагаемый примерный устав федерального государственного учреждения здравоохранения, в соответствии с п. 10 которого в нем указываются все виды деятельности.

Пунктом 18 Постановления Пленума Верховного суда РФ № 6, Пленума ВАС РФ № 8 от 01.07.1996 «О некоторых вопросах с применением части первой Гражданского кодекса Российской Федерации» установлено, что при разрешении споров следует учитывать, что коммерческой организации, в учредительных документах которой не содержится перечень видов деятельности, которыми соответствующая организация вправе заниматься, не может быть отказано в выдаче лицензии на занятие соответствующим видом деятельности только на том основании, что соответствующий вид деятельности не предусмотрен ее учредительными документами. Очевидно, что отказ в выдаче лицензии на этом основании некоммерческой организации — государственному или муниципальному учреждению, имеющему специальную правоспособность, будет правомочен.

Учитывая это, Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения РФ в письме от 03.05.2005 № 01И-202/05 предложила руководителям лечебно-профилакти-

ческих учреждений внести изменения и дополнения в уставы вверенных им учреждений, то есть привести их в соответствие с законодательством.

Правильное указание в учредительных документах целей создания и предмета деятельности учреждений здравоохранения позволит на законном основании получить лицензию на осуществление достаточного перечня работ и услуг соответствующей медицинской помощи в целях выполнения задачи по обеспечению исполнения гарантированных государством обязательств по оказанию бесплатной, равнодоступной, качественной медицинской помощи гражданам.

Определенное значение в учредительных документах учреждений здравоохранения имеет не только правильное указание целей и видов деятельности, но и мест осуществления фактической деятельности.

Создание обособленных подразделений осуществляется по решению уполномоченных органов управления учреждения здравоохранения, как правило, в связи с необходимостью реализации конституционного права граждан на доступную и качественную медицинскую помощь в другой по отношению к месту нахождения организации административно-территориальной единице обособленного подразделения юридического лица.

В соответствии с п. 2 ст. 11 Налогового кодекса РФ (далее — НК РФ) обособленным подразделением организации признается любое территориально обособленное от нее подразделение, по месту нахождения которого оборудованы стационарные рабочие места. Признание обособленного подразделения организации таковым производится независимо от того, отражено или не отражено его создание в учредительных или иных организационно-распорядительных документах организации, и от полномочий, которыми наделяется указанное подразделение. При этом рабочее место считается стационарным, если оно создается на срок более одного месяца.





Местом нахождения обособленного подразделения российской организации является место осуществления этой организацией деятельности через свое обособленное подразделение. Таким образом, составная часть организации признается ее обособленным подразделением при наличии следующих признаков:

- территориальная обособленность от организации (территориальное расположение вне места нахождения организации);

- оборудование по месту нахождения стационарных рабочих мест на срок более одного месяца;

- осуществление организацией деятельности по месту нахождения ее составной части.

Согласно п. 1 ст. 11 НК РФ, институты, понятия и термины гражданского, семейного и других отраслей законодательства Российской Федерации, используемые в НК РФ, применяются в том значении, в каком они используются в этих отраслях законодательства, если иное не предусмотрено НК РФ. В соответствии с п. 2 ст. 52 ГК РФ в учредительных документах юридического лица должны определяться наименование юридического лица, место его нахождения, порядок управления деятельностью юридического лица, а также содержаться другие сведения, предусмотренные законом для юридических лиц соответствующего вида. Согласно абзацу 3 п. 3 ст. 55 ГК РФ, представительства и филиалы должны быть указаны в учредительных документах создавшего их юридического лица. Выделяя лишь два вида обособленных подразделений юридического лица — представительство и филиал, ГК РФ не ограничивает юридическое лицо в возможности создания обособленных подразделений иных видов. Гражданским законодательством Российской Федерации не установлено каких-либо ограничений в части нахождения двух и более юридических лиц и (или) их обособленных подразделений по одному и тому же юридическому адресу.

Следовательно, факт нахождения филиала или иного обособленного подразделения

юридического лица по юридическому адресу последнего не означает совпадения юридического лица и его филиала или иного обособленного подразделения в одном лице. Признание налоговым органом в целях налогообложения составной части организации (внутреннего структурного подразделения) обособленным подразделением организации производится на основании признаков, присущих обособленному подразделению организации, изложенных в ст. 11 НК РФ.

Согласно абзацу 2 п. 1 ст. 83 НК РФ, организация, в состав которой входят обособленные подразделения, расположенные на территории Российской Федерации, обязана встать на учет в налоговом органе по месту нахождения каждого своего обособленного подразделения, если эта организация не состоит на учете в налоговом органе по месту нахождения этого обособленного подразделения по основаниям, предусмотренным НК РФ. Это означает, что если организация уже состоит на учете в налоговом органе на территории муниципального образования, в котором создано это обособленное подразделение, подавать заявление о постановке такого подразделения не нужно. При этом в соответствии с пунктом 39 Постановления Пленума ВАС РФ от 28.02.2001 № 5 на налогоплательщика, вставшего на налоговый учет в конкретном налоговом органе по одному из предусмотренных статьей 83 НК РФ оснований, не может быть возложена ответственность за неподачу заявления о повторной постановке на налоговый учет в том же самом налоговом органе по иному упомянутому в этой статье основанию.

При наличии в составе учреждений обособленных подразделений сведения о них должны быть включены в текст учредительных документов. Это установлено в формах уставов учреждений, утвержденных следующими нормативными актами:

- Распоряжение КУГИ Администрации Санкт-Петербурга от 09.03.2000 № 499-р «Об утверждении примерной формы устава



Санкт-Петербургского государственного учреждения и примерной формы трудового договора с руководителем Санкт-Петербургского государственного учреждения»;

— Приказ Минздрава РФ от 03.11.2000 № 390 «Об организации работы по утверждению уставов (положений) подведомственных Минздраву России предприятий, учреждений и организаций»;

— Письмо Минздравмедпрома РФ от 25.06.1996 № 2510\2926-96-27, Госкомимущества РФ от 11.07.1996 № ОК-6\5435 «О порядке разработки и утверждения уставов учреждений системы здравоохранения»;

— Письмо Госкомимущества РФ от 29.12.1995 № ОК-6/10860, Минздравмедпрома РФ от 28.12.1995 № 2510/3499-95-19 «О порядке разработки и утверждения уставов учреждений системы здравоохранения»;

— Постановление Правительства Ленинградской области от 07.05.2004 № 80 «Об утверждении примерной формы устава государственного учреждения Ленинградской области» и др.

Отсутствие надлежащим образом оформленных изменений в учредительных документах организации относительно создания территориально обособленных структурных подразделений является одним из частных случаев несоответствия учредительных документов требованиям законодательства и

может повлечь за собой ответственность юридического лица за неправомерные действия, связанные с непредставлением сведений для включения в государственный реестр.

Обеспечивая реализацию прав граждан на охрану здоровья, необходимо четко знать, что в соответствии со ст. 72 Конституции РФ здравоохранение является предметом совместного ведения Российской Федерации и субъектов РФ. При этом органы исполнительной власти, создавая государственные и муниципальные учреждения, должны наделить их определенными правами, четко определив в учредительных документах цели, предмет (виды деятельности), а также при наличии места нахождения обособленных подразделений. В противном случае учреждение не сможет обеспечить исполнение работ и услуг соответствующей медицинской помощи и тем самым вступит в противоречие с законом в связи с нарушением прав граждан в результате неполного оказания услуг (выполнения работ) или осуществлением деятельности, выходящей за рамки специальной правоспособности. Таким образом, учредительные документы являются основой деятельности учреждений здравоохранения — документами, позволяющими обеспечить качество структуры и объема медицинских работ (услуг), реализуемых населению.





Виды деятельности, которые должны быть указаны в уставах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения

№ п/п	Вид деятельности	Лицензирующий орган
1.	Медицинская деятельность, в том числе: — заготовка, хранение, переработка и обеспечение безопасности донорской крови (дополнительно для учреждений, занимающихся заготовкой, хранением, переработкой и обеспечением безопасности донорской крови); — неотложная психиатрическая помощь, консультативно-диагностическое лечение, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях, все виды психиатрических экспертиз, определение временной нетрудоспособности, психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах (для психиатрических и психоневрологических учреждений).	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития РФ (В соответствии с п. 2 ст. 6 Федерального закона от 29.12.2006 № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» с 01.01.2008 к полномочиям Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, переданным для осуществления органам государственной власти субъектов Российской Федерации, относится лицензирование следующих видов деятельности: — медицинской деятельности организаций муниципальной и частной систем здравоохранения (за исключением деятельности по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи); — фармацевтической деятельности (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения); — деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ (за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения).
2.	Фармацевтическая деятельность.	
3.	Деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в Список II (для государственных учреждений — уничтожение, производство, изготовление; для государственных и муниципальных учреждений — хранение, перевозка, отпуск, реализация (если в структуре есть аптека), приобретение, использование) в соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах»;	
4.	Деятельность, связанная с оборотом психотропных веществ, внесенных в Список III (для государственных учреждений — уничтожение; для государственных и муниципальных учреждений — производство, изготовление, хранение, перевозка, отпуск, реализация (если в структуре есть аптека), приобретение, использование) в соответствии с Федеральным законом от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».	
5.	Деятельность, связанная с использованием источников ионизирующего излучения (эксплуатация, техническое обслуживание, хранение аппаратов рентгеновских медицинских, включая диагностические и терапевтические, стационарные и переносные, и эксплуатация средств радиационной защиты).	
6.	Деятельность, связанная с использованием возбудителей инфекционных заболеваний	Федеральная служба по защите прав потребителей и благополучию человека РФ



Е.С. Железняк, О.Н. Булавин, К.П. Жидков,
 ГУЗ «Городская больница № 26», г. Санкт-Петербург
В.И. Симаненков, Н.В. Захарова,
 кафедра терапии и клинической фармакологии СПб МАПО

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ К ВНЕДРЕНИЮ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Расходы государства на здравоохранение возрастают год от года. Так, в 2003 году расходы составляли порядка 391,5 млрд рублей за счет всех источников финансирования, исключая затраты граждан на финансирование платных услуг и на приобретение лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения. В 2004 году эта сумма выросла до 480 млрд рублей. В 2005 году расходы составили 656 млрд рублей, в этом году сумма достигла 840 млрд рублей. В 2007 году планируется расходовать на здравоохранение до 1 трлн рублей [4].

Задача повышения эффективности функционирования системы здравоохранения решается путем реструктуризации учреждений здравоохранения и широкого внедрения стационарозамещающих технологий. Стандартизация медицинских технологий и внедрение *формулярной системы* позволяют конкретизировать гарантируемые объемы медицинской помощи и повысить качество медицинских услуг.

В настоящее время в мире существуют несколько моделей формулярной системы. В ряде стран формуляры являются официально признанными регламентирующими документами. Такие формуляры подготавливаются и издаются независимыми организациями и группами. Прототипом для создания Российского формуляра стал Британский Национальный Формуляр.

Формулярная система в России находится на стадии формирования. С 2006 года на федеральном уровне разработаны отраслевые медицинские стандарты по всем нозоло-

гиям. Согласно основным положениям Министерства здравоохранения и социального развития с 2006 года до 2008 года должны быть разработаны клинико-экономические стандарты на уровне субъектов Федерации и протоколы ведения больных на «местах» в стационарах или поликлиниках [7].

На сегодняшний день из всех компонентов формулярной системы в России эффективно работают только формулярные комитеты и списки лекарств — формуляры.

Не достает важного инструмента функционирования формулярной системы — справочника лекарственных средств, который являлся бы официально рекомендованным документом федерального уровня и содержал точную непредвзятую информацию о лекарственных средствах.

Терминология

Формулярная система — это информационно-методологическая доктрина, целью которой является развитие социальноориентированного здравоохранения в условиях рыночной экономики [10, 11].

Формуляр — это ограниченный список лекарственных средств, рекомендованный к применению в конкретном лечебном учреждении или на территории субъекта Российской Федерации. Формуляр носит ограничительный характер. Формуляр следует отличать от перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств.

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) — это систематизированный пере-





чень международных непатентованных наименований (МНН) лекарственных средств, разрабатываемый и регулярно обновляемый Формулярным комитетом Министерства здравоохранения и социального развития РФ и утверждаемый Правительством РФ в целях обеспечения государственного регулирования цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства [8].

Последний Перечень ЖНВЛС утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации № 2343-р от 29.12.05 и содержит более 600 наименований препаратов [6]. Перечень ЖНВЛС, утвержденный экспертами ВОЗ в марте 2005 г., содержит 315 лекарственных средств.

Перечень ЖНВЛС носит, в отличие от формуляра, рекомендательный характер. Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Р.У. Хабриев Письмом № 11482/04 от 27 декабря 2004 г. разъясняет, что органы исполнительной власти, органы здравоохранения, медицинские учреждения и организации вправе самостоятельно определять номенклатуру и объемы лекарственных средств в соответствии с реальной потребностью в них медицинских учреждений и конкретных больных.

Государственный реестр — это систематизированный перечень лекарственных средств, разрешенных к применению в РФ. В 2006 году база данных госреестра содержала описания более 140 000 уникальных упаковок медикаментов, включающие номер регистрационного удостоверения, торговое наименование, МНН, дозировку, показания и противопоказания к применению.

Типы фармацевтической информации

Составление формуляра должно базироваться на официальной информации о препарате. Официальная информация представлена в инструкции по применению лекарственного препарата, фармакопейной

статье лекарственного средства и паспорте лекарственного препарата. Другие типы фармацевтической информации, такие как научная, научно-практическая и справочная, могут использоваться для разработки протоколов ведения больных. Необходимо ограничить влияние рекламной информации на процесс создания формуляра. Объективная информация имеет приоритетное значение в выборе лекарственных средств для формуляра.

Отсутствие независимого, авторитетного и объективного источника информации в области применения препаратов в РФ является препятствием к улучшению работы здравоохранения. К сожалению, ни справочник Видаль, ни Регистр лекарственных средств не могут заменить формуляр. Важным подспорьем для разработки формуляра конкретного учреждения является Федеральное руководство для врачей.

Проблема ограничения свободы выбора врача

Противники внедрения формулярной системы в России ссылаются на фармакопейную статью препарата, при наличии которой врач может назначить любой препарат. Действительно, включение препарата в фармакопейный справочник позволяет использовать препарат для лечения пациентов на территории России. Однако государственная регистрация лишь подтверждает безопасность и эффективность препарата в соответствии с заявленными показаниями и по заявленным параметрам, предоставленным фирмой-производителем [1]. При регистрации препарата не проводится анализ эффективности и безопасности нового лекарственного средства по сравнению другими представителями данного класса препаратов. Экономическое обоснование целесообразности использования нового препарата позволяет дать лишь фармакоэкономический анализ. К сожалению, на фармацевтическом рынке имеется большое количество препаратов сомнительного качества, обладающих низкой эффективностью и безопасностью.



Так, из 1256 зарегистрированных в 2001 году зарубежных препаратов только 22 прошли экспертизу на биоэквивалентность при регистрации в Российской Федерации. По данным Б. Ван дер Хейде, в Голландии при проверке 161 препарата, предназначенного на экспорт, в 42% случаев выявлены несоответствия в указании побочных эффектов, указаний и противопоказаний [3]. Во Франции выявлены двойные стандарты маркировки для одних и тех же препаратов, предназначенных на экспорт и для использования внутри страны. Согласно закону ФРГ о лекарствах (1989 г.), запрещается экспорт сомнительных медикаментов. Однако, несмотря на эти законы, лекарственные средства могут быть экспортированы в тех случаях, когда страны-импортеры санкционируют их ввоз [1, 9].

Всемирная организация здравоохранения выражает озабоченность по поводу экспорта, импорта и контрабанды ложных, поддельных и недостаточно стандартизированных лекарственных препаратов. Известно, что значительная доля подобных средств находит своего потребителя и в России [12].

Зачем внедрять формулярную систему в России?

В системе здравоохранения сложились предпосылки к внедрению формулярной системы. Прежде всего это несоответствие государственных гарантий бесплатной медицинской помощи имеющимся финансовым ресурсам. Как следствие этого нарастает доля платных услуг, причем в неконтролируемых формах. Доступность медицинской помощи для населения снижается, причем в наиболее сложном положении оказываются наименее обеспеченные слои граждан. Назрела необходимость уточнения системы государственных гарантий [5]. Кроме того, сложившаяся система обязательного медицинского страхования (ОМС) не обеспечивает достаточного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Субъекты Российской Федерации не выпол-

няют свои обязательства по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме. Существенно обострилась проблема неравенства регионов по уровню финансирования здравоохранения. Централизованная в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования часть налоговых платежей недостаточна для выравнивания условий финансирования территориальных программ ОМС.

И, наконец, имеющиеся в системе здравоохранения ограниченные ресурсы используются неэффективно.

Экономическая ситуация в сфере здравоохранения диктует необходимость введения регламентирующей формулярной системы. Согласно «Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», утвержденной Правительством РФ № 461, норматив затрат на 1 койко-день в стационаре составляет в среднем 588,4 рублей, в том числе 452,6 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования. На практике существует несоответствие заявленной ресурсной базы реальной экономической ситуации.

На примере лечения внебольничной пневмонии, требующей госпитализации, можно оценить возможности стационара. Так, тариф на лечение больного пульмонологического профиля в объеме территориальной программы ОМС с 01.03.2006, согласно Генеральному тарифному соглашению, составляет 9321 рубль на курс лечения. Более 80% этой суммы расходуются на заработную плату, 5–8% составляет питание пациента и на оставшиеся 12–15% приобретаются медикаменты. Таким образом, на медикаментозное лечение пациента остается не более 1400 рублей. Современные стандарты лечения внебольничной пневмонии среднетяжелой и тяжелой предусматривают использование дорогостоящих препаратов (защищенных аминопенициллинов, цефалоспоринов в сочетании с макролидами, «респираторных» фторхинолонов), курсовая стоимость которых значительно превышает





расчетную цифру. Без создания формуляра с фармакоэкономическим обоснованием включения препаратов невозможно качественно лечить пациента в условиях дефицита средств. Создание формуляров способствует повышению эффективности функционирования системы здравоохранения.

По итогам работы многопрофильного стационара ГУЗ «Городская больница № 26» Санкт-Петербурга, более 80% пациентов получают бесплатную медицинскую помощь в рамках системы обязательного медицинского страхования. Около 6–8% больных получают высокотехнологичные виды помощи (целевое финансирование из бюджета). Оставшиеся пациенты лечатся по системе добровольного медицинского страхования (ДМС) или самостоятельно финансируют все виды медицинских услуг (платные медицинские услуги). Формуляр может быть единым для всех пациентов стационара, исходя из стандартов оказания медицинской помощи. Возможно создание отдельного формуляра или дополнения к единому формуляру, включающее дорогостоящие препараты для лечения пациентов в рамках ДМС или платных услуг. К примеру, в основной формулярный список должен входить ванкомицин, в то время как в дополнительный может войти линезолид, как более безопасный, но гораздо более дорогой.

Конкретизировать гарантируемые объемы медицинской помощи и повысить качество медицинских услуг позволит стандартизация медицинских технологий. Реализация государственных гарантий должна осуществляться в рамках стандартов с утвержденным тарифом на медицинские услуги и лекарственные средства [5].

Этапы составления формуляра лечебного учреждения

Рекомендации по составлению формуляра конкретного лечебного учреждения подробно изложены в «Рациональном фармацевтическом менеджменте» [2].

На первом этапе (административном) необходимо представить концепцию и получить поддержку.

Необходимая информация на административном этапе:

- годовой бюджет учреждения на лекарственные закупки;
- общее количество закупаемых торговых и МНН лекарственных средств;
- стоимость неиспользованных лекарств;
- результаты фармакоэкономического АВС (группа А — 80% средств, группа В — 15% средств, группа С — 5% средств) и VEN (распределение препаратов по группам: V — vital — жизненно необходимые, E — essential — важные, N — non-essential — дополнительные) анализов;
- список зафиксированных побочных эффектов на фоне применения закупленных препаратов;
- данные о летальности в результате использования лекарств;
- список используемых в больнице препаратов, запрещенных к применению в стране-производителе;
- примеры дублирования лекарств (генерические замены).

Для эффективного функционирования формулярной системы в стационаре необходимо создать формулярный комитет.

Состав формулярного комитета:

- председатель — заместитель главного врача по медицинской части;
- секретарь — заведующая аптечным отделением, провизор или клинический фармаколог;
- заведующие основными больничными отделениями;
- авторитетные врачи и специалисты;
- ответственный за лекарственные закупки.

На следующем этапе разрабатывается и утверждается формулярный список лечебного учреждения.

Выбор препаратов для формулярного списка должен основываться на доказатель-



ствах (уровень А, В), быть реалистичным и фармакоэкономически сбалансированным. Составляется документ с учетом потребностей и финансовых возможностей конкретного лечебного учреждения. Основным принцип отбора препаратов для включения в формуляр — доказанная эффективность и экономическая целесообразность применения лекарственного средства. Рациональный подход к формированию формулярного списка приводит к сокращению номенклатуры используемых лекарств за счет исключения низкоэффективных и «сиротских» (редко назначаемых) препаратов. Повышается эффективность лечения, упрощается процесс лекарственного обеспечения. Формуляр многопрофильного стационара обычно включает 250–300 препаратов.

В Перечне лекарственных средств можно указать рекомендуемые торговые названия препаратов в том случае, если существует большое количество генериков (копий) МНН. Замена «оригинального» (разработанного фирмой-производителем) лекарственного средства генериком экономически оправдана, так как воспроизведенные препараты значительно дешевле. При этом должны соблюдаться основные требования, предъявляемые к качеству воспроизведенного препарата. Генерик должен быть фармацевтически, терапевтически и биоэквивалентен оригинальному эталонному лекарству. О биоэквивалентности генерика судят после проведения сравнительных фармакокинетических исследований воспроизведенного препарата и эталонного оригинального лекарства на здоровых добровольцах. При этом фармакокинетические параметры препаратов не должны отличаться более чем на 15%. Следует подчеркнуть, что далеко не все воспроизведенные препараты исследованы на биоэквивалентность.

В формуляр должны быть включены только препараты высокого качества. При включении генерика необходимо убедиться в том, что проведены исследования, подтверждаю-

щие эквивалентность данного препарата оригинальному. В связи с этим необходимо выбирать производителя с известной репутацией. Производство должно соответствовать принципам хорошей фабричной практики (GMP).

Не следует стремиться создать перечень, включающий «не менее чем территориальный» формуляр. Формуляр медицинского учреждения должен включать лишь лекарственные средства, относящиеся к клинко-фармакологическим группам, соответствующим профилям структурных подразделений лечебного учреждения.

После утверждения формуляра формулярной комиссией все закупки лекарственных средств должны осуществляться в строгом соответствии с отобранным списком препаратов. Назначение «неформулярного» препарата требует обоснования и согласования с ответственными лицами.

Формуляр лекарственных средств должен регулярно пересматриваться и обновляться в соответствии с появляющимися данными об эффективности и безопасности лекарственных средств, меняющейся экономической ситуации, нозологическим составом больных.

В городской больнице № 26 г. Санкт-Петербурга с 2001 года внедрен формуляр. Все закупки медикаментов контролируются главным врачом больницы и осуществляются в соответствии с формулярным списком. Количество назначаемых МНН препаратов существенно сократилось за счет ограничения назначения препаратов с недоказанной эффективностью, не внесенных в формуляр. По итогам 2006 года, было закуплено 372 международного непатентованного наименования препаратов. Согласно проведенному АВС-анализу, 80% всех средств, выделенных на закупку медикаментов, было истрчено на 55 препаратов, 15% — на 75 наименований лекарств и 5% средств израсходовано на приобретение 242 МНН. Такое распределение типично для многопрофильного стационара, работающего в режиме оказания экстренной помощи населению. Анализ





целесообразности закупок, проведенный по критериям VEN, позволяет сделать вывод о благоприятных тенденциях. Так, 81,86% всех закупленных препаратов относятся к категории V — жизненно необходимых и лишь 5,66% средств истрчено на вспомогательные медикаменты, относящиеся к категории N (non-essential). Учитывая экономическую ситуацию, возрастающие затраты на приобретение современных дорогостоящих тестов (тропонинового, прокальцитонинового и т.д.), продолжается работа по оптимизации формулярного списка. Обновленный формуляр 2007 года не будет включать препараты категории N, несмотря на приверженность некоторых врачей больницы к так называемым «привычным» назначениям.

Подводя итоги, можно отметить, что целесообразность разработки и внедрения формуляров в каждом лечебном учреждении не вызывает сомнения. Методологические подходы определены. Создание формуляра позволит рационально использовать бюджет учреждения, оптимизировать лечебные подходы и использовать только те лекарственные средства, эффективность которых доказана. Все меры по созданию формулярной системы, несомненно, облегчат работу практическим врачам, позволят снизить количество врачебных ошибок, нежелательных лекарственных реакций и будут способствовать повышению качества жизни пациентов.



Литература

1. Астахова А.В., Лепяхин В.К. Проблемы безопасности лекарственных веществ в России// Фармацевтический мир. — 1997. — № 2. — С. 10–12.
2. Афанасьев Н., Ушкалова Е. Сначала был «Рациональный фармацевтический менеджмент»//Ремедиум — 2000. — № 1–2.
3. Ван дер Хейде Б. Экспорт медикаментов в развивающиеся страны: проблемы остаются нерешенными//Монитор основных лекарственных средств. — 1995. — № 4. — С. 6.
4. Выступление Министра М.Ю. Зурабова на Пироговском съезде 28.09.2006 (стенограмма).
5. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года.
6. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств N2343-рт. Утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.12.2005.
7. Приказ № 304 от 2 августа 2000 г. «О Формулярном комитете Министерства здравоохранения Российской Федерации. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год».
8. Резолюция заседания Формулярного комитета 27–29 июня 2005 г.
9. Ушкалова Е.А. Роль формулярной системы в решении проблем рационального использования лекарств//Клин. фармакология и терапия. — 1998. — Т. 7. — № 18.
10. Чучалин А.Г., Белоусов Ю.Б., Шухов В.С. Формулярная система: ключевые понятия//Рус. мед. журн. — 1999. — Т. 7. — № 15.
11. Чучалин А., Шухов В., Харпер Д. Введение формулярной системы в России: пользы больше, чем риска//Ремедиум — 1999. — № 10.
12. WHO medicines strategy 2004–2007. Countries at the core — WHO/EDM/2004.2



В.М. Донин,

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

Ю.В. Лунин,

к.э.н., зав. лабораторией ОАО «Институт микроэкономики», эксперт по экономическим вопросам Регионального благотворительного фонда «Качество жизни», г. Москва

В.В. Омеляновский,

д.м.н., профессор кафедры клинической фармакологии Российского государственного медицинского университета, г. Москва

ВЛИЯНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ЭКОНОМИКУ БИЗНЕС-СТРУКТУР В РОССИИ

Российская Федерация является активным членом Международной организации труда (МОТ), уставом которой предусматривается обеспечение всеми ее членами справедливых условий труда путем регулирования часов работы, включая установление максимального рабочего дня и рабочей недели; регулирования набора рабочей силы; борьбы с безработицей; гарантирования заработной платы, обеспечивающей удовлетворительные условия жизни; защиты рабочих от болезней, профессиональных заболеваний и несчастных случаев на производстве; признания принципа равной зарплаты за равный труд; организации технического обучения и других мероприятий. Решение этих задач в России регламентируется существующим законодательством и все в большей мере строится на принципах социального партнерства между работодателями, государственными органами, представителями наемных работников и опирается на переговоры и поиск взаимоприемлемых решений в регулировании трудовых и иных социально-экономических отношений.

Заболеваемость людей является объективной негативной и пока не исключенной реальностью нашего мира. Она неблагоприятно воздействует на все сферы жизни и деятельности людей и их сообществ. На борьбу с болезнями государствами и их гражданами затрачиваются значительные общественные и личные средства. Заболеваемость за счет отвлечения средств сдерживает развитие экономики стран, тяжелым бременем ложится на семейные бюджеты, снижает трудовой потенциал общества. Неблагоприятно заболеваемость сказывается и на экономике бизнес-структур. Однако применительно к экономике Российской Федерации и действующему российскому законодательству, все еще находящихся в фазе становления рыночных отношений, это влияние мало изучено.

В этой связи в данной статье предпринята попытка оценить влияние заболеваемости на экономику бизнес-структур, исходя из следующих концептуальных положений:





Рис. 1. Концептуальная модель обеспечения необходимых факторов производства

* А–Я — факторы производства, необходимые для реализации производственного процесса на рабочих местах

1. Бизнес-структура рассматривается как производственная система, рабочим выходом которой является продукция, работы или услуги. Для обеспечения рабочего выхода в бизнес-структуре созданы рабочие места.

2. Производство рабочего выхода рассматривается как процесс, для обеспечения которого в каждый момент времени необходим полный набор факторов производства. На рис. 1 показана исходная концептуальная модель обеспечения факторов производства для формирования рабочего выхода.

Доходы образуются в результате производства и реализации продукции (работ или услуг). Основными факторами производства в общем случае являются: производственные площади, производственное оборудование, сырье и средства их доставки, производственный персонал, потребители продукции (работ, услуг). Важным фактором, влияющим на размеры доходов, является также использование времени для осуществления производственного процесса.

Случайное, периодическое или постоянное отсутствие какого-либо из этих факторов имеет своим следствием сокращение объемов производства на предприятии и снижение его доходов. Могут существовать определенные риски случайного отсутствия того или иного фактора на различных участках производственного процесса, снабжения и сбыта, приводящие к снижению доходов предприятия.

3. Наличие всех необходимых факторов производства в нужном месте и в нужное

время обеспечивает персонал предприятия. Временная утрата трудоспособности работниками предприятий рассматривается как временное отсутствие одного из основных факторов производства — рабочей силы или отсутствие возможности обеспечить своевременное наличие в нужном месте других необходимых факторов. Это событие может быть связано с риском невосполнимого недополучения предприятием доходов вследствие временного сокращения объема работы, постоянно подлежащей выполнению на рабочих местах, а также при различных разовых и повторяющихся ситуациях, связанных с получением производственных заказов и сбытом продукции, финансовых операциях, проведением мер безопасности и др.

4. Снижение рисков отсутствия на рабочих местах персонала, или управление рисками возникновения по этой причине упущенных доходов является задачей менеджмента предприятий или фирм, способствующей повышению устойчивости и надежности их функционирования в достижении основной цели бизнеса — извлечения прибыли. Решение этой задачи осуществляется путем принятия на предприятиях технических и организационных мероприятий и программ.

В настоящее время российская статистика приводит впечатляющие данные о трудовых потерях в связи с заболеваемостью, на основании чего делаются далеко идущие выводы о потере трудового потенциала страны, о недопроизводстве валового национального продукта и т.п. Однако в складывающихся в



России условиях во многих случаях это не совсем так, а применительно к временной утрате трудоспособности работающего населения из-за болезни чаще всего совсем не так. Это показывают результаты проведенных с участием авторов исследований на ряде крупных российских предприятий по анализу влияния заболеваемости и, прежде всего с временной утратой трудоспособности, а также связанных с заболеваемостью налоговых и неналоговых непроизводственных издержек.

Действительно, данные о невыходе на работу в связи с заболеваниями в целом по предприятиям внушительны. В среднем ежедневно на больничном листе находится от 2 до 4% среднесписочного состава персонала. При численности предприятия в 3000 человек из-за болезни в среднем на работу не выходит от 60 до 120 человек. Каждый работник в среднем за год болеет 0,8–1,2 раза и отсутствует на работе в среднем 8–10 дней в году. В соответствии с принятыми оценками недопроизводство добавленной стоимости в связи с заболеваниями должно было бы составить:

$$ДС = дс * Р, \text{ где}$$

дс — средняя вновь созданная стоимость в расчете на одного среднесписочного работника предприятия в год;

Р — средняя численность персонала, ежедневно отсутствующего на работе по причине болезни;

ДС — суммарная вновь созданная стоимость в расчете на «Р» работников.

Однако на вопрос: «Что происходит с производством на предприятии в случае невыхода одного или нескольких работников?», ответ на анализируемых предприятиях был одинаков: «Все предусмотренные работы выполняются в полном объеме». Это означает, что оценки недопроизводства являются «условными» или гипотетическими и незави-

симо от невыходов работников по болезни производство во многих случаях осуществляется в полном предусмотренном объеме. Ситуация с обеспечением заданных объемов производства на предприятиях при невыходе большого числа сотрудников на работу из-за болезни вызывает еще больше вопросов в связи с тем, что незапланированные невыходы на работу возможны по различным причинам (свадьбы, похороны, учебные отпуска и т.п.), в результате травм и др. Кроме того, существуют еще и очередные оплачиваемые отпуска, отпуска по беременности и родам. В совокупности по запланированным и незапланированным причинам, по нашим оценкам, на предприятиях ежедневно на работе отсутствуют 14–15% от среднесписочной численности работников. Естественно, что при этом заданные объемы производства, как правило, выполняются.

Исходя из концептуальной модели обеспечения факторов производства, нами был определен состав возможных рисков упущенных доходов предприятия в связи с незапланированным невыходом работников, который был обсужден с работниками предприятий¹. На основе состава этих рисков были идентифицированы меры технического и организационного характера, обеспечивающие на этих предприятиях независимость объема производства от заболеваемости сотрудников.

К мероприятиям технического характера могут быть отнесены:

- Механизация и автоматизация производственных процессов, которые позволяют устранить необходимость постоянного (безотлучного) присутствия рабочих. Функции рабочих при этом смещаются в область наблюдения за ходом производственного процесса и производственного оборудования, поддержания технологических параметров в заданных пределах. Внедрение средств АСУ ТП обеспечивает автоматический контроль и регули-

¹ Реально на предприятии также существуют риски недополучения доходов в связи с потерей производительности заболевшим, но вышедшим на работу персоналом. Влияние этих потерь на экономику предприятия в данной статье не рассматривается.





рование технологических параметров, позволяет проводить эксперименты и оптимизировать производственные процессы по критерию «затраты—результаты». Устранение ручного труда позволяет реализовать различные модели организации производства работ при незапланированном отсутствии работников.

- Организация страховых запасов сырья, расходных материалов по технологическим переделам, складских запасов запасных частей, снижающих риски остановки основных производственных процессов из-за отсутствия обслуживающего персонала.

- Компьютеризация процессов учета, контроля, анализа и планирования на базе корпоративной информационно-вычислительной сети (ИВС) и корпоративных стандартов обработки информации, использование средств интернета и междугородней телефонии для информационной связи между персоналом подразделений и подразделениями, способствующими взаимозаменяемости работников, оперативности взаимосвязи предприятий с внешними контрагентами.

- Использование современных средств обеспечения надежности функционирования ИВС и защиты технических и программных средств, информации ИВС от разрушений, от несанкционированного доступа и вирусов.

Надежность производственных процессов, исключение или минимизация рисков не возмещаемого недополучения доходов предприятий в связи незапланированным отсутствием работников определяются принятыми на предприятиях концепциями, или моделями организации производственных процессов².

К мерам организационного характера могут быть отнесены:

- оптимизация структуры предприятия, обеспечивающая в том числе надежность производственных процессов при незапланированном отсутствии работников;
- планирование работ с учетом временного отсутствия работников;

- бригадный метод организации труда, обеспечивающий условия взаимозаменяемости работников;

- создание страховых кадровых резервов;
- трансформация на основе договоров с внешними контрагентами и/или управляющими компаниями внутренних не возмещаемых рисков недополучения доходов предприятия во внешние риски, возмещаемые в установленном законодательством порядке. На внешних контрагентов или управляющую компанию могут быть возложены такие функции, как обеспечение сырьем, заключение договоров по сбыту продукции, ремонтно-профилактические и ремонтно-восстановительные работы, транспортное обслуживание и др.

Применительно к проблеме незапланированного отсутствия работников, в том числе по болезни, предприятиями могут использоваться различные стереотипные модели организации работ (см. рис. 2).

Принятая на предприятии модель организации работ при отсутствии работников по болезни влияет на возможность возникновения внутренних рисков упущенных доходов и на непроизводственные издержки предприятия.

Рассмотрим влияние этих моделей на доходы предприятия и издержки, связанные с заболеваемостью работников. При этом к издержкам, связанным с заболеваемостью, будем относить:

1. Издержки, связанные с российским законодательством. К этим издержкам относятся социальные налоги на обязательное медицинское и социальное страхование (ОМС и ОСС), оплата пособий за первые два дня больничного листа из средств предприятий.

2. Издержки, связанные с выполнением коллективных и трудовых договоров, заводских социальных программ и другие, которые могут быть как связаны (например, доплаты за дни нетрудоспособности из средств предприятия до среднемесячной заработной платы, выплаты пособий на реабилитацион-

² Принятая модель организации производства неразрывно связана с кадровой политикой предприятия и решением проблем движения кадров.

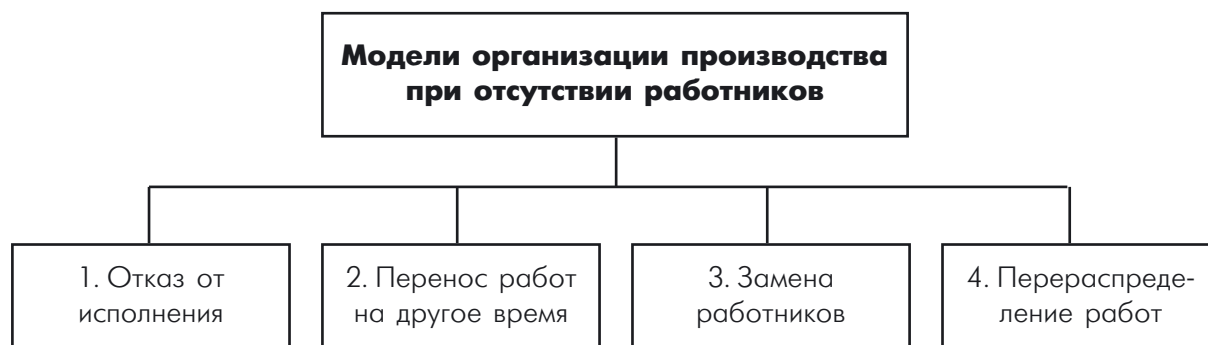


Рис. 2. Модели организации работ при отсутствии работников

ное или профилактическое лечение), так и не связаны с уровнем заболеваемости на предприятии (например, медицинское страхование в системе добровольного медицинского страхования (ДМС) или содержание собственных медицинских служб).

3. Издержки, предусмотренные Кодексом о труде РФ и связанные с выполнением работоспособным персоналом дополнительных работ и дополнительными выплатами за замещение отсутствующих по болезни работников (расширение зон обслуживания, работа во внеурочное время, выходные и праздничные дни).

Кроме того, предприятие может нести потери из-за снижения производительности труда в связи с плохим самочувствием на работе, однако эти потери в данной статье не рассматриваются.

Модель 1. Отказ от выполнения работ, предусмотренных для отсутствующего работника, или невозможность использовать другие модели. В этом случае предприятие однозначно рискует недополучать доходы. В зависимости от характера невыполняемых работ риски могут быть простыми или сложными. К простым будем относить риски недополучения доходов от неиспользования ресурсов только данного рабочего места, например, станочники, операторы. К сложным — риски, приводящие к простою нескольких зависимых рабочих мест, например, диспетчеры, транспортники, ремонтники. Сложные риски связаны не толь-

ко с недополучением предприятием дохода, но и с потерями на выплату заработной платы на зависимых рабочих местах, вызванными простоями по независимым от простаивающих работников причинам. Упущенные доходы от проявления сложных рисков могут в разы превышать упущенные доходы от проявления простых рисков.

При использовании данной модели на предприятии в связи с тем, что за дни болезни не выплачивается заработная плата и, следовательно, не производятся начисления ЕСН на заработную плату, образуется экономия по фонду оплаты труда, которая всегда меньше, чем недополученные доходы. В то же время с повышением уровня заболеваемости на предприятии растут выплаты работникам за дни ожидания выплат по больничным листам из Фонда социального страхования и могут расти затраты по некоторым видам социальных льгот, предоставляемых предприятием своим работникам. Заболевания с временной утратой трудоспособности сотрудников крайне не выгодны предприятию при использовании данной модели.

Модель 2. Перенос работ, подлежащих выполнению отсутствующим работником, на другое время. В этом случае предприятие несет в полном объеме все обязательные издержки в связи с заболеваемостью и издержки, связанные с реализацией предоставляемых предприятием льгот. За время болезни





происходит экономия по фонду оплаты труда. Подлежащая выполнению работа осуществляется, доходы предприятия не снижаются. Для выполнения отложенных работ требуется дополнительное рабочее время, эквивалентное пропущенному по болезни. Следовательно, появляются риски дополнительных выплат (издержек) за работу во внеурочное время, которые, согласно Трудовому кодексу РФ, должны оплачиваться с коэффициентом 1,5–2 к средней заработной плате. Увеличение заболеваемости при соблюдении законодательства может вести к уменьшению экономии по фонду оплаты труда и росту затрат по некоторым видам социальных льгот, предоставляемых предприятием своим работникам.

Модель 3. Замена отсутствующего по болезни работника. Для замены отсутствующего работника предприятие должно иметь штатный или нештатный страховой кадровый резерв. Штатный страховой кадровый резерв закладывается в штатном расписании предприятия, которое на каждый день определяет списочную численность сотрудников. В действительности, в частности, из-за временной утраты трудоспособности на работу выходят не все сотрудники. Численность ежедневно выходящих на работу сотрудников на практике именуют явочной численностью. Для того, чтобы не было проста рабочих мест, явочная численность должна соответствовать их числу. Размер фонда оплаты труда определяется в соответствии с числом рабочих мест. Разность между списочной и явочной численностью представляет собой страховой кадровый резерв.

В случае использования этой модели экономия по фонду оплаты труда не возникает, так как не выплаченная по больничным листам зарплата выплачивается замещающим работникам. Не происходит и перерасхода по фонду оплаты труда, так как все работы выполняются в рабочее время. Рост непроизводственных издержек в связи с ростом заболеваемости происходит только

за первые 2 дня нетрудоспособности и на реализацию социальных льгот, предоставляемых работникам предприятием. Упущенные доходы надежно организационно предотвращены. Необходимость нарушения трудового законодательства отсутствует. Предприятие не имеет существенных экономических стимулов для снижения заболеваемости. Предприятие заинтересовано во взаимозаменяемости работников за счет их переподготовки, повышения квалификации, освоения нескольких профессий.

При определении страхового резерва следует иметь в виду, что заболевания сотрудников являются случайными и заболеваемость имеет сезонные колебания, поэтому по болезни в разные дни и периоды года может отсутствовать разное число сотрудников. Поэтому эта модель используется вместе с другими моделями.

Модель 4. Перераспределение объема работ, приходящегося на отсутствующего работника, между присутствующими работниками предприятия.

Возможны две модификации этой модели: с компенсацией (подмодель 4.1) и без компенсации (подмодель 4.2) заработной платы за дополнительные объемы работ.

Подмодель 4.1. Перераспределение объема работ, приходящегося на отсутствующего работника, между присутствующими работниками предприятия с компенсацией по заработной плате.

Основой этого подхода является бригадный метод организации труда, или организация на предприятии производственных ячеек (подразделений), в рамках которых осуществляется перераспределение работ, подлежащих выполнению отсутствующим работником, между сотрудниками производственной ячейки. Пропорционально дополнительным заданиям распределяется не выплачиваемая заболевшему заработная плата

В этом случае экономии по фонду оплаты труда не происходит. При правильной организации труда работа за отсутствующего



может быть выполнена в течение основного рабочего времени за счет временного, мотивированного дополнительной заработной платой повышения интенсивности труда членов производственной ячейки.

При повышении уровня заболеваемости растут выплаты за первые 2 дня нетрудоспособности, а также могут расти издержки на реализацию льгот, предоставляемых предприятием персоналу. При повышении уровня заболеваемости не исключены также случаи необходимости выполнения дополнительных работ во внеурочное время и оплаты дополнительного труда с коэффициентом 1,5–2.

Подмодель 4.2. Перераспределение объема работ, приходящегося на отсутствующего работника, между присутствующими работниками предприятия без компенсации по заработной плате. Реализация этой модели исключает риски упущенных доходов, однако возможность формирования экономии по фонду оплаты труда вызывает необходимость подробного рассмотрения влияния данной модели на экономику предприятия в случаях ее использования.

Выполнение присутствующими сотрудниками производственных ячеек дополнительных работ возможно в основное рабочее и вне рабочее время.

Если эти работы выполняются в основное рабочее время, то это может означать следующее:

- на предприятии не совершенна система нормирования труда. Малочисленные производственные ячейки могут рассматриваться как предельный случай, когда один работник должен выполнять и выполняет работу за двоих и даже за троих. Это означает, что в нормальных условиях сотрудники производственных ячеек недогружены и предприятие располагает «не вскрытым кадровым резервом»;

- присутствующие на работе сотрудники экономически немотивированно повышают интенсивность своего труда. Немотивированность повышения интенсивности труда может характеризоваться как «присвоение пред-

приятием чужого труда» или использование «принудительного труда».

Более реальным (традиционно используемым на предприятиях) способом обеспечения выполнения заданного объема работ при отсутствии отдельных работников является их выполнение во внеурочное время. Однако Трудовым кодексом Российской Федерации установлена продолжительность рабочей недели. Даже в случаях ненормированной продолжительности рабочего дня Трудовым кодексом установлено ограничение на время переработки. Оно составляет 4 часа в неделю.

Можно оценить численность условной минимальной производственной ячейки, в которой распределение выполнения работ за одного отсутствующего будет происходить в пределах ограничений трудового законодательства, то есть 4 часов в неделю на человека. Например, если средняя продолжительность случая заболевания составляет 8–9 дней (что больше продолжительности рабочей недели), то при продолжительности рабочего дня 8 часов минимальная численность условной производственной ячейки при пятидневной рабочей неделе составит $5 \times 8 : 4 + 1 = 11$ человек. При среднем числе дней нетрудоспособности одного работника в году 9–10 дней каждый работник условной производственной ячейки будет работать с перегрузкой в течение 90–100 рабочих дней в году.

Рассмотрим издержки и экономию предприятия в случае использования данной модели организации работ.

Годовые издержки предприятия G могут быть оценены по формуле 1:

$$G = G_1 + G_2 + G_3 \quad (1), \text{ где}$$

G_1 — годовые издержки на выплату социальных налогов на обязательное медицинское и социальное страхование (4,8% от годового фонда заработной платы);

G_2 — годовые издержки на выплату компенсаций по болезни за первые 2 дня нетрудоспособности;

G_3 — годовые издержки, связанные с обеспечением социальных льгот, предусмотренных коллективными договорами предприятия.





Рассмотрим составляющие годовых издержек.

$$G_1 = 12 \times S \times (P - P \times \alpha) \times \delta, \text{ где}$$

12 — число месяцев в году;

S — средняя месячная заработная плата персонала предприятия;

P — среднесписочная численность персонала;

α — уровень заболеваемости персонала предприятия,

$$\alpha = p : P, \text{ где}$$

p — средняя численность персонала, ежедневно отсутствующего на работе по причине временной утраты трудоспособности;

δ — сумма ставок страховых взносов на обязательное медицинское и социальное страхование, в настоящее время 0,048 от фонда заработной платы (ФЗП). Заметим, что ФЗП оценивается исходя не из среднесписочной численности, а от средней явочной численности работников, то есть за вычетом средней численности сотрудников, ежедневно отсутствующих на работе.

$$G_2 = S : 22 \times 2 \times P \times \gamma \times (1 - \varepsilon), \text{ где}$$

22 — среднее число рабочих дней в месяце;

2 — число дней временной нетрудоспособности, оплачиваемых из средств предприятия;

γ — среднее число случаев заболеваемости, приходящееся на одного среднесписочного работника;

ε — законодательные льготы по налогу на прибыль в связи с оплатой первых двух дней временной нетрудоспособности из средств предприятия. По закону $\varepsilon = 0,24$. В приведенном виде: $G_2 = 0,07 \times S \times P \times \gamma$.

G_3 может быть оценено как сумма годовых выплат предприятия в расчете на одного среднесписочного работника. По полученным нами оценкам, социальные льготы предприятий, связанные с заболеваемостью, колеблются от 0 до 4 тыс. рублей в год на одного работника и являются предметом договоренности работодателей и представителей работников.

$$G_3 = H \times P, \text{ где}$$

H — стоимостная оценка льгот предприятия в

связи с заболеваемостью сотрудников в расчете на одного среднесписочного работника. Если выразить ее в долях β от среднемесячной заработной платы, то: $G_3 = \beta \times S \times P$.

Экономия (E) по фонду заработной платы может быть оценена по формуле:

$$E = 12 \times S \times P \times \alpha.$$

Рассмотрим изменение издержек и экономии в зависимости от уровня заболеваемости и средней заработной платы на предприятии. При этом нас будет интересовать прежде всего изменение обязательных издержек, обусловленных законодательством, то есть $\hat{G} = G_1 + G_2$.

Поскольку показатель среднесписочной численности P присутствует во всех слагаемых издержек и экономии, среднесписочная численность персонала может рассматриваться как масштабный коэффициент (в нашем случае 3000), не влияющий на характер изменений, отраженных на рис. 3.

При этом соотношение «экономия/затраты» не зависит от уровня средней заработной платы и увеличивается с повышением уровня заболеваемости (см. рис. 4).

Как показывает характер изменения обязательных издержек предприятий в связи с заболеваемостью и экономией по заработной плате, представленных на рис. 3, эти зависимости пересекаются. Точка пересечения (назовем ее характеристической точкой «К») характеризует уровень заболеваемости, при котором экономия и издержки равны, и означает, что в этой точке $G = E$, или:

$$12 \times S \times (P - P \times \alpha) \times \delta + 0,07 \times S \times P \times \gamma + \beta \times S \times P = 12 \times S \times P \times \alpha.$$

Проведя несложные преобразования, можем получить значение уровня заболеваемости α_K , при котором в случае применения данной модели организации производства экономия полностью возмещает издержки предприятия в связи с заболеваемостью:

$$\alpha_K = \{\delta : (1 + \delta)\} + \{0,0058 \gamma : (1 + \delta)\} + \{0,083 \beta : (1 + \delta)\} \quad (2)$$

Если принять, что ставка страховых взносов на обязательное медицинское и социаль-

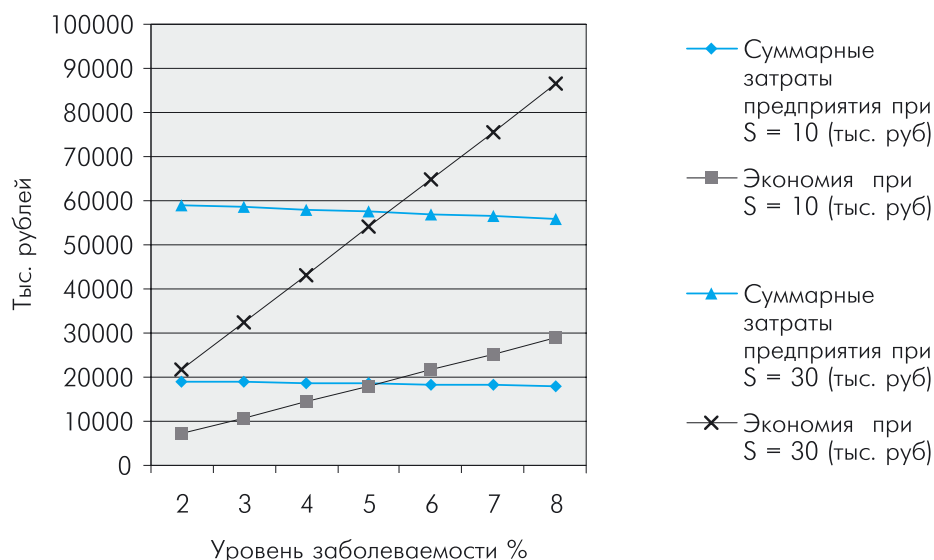


Рис. 3. Изменение издержек и экономии предприятия с численностью персонала 3000 человек и средней заработной платой в 10 и 30 тыс. рублей

Экономия/затраты

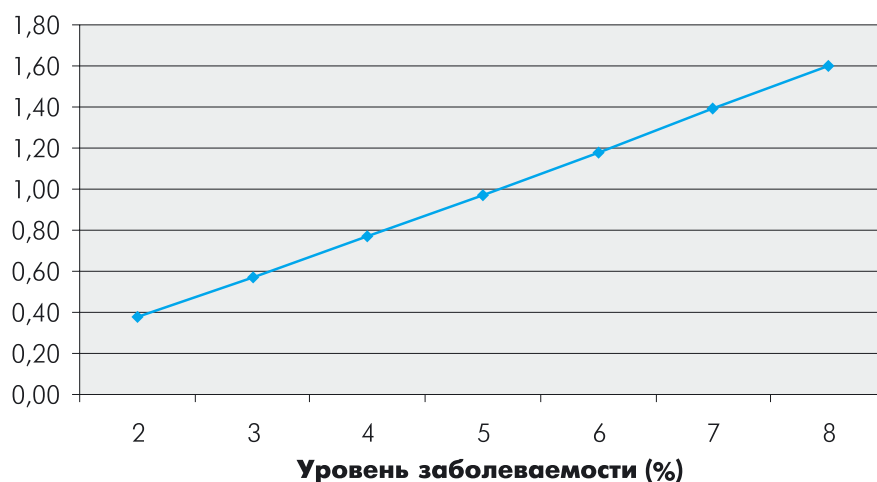


Рис. 4. Характеристика соотношения «экономика/затраты» при различных уровнях заболеваемости

ное страхование $\delta = 0,048$, среднее число случаев заболеваемости среднесписочного работника $\gamma = 1$ и выплаты за первые 2 дня болезни производятся в размере средней заработной платы, то без учета издержек в связи с заболеваемостью сверх установленных законом значение α_k определяется следующей величиной: $\alpha_k = 0,046 + 0,006 = 0,052$. Следует заметить, значение α_k в основном определяется величиной ставки страхового

взноса на обязательное медицинское и социальное страхование и примерно равно ее величине.

Установление предприятием социальных льгот в связи с заболеваемостью в размере 0,1 от средней месячной заработной платы увеличивает α_k на 0,08.

Из вышерассмотренной модели следует:

1. Персонал предприятия за дни нетрудоспособности получает денежную компенса-



Таблица 1

Качественные различия моделей организации производства при отсутствии работников по болезни

	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 4.1	Модель 4.2
Риски упущенных доходов	есть	нет	нет	нет	нет
Экономия по фонду оплаты труда	есть	есть	нет	нет	есть
Рост суммарных издержек (убытков) с ростом заболеваемости	есть	нет	есть	есть	нет
Риски нарушений трудового законодательства	нет	есть	нет	нет	есть
Риски злоупотреблений по выдаче б/л	нет	есть	нет	нет	есть
Риски презентизма*	есть	нет	есть	есть	нет

* Презентизм — присутствие сотрудника на работе в состоянии заболевания. Презентизм снижает производительность труда.

цию в соответствии со среднемесячной заработной платой и не несет на предприятии экономических потерь в связи с заболеваниями.

2. Риски за повышенный уровень заболеваемости персонала предприятия в соответствии с существующим законодательством несет Федеральный фонд ОСС.

3. В связи с тем, что работу за отсутствующих по болезни сотрудников выполняет присутствующий персонал без компенсации трудозатрат, на предприятии образуется существенная экономия средств по фонду оплаты труда, которая тем выше, чем выше уровень заболеваемости и оплаты труда.

4. Существует некоторый уровень заболеваемости, при котором суммарные производственные издержки предприятия, связанные с обязательным медицинским и социальным страхованием, социальными льготами, предоставляемыми предприятием своим сотрудникам, полностью компенсируются экономией по фонду оплаты труда.

5. Предприятие не имеет экономического интереса в сокращении числа больничных листов и сокращении числа дней нетрудоспособности сотрудников. При наличии у предприятия собственных медицинских учреждений, уполномоченных выдавать больничные листы, существуют возможности злоупотреблений.

В заключение данной статьи приведем качественные различия рассмотренных выше моделей организации производства в связи с отсутствием работников по болезни (см. табл. 1).

Выше нами рассмотрено влияние организационных моделей на экономику предприятий на концептуальном уровне, когда та или иная модель организации производства используется применительно ко всем подразделениям и всем рабочим местам. В реальных условиях характер труда работников различных подразделений и в рамках одного подразделения может иметь существенные отличия и на предприятии для различных подразделений могут быть использованы различные модели.

Литература

1. Шохин А. Кадры и экономический рост. — Сайт журнала «Промышленник России», <http://www.promros.ru>



И.А. Гундаров, А.А. Алиева,

НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М.Сеченова

МЕТОДИКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕЗЕРВА ЗДОРОВЬЯ

Эффективное управление здоровьем населения требует измерения его исходных уровней и контроля над ними при проведении оздоровительных мероприятий. Для измерения здоровья необходимы соответствующие диагностические (валеометрические) методики. При их разработке требуется соблюдение стандартов качества изделия, в противном случае невозможно сравнивать разные технологии и говорить об их адекватности решаемой задаче. Такие критерии не выработаны в здравоохранении. Первые подходы к определению принципов стандартизованной валеометрии представлены ранее [14]. В соответствии с ними целью настоящей статьи является описание технологии оценки резерва здоровья ЭСКИЗ (Экспертная Система Контроля Индивидуального Здоровья). Технология является оригинальной, в отечественной и зарубежной литературе аналогов не имеется. Этим объясняется необходимость использования большого числа ссылок на результаты собственных исследований с указанием библиографических источников информации.

1. Определение здоровья. Разработке способов измерения здоровья должно предшествовать определение самого предмета измерения. В программе ЭСКИЗ дается практическое определение здоровья, предназначенное для употребления при индивидуальной работе с пациентом. Здоровье человека — это такое состояние и способ функционирования организма, которые обеспечивают дожитие до необходимого возраста, достаточную удовлетворенность своим физическим и психическим благополучием и адекватную дееспособность [13]. Каждый из перечисленных аспектов имеет собственную размерную величину. Соответственно при измерении количества здоровья требуется определить у человека: а) степень его

жизнеспособности (вероятность дожития, резерв здоровья), б) самооценку состояния организма (качество здоровья), в) соответствие функциональных возможностей требованиям среды (дееспособность). В результате у любого здорового и больного пациента будет обнаружено наличие здоровья, но в разном количестве.

Для оценки второго и третьего аспектов в современной медицине имеется большое количество диагностических методик [29, 32, 34]. Наиболее трудоемким представляется первый аспект. Исследований по прогнозированию индивидуального риска общей смерти при профилактической работе с пациентом в отечественной и зарубежной литературе не выявлено.

2. Субстрат здоровья. При осуществлении оздоровительных мероприятий требуется не только измерить количество здоровья, но и осуществить его коррекцию. Для этого необходимо видеть в организме тот морфофункциональный субстрат, который подлежит укреплению. Изучению соматических механизмов жизнеспособности уделялось большое внимание в работах по саногенезу [22], адаптивным механизмам и донозологическим процессам [3, 19], энергообмену [1, 2, 16], третьему состоянию [5], биологическому возрасту [6, 7]. Показано, что фундаментом здоровья служит энергопластический потенциал организма, важнейшим показателем которого выступает основной обмен (ОО) [1, 2, 16]. Сформулировано представление об энергетическом «ядре» и «периферии» здоровья, где наиболее энергоемкой служит область головы, потребляющая до 40% всего ОО [27].

Поддержание энергопластического гомеостаза обеспечивается комплексом физических, биохимических, гормональных и других процессов. Со стороны сердечно-сосудистой системы в этот комплекс входят три основных блока. Гемокинети-



ческий блок включает ударный индекс сердца (УИ), пульсовой приток крови (ППК) в жизненно важные органы, минутный объем кровообращения и др. Ангиотонический блок образован миогенными и эластическими структурами сосудистой стенки, обеспечивающими общее периферическое сопротивление (ОПС), тонус сосудов мозга (ТСМ) и других органов. Тензионный блок представлен артериальным давлением: систолическим (САД), диастолическим (ДАД), пульсовым и др.

Перечисленные параметры существуют между собой в системной взаимосвязи, представленной в подробном обзоре [11]. Так, увеличение УИ и ППК сочетается с ростом потребления кислорода, ускорением микроциркуляции, уменьшением коагулирующей активности крови, увеличением жизненной емкости легких, снижением концентрации катехоламинов, ренина, холестерина плазмы крови, увеличением эндотелиальной активности сосудов, снижением периферического сосудистого сопротивления и тонуса артерий мозга, сердца, почек, уменьшением артериального давления и др. Подобная сцепленность признаков обозначается понятием «физиологический синдром» [9, 24].

Продолжительность жизни человека в сильной степени определяется уровнями физиологического синдрома. Наибольшую прямую связь со смертностью имеет ТСМ, а наибольшую отрицательную связь — УИ и ППК в мозговые артерии [9, 11, 15]. Тем самым физиологический синдром предстает как соматический субстрат здоровья. Именно он, а не отдельные разрозненные параметры, подлежит измерению для принятия окончательных управленческих решений при проведении оздоровительных мероприятий. Его динамика является главным критерием эффективности мер профилактического воздействия [12].

3. Процедура обследования. Для оценки резерва здоровья (прогноза жизнеспособности) измеряются: ударный индекс сердца, общее периферическое сопротивление, пульсовой приток крови в мозговые артерии, тонус сосудов головного мозга, минутный ТСМ, систолическое и диастолическое артериальное давление, частота сердечных сокращений (ЧСС) за 1 минуту, масса тела, длина тела, окружность грудной клетки.

Точность прогноза повышается, если расчет проводится по усредненным результатам 2–3 обследований с недельными интервалами.

4. Диагностическая аппаратура. В системе здравоохранения массовое измерение гемодинамики с целью оценки резерва здоровья требует простых, малозатратных технологий, с большой пропускной способностью. Этим задачам соответствуют реографические методы. Для неинвазивного измерения параметров центральной гемодинамики используется тетраполярная грудная реография [20, 23, 38], а для измерения мозгового кровообращения применяется реоэнцефалография [8, 17, 18, 25, 26, 31], валидность которых убедительно доказана [25, 26, 28, 30, 33, 38]. Имеются апробированные реографические приборы, выпускаемые отечественной промышленностью [4].

5. Моделирование вероятности дожития. Моделирование алгоритма жизнеспособности (риска общей смерти) выполнено на контингенте 847 мужчин 25–59 лет, направленных в диагностический центр без специального отбора из районных поликлиник г. Москвы. У пациентов не было тяжелых заболеваний и ограничений трудоспособности. Обследование проведено в 1980–1984 гг. Длительность последующего наблюдения составила 16 лет. В случае смерти ее причина выяснялась по запросам в бюро ЗАГС. Выделялись три группы причин: сердечно-сосудистые заболевания (59,1%), злокачественные новообразования (16,5%) и прочие (24,4%).

Статистическое моделирование проведено с помощью пошаговой линейной регрессии. Зависимой переменной являлся факт жизни/смерти (1/0). Независимыми переменными служили показатели перечисленных выше параметров. В результате индекс резерва здоровья (ИРЗ) на обучающей выборке оказался представленным набором гемодинамических признаков $ППК - УИ/ТСМ/рост - САД - ОПС + ДАД - ТСМ \cdot ЧСС$, с соответствующими бета-коэффициентами.

6. Единица измерения и нормативы. Поскольку продуктом прогнозирования является шанс дожития, постольку в качестве единицы измерения предложена «Вита». Одна Вита равна 1% вероятности остаться живым в ближайшие 10 лет.



Для оценки величины ИРЗ по отношению к норме, требуется сопоставление получаемых уровней с эталоном. Вопрос о выработке нормативов риска смерти у лиц трудоспособного возраста раньше не ставился в практической медицине. Такая потребность возникла при измерении индивидуальных показателей вероятности дожития. С позиций разумной достаточности в программе ЭСКИЗ предлагается принимать за норму минимальные уровни смертности, достижимые при современном уровне развития здравоохранения. Применительно к России таковыми взяты наиболее благоприятные по демографической ситуации 1986–1988 годы.

Известно, что смертность населения зависит от географической широты проживания. В трудоспособном возрасте у мужчин продолжительность жизни сокращается по мере удаления от экватора, и наоборот [10]. Поэтому нормативы жизнеспособности приводятся к географической широте постоянного места жительства. Дополнительно выполняется их дифференциация по полу и пятилетиям возраста.

7. Сила прогноза. Из традиционных эпидемиологических показателей наиболее сильной связью со смертностью обладают систолическое АД и возраст. Эти параметры риска принято использовать как «золотой стандарт» для оценки прогностической силы других факторов. В нашем случае коэффициент детерминации дожития с использованием показателей центральной и мозговой гемодинамики оказался в 1,7 раза сильнее, чем прогноз с помощью САД, ДАД, роста, веса, ЧСС вместе взятых. Подключение возраста почти не влияло на коэффициент детерминации риска смерти по сравнению с гемодинамическим алгоритмом [15].

При делении обследованных на десять равных по численности групп (децили), исходя из нарастания ИРЗ, были выделены лица с очень малым резервом здоровья (менее 60 Вит), малым, средним, большим и очень большим резервом здоровья (более 96 Вит). По мере увеличения резерва здоровья от первого дециля к последнему отмечалось снижение общей смертности в 18 раз, от 41,7 до 2,3% (рис. 1).

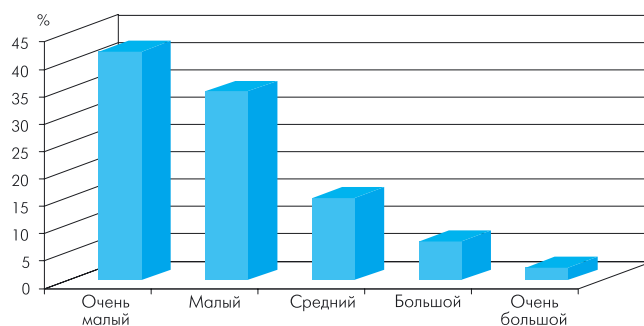


Рис. 1. **Общая смертность при разных уровнях резерва здоровья (мужчины 25–59 лет, наблюдение 16 лет) (%)**

Анализ смертности от отдельных причин показал, что увеличение ИРЗ по квинтилям сопровождалось снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 6,5 раза, злокачественных новообразований в 5,5 раза, остальных причин в 22,3 раза (табл. 1). Данный факт указывает на неспецифическую природу резерва здоровья организма.

8. Повторяемость оценки. Повторяемость оценок одних и тех же реографических записей проверена при сопоставлении их повторных расшифровок одним и тем же специалистом (внутриисследовательская вариабельность), а также разными специалистами (межисследовательская вариабельность). Для этого использовался набор из 33 разных тетраполярных грудных реограмм и 33 реоэнцефалограмм, где каждая повторяется трижды. При трехкратной расшифровке каждым специалистом одних и тех же реограмм коэффициент корреляции относительно первой расшифровки составил для перечисленных параметров более 0,9. Коэффициент парной корреляции между расчетами отдельных специалистов и эталоном, которым служила суммарная оценка экспертов, составил для параметров центральной и мозговой гемодинамики более 0,9 [11, 21].

Повторяемость реографических показателей была изучена при повторном через 40–60 минут обследовании. Электроды каждый раз накладывались заново. В группе из 70 пациентов коэффициент корреляции между первым и вторым замерами составил для параметров центральной и мозговой гемодинамики более 0,9 [11, 21].



Таблица 1

Смертность (%) от отдельных причин в квинтилях индекса резерва здоровья (мужчины 25-59 лет, наблюдение 16 лет)

Причины смерти	К В И Н Т И Л И И Р З					RR I/V
	I (n=167)	II (n=170)	III (n=173)	IV (n=170)	V (n=167)	
ССЗ	23,4	14,1	8,1	5,9	3,6	6,5*
Опухоли	6,6	2,3	4,1	1,1	1,2	5,5*
Прочие	13,2	4,7	1,7	2,9	0,6	22,3*

* Достоверность по хи-квадрату < 0,05

9. Устойчивость гемодинамических факторов.

Устойчивость УИ, ТСМ и ППК во времени (трекинг) была изучена при 7-летнем наблюдении за 283 практически здоровыми лицами (133 мужчины и 150 женщин) 15–49 лет. Коэффициент сопряженности между рангами показателей первого и второго измерений составил для ударного индекса сердца 0,57, общего периферического сопротивления 0,51, притока крови в мозговые артерии 0,55, тонуса сосудов мозга 0,50. Для сравнения устойчивость систолического АД характеризовалась коэффициентом сопряженности 0,47, диастолического АД 0,45, частоты сердечных сокращений 0,38 [11, 21].

Наибольшая устойчивость параметров мозговой гемодинамики, выше САД и ДАД, согласуется с результатами генетических близнецовых исследований [6]. В них показано, что наиболее высокими коэффициентами наследуемости обладают тонус мозговых сосудов ($r=0,56-0,79$) и их кровенаполнение ($r=0,24$). Затем идут диастолическое АД ($r=0,19$) и систолическое АД ($r=0,04$).

Использование прогностически устойчивых гемодинамических параметров в программе ЭСКИЗ позволило обеспечить достаточную точность прогноза дожития при длительном наблюдении — до 16 лет.

10. Воспроизводимость прогноза на других популяциях. Универсальность прогностических гемодинамических связей была проверена на других контингентах. На популяционной подвыборке 3908 мужчин 40–59 лет в Москве и 3907 мужчин 40–59 лет в Ленинграде при 10-летнем наблюдении обнаружены аналогичные зависимости: смертность нарастала при увеличении ТСМ, ОПС и снижалась при увеличении УИ, ППК [11]. В западной научной

литературе появляется все большее количество сообщений о сильном прогностическом значении индекса приращения (augmentation index) — гемодинамическом параметре, методика расчета которого почти идентична расчету ТСМ [28, 36, 37].

11. Пропускная способность, трудоемкость, стандартизуемость. Пропускная способность технологии ЭСКИЗ составляет 3–4 человека в час. Работа с программой доступна среднему медицинскому персоналу, прошедшему недельный курс обучения. Это освобождает врача от затрат по времени на первичное обследование пациента. Все этапы работы доступны стандартизации и внутреннему контролю качества путем использования тестового набора программ. Перечисленное делает методику доступной массовому применению, обуславливает высокую медико-социальную и экономическую эффективность, повышает рентабельность профилактической работы с населением.

12. Сфера применения. Технология ЭСКИЗ предназначена для врачей медико-профилактического дела, гигиенистов, восстановительной медицины, валеологии, организации здравоохранения и общественного здоровья, кардиологов, терапевтов, неврологов, общей практики, военно-космической медицины, лечебной физкультуры, функциональной диагностики, — и может использоваться в лечебно-профилактических учреждениях (больницы, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, диагностические центры, санаторно-курортные учреждения), в учреждениях здравоохранения особого типа (центры медицинской профилактики).

Список цитируемой литературы может быть запрошен в редакции.



БЕССИСТЕМНАЯ МЕДИЦИНА: ОПЫТ США



Данный материал является сокращенной версией интервью профессора Уильяма Пека (William Peck), руководителя Центра политики в сфере здравоохранения при Университете имени Вашингтона в Сент-Луисе (Washington University in St. Louis's Center for Health Policy), данного Агентству Washington ProFile (проект Института Мировой Безопасности World Security Institute (WSI)).

Вопрос: Систему здравоохранения США постоянно критикуют за крайне высокую стоимость, неадекватный сервис и пр. Кто виноват в том, что сложилась подобная система — политики, страховые компании, медики или кто-то еще?



Пек: Во-первых, в США, в отличие от большинства других индустриально развитых стран мира, не существует системы здравоохранения. Под системой подразумевается высокоорганизованный и единый подход к решению каких-либо проблем — в американском здравоохранении подобное отсутствует. Есть разные подходы к организации финансирования и функционирования медицинских учреждений и сервисов, что можно воспринимать как наличие множества различных систем. Например, существуют разные системы страхового медицинского обеспечения: страховки, которые предоставляют своим сотрудникам работодатели, власти различного уровня, социальные службы и т. д. Также присутствует система, которая позволяет людям, не имеющим страховки, обращаться за медицинской помощью в больницы и в иные учреждения.

Во-вторых, американская «система» здравоохранения имеет много сильных сторон. США являются мировым лидером в сфере медицинских исследований, в фармацевтике, в производстве медицинского оборудования и т. д. Вероятно, что в мире также нет более современных и более развитых научно-исследовательских медицинских центров. В-третьих, США могут гордиться хорошо оборудованными, современными больницами и высококвалифицированным медицинским персоналом — врачами, медсестрами и др.

Но, с другой стороны, в области здравоохранения в США присутствует несколько очень важных недостатков и слабостей. Прежде всего, приблизительно 45 млн американцев живут без медицинской страховки. Вероятно, еще десятки миллионов застрахованы на слишком низкую сумму, не позволяющую полностью оплачивать крупные медицинские счета. Нужно добавить, что отсутствие страховки — главная причина личных банкротств американцев. США тратят на здравоохранение больше всех мире, однако мы уступаем другим развитым странам по многим важным критериям. Мы также сталкиваемся с нехваткой медиков — с этой проблемой, между прочим, сталкиваются многие другие государства.



В том, что эта «несистема» сформировалась винить некого. Просто так получилось. Каждые 10–15 лет власти начинают прикладывать серьезные усилия, чтобы реорганизовать эту сферу, но, несмотря на все попытки, единой системы все равно не существует. В последний раз подобные реформы пытались проводить Билл и Хиллари Клинтон в 1993–1994 годах. Обвинять кого-то в упущениях — бессмысленно. Я думаю, мы просто должны понять, где мы находимся, и двигаться дальше.

Вопрос: Ныне кандидаты в президенты от Демократической партии обещают поставить проблему здравоохранения во главу угла своей политики. К чему это может привести, если кто-то из них выиграет выборы?

Пек: Мои пророческие способности несколько ослабели. Каждый раз, когда я предсказываю, что в течение ближайших пяти лет произойдут важные изменения в сфере здравоохранения, меня ждет фиаско. Однако, я считаю, что больше американцев будут защищены какими-то страховками. И это случится в ближайшем будущем, вероятно, после президентских выборов, независимо от того, кто окажется в Белом доме — республиканец или демократ.

Появится ли в США система всеобщего медицинского страхования в течение пяти лет? Я думаю, что это возможно, но вероятно, что первоначально политики будут концентрироваться на детях, так как в нашей стране 8 или 9 миллионов детей живут в семьях, не имеющих страховок, и эта тема уже активно обсуждается. Нельзя сказать, что это решит проблему неравенства в качестве лечения или доступа в этой сфере.

Априори, очевидно, что сложно будет выправлять накопившиеся проблемы со здоровьем у тех американцев, которые долгое время не могли позволить себе роскоши медицинской помощи. Но увеличение числа застрахованных станет реальным шагом вперед. Всеобщее страхование, безусловно, необходимо, однако для создания высококачественной системы здравоохранения нужно делать намного больше.

Вопрос: В последние годы идет процесс «глобализации» медицинского обслуживания, когда жители «богатых» стран едут лечиться в «бедные» — это позволяет им сэкономить много денег. Какое влияние это может оказать на здравоохранение США?

Пек: Канадцы едут в США на лечение, а американцы с этой же целью летят в Индию или в другие места... В основном, целью подобных поездок являются различные хирургические операции. Я не знаю, как часто это происходит, но думаю, что речь идет об очень небольшом количестве людей. Я не считаю, что сегодня это является серьезной проблемой, однако это можно рассматривать как симптом нездоровья здравоохранения США.

Есть и другие проявления этой болезни: например, появились «быстрые клиники» (кабинеты медпомощи, снабженные минимумом оборудования, их открывают, например, в торговых центрах и аптеках — Washington ProFile), в которых, в большинстве своем, работают не врачи, а медсестры. Появление этих



сервисов показывает, что люди устали часами ждать приема в больницах и кабинетах врачей, что они не могут дозвониться до врачей по выходным и праздникам и пр. Это — сравнительно маленькие изменения, но они действительно указывают, что американское общество не удовлетворено нынешней ситуацией.

Вопрос: Следовательно, усилится конкуренция между фармацевтическими компаниями и предприятиями, выпускающими «альтернативные» медицинские препараты, например, гомеопатические?



Пек: Я лично получаю очень большую пользу от работы фармацевтической промышленности, поскольку у меня болезнь коронарной артерии, и мне чрезвычайно помогают различные лекарства. Нет никаких сомнений в том, что благодаря усилиям фармацевтов удалось предотвратить огромное количество страданий и смертей. Благодаря достижениям фармацевтов мы можем излечивать детскую лейкемию и многие формы взрослой лейкемии. Мы способны бороться со многими другими тяжелейшими заболеваниями. Без прогресса в этой сфере наше здоровье было бы намного хуже. С другой стороны, некоторые действия фармацевтов вызывают определенное беспокойство. Но мы надеемся, что фармацевтические компании смогут исправить свои ошибки.

Альтернативная медицина существует многие столетия. И это действительно говорит о том, что люди хотят управлять собственным здоровьем. Это также подтверждает, что наши медицинские знания не абсолютны. Фактически, мы знаем только маленькую часть того, что должны знать — существуют некоторые болезни, с которыми мы не умеем эффективно бороться. Все это позволяет предлагать альтернативные подходы, и некоторые из них оказывают благотворное воздействие. В Национальном институте здоровья создан отдел нетрадиционной медицины, который проводит исследования, чтобы определить безопасность и эффективность этих методик. Дело в том, что некоторые методы альтернативного лечения могут оказывать весьма серьезное негативное воздействие на больных.

Вопрос: Многие люди стали получать медицинскую информацию и соответствующие советы в интернете. Как Вы оцениваете это явление?



Пек: Если информация точна, то нужно сделать так, чтобы она была максимально доступна. Использование интернета может способствовать повышению грамотности населения в этой сфере и может помогать в деле выбора правильного лечения. Однако вопрос заключается в том, какова степень точности медицинской информации, доступной во Всемирной Сети.

Источник: <http://www.washprofile.org/ru>



Ф.Н. Кадыров,

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

НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ О ГОСУДАРСТВЕННОМ (МУНИЦИПАЛЬНОМ) ЗАКАЗЕ



Изменчивость законодательства о государственном (муниципальном) заказе вынуждает нас вновь вернуться к этой теме.

С 01.10.2007 вступает в силу Федеральный закон № 218-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» от 24.07.2007 и отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее — Закон № 218-ФЗ). Отдельные положения Закона № 218-ФЗ вступают в силу с 1 января 2010 г. и с 1 января 2011 г.

Ниже приведен анализ основных изменений в законодательстве.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Введено дополнительное основание, в соответствии с которым заказчик обязан отказаться от заключения контракта с участником размещения заказа в случае установления факта наличия задолженности по начисленным налогам, сборам и иным обязательным платежам в бюджеты любого уровня или государственные внебюджетные фонды за прошедший календарный год, размер которой превышает двадцать пять процентов балансовой стоимости активов участника размещения заказа по данным бухгалтерской отчетности за последний отчетный период, при условии, что участник размещения заказа не обжалует наличие указанной задолженности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. Установлен срок действия выписки из единого государственного реестра юридических лиц (для юридических лиц) и выписки из единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (для индивидуальных предпринимателей). Указанные документы должны быть получены не ранее чем за шесть месяцев до дня размещения на официальном сайте извещения о проведении открытого конкурса (аукциона).

3. Изменены требования к протоколам, составляемым в ходе процедур торгов.

3.1. С 1 января 2011 отменяется необходимость опубликования в официальном печатном издании извещения о проведении открытого конкурса (аукциона), протокола оценки и сопоставления заявок на участие в конкурсе, протокола аукциона.

3.2. Протокол рассмотрения заявок на участие в конкурсе (аукционе) дополняется сведениями с указанием положений Федерального закона № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» от 21.07.2005 (далее — Закон № 94-ФЗ), которым не соответствует участник размещения заказа, положений конкурсной документации (документации об аукционе), которым не соответствует заявка на участие в конкурсе (аукционе) этого участника размещения заказа, положений такой заявки, не соответствующих требованиям конкурсной документации (документации об аукционе), сведений о решении каждого члена конкурсной (аукционной) комиссии о допуске участника размещения заказа к уча-



стию в конкурсе (аукционе) или об отказе ему в допуске к участию в конкурсе (аукционе), то есть о результатах голосования.

3.3. Введен новый протокол об отказе от заключения государственного (муниципального) контракта в процедурах проведения торгов, запросов котировок.

Указанный протокол составляется комиссией в срок не позднее дня, следующего после дня установления фактов, являющихся основанием для отказа от заключения контракта, в следующих случаях:

- в случае отказа заказчика от заключения контракта с победителем конкурса, аукциона или победителем в проведении запроса котировок;

- в случае отказа заказчика от заключения контракта с участником размещения заказа, с которым подписывается контракт при уклонении победителя конкурса, аукциона или победителя в проведении запроса котировок, конкурсной, аукционной или котировочной комиссией.

Протокол подписывается всеми присутствующими членами комиссии и заказчиком в день его составления. Протокол составляется в двух экземплярах, один из которых хранится у заказчика, а другой в течение двух рабочих дней со дня его подписания передается лицу, с которым заказчик отказывается заключить контракт.

Протокол размещается заказчиком на официальном сайте в течение дня, следующего после дня подписания указанного протокола.

4. Установлена обязанность заказчика, уполномоченного органа в отношении закрытых торгов направлять приглашения принять участие в закрытом конкурсе (аукционе), протоколы вскрытия заявок на участие в конкурсе, рассмотрения заявок на участие в конкурсе, оценки и сопоставления заявок на участие в конкурсе, протоколы рассмотрения заявок на участие в аукционе, протоколы аукциона в Федеральную антимонопольную службу.

5. Конкретизированы условия установления требования обеспечения исполнения

государственного (муниципального) контракта в случае, если начальная (максимальная) цена контракта (цена лота) более пятидесяти миллионов рублей, и аванс превышает тридцать процентов начальной (максимальной) цены контракта — в размере, не превышающем на двадцать процентов размер аванса, но не менее чем размер аванса.

Уточнены требования, предъявляемые к обеспечению исполнения государственного (муниципального) контракта. Государственный (муниципальный) контракт заключается только после предоставления участником конкурса (аукциона), с которым заключается государственный (муниципальный) контракт, безотзывной банковской гарантии, страхования ответственности по государственному (муниципальному) контракту или передачи заказчику в залог денежных средств, в том числе в форме депозита (вклада).

6. Уточнена форма торгов (конкурс или аукцион), которую необходимо применять в отношении закупки определенных видов работ.

С 1 января 2008 размещение государственного (муниципального) заказа на выполнение работ по строительству, реконструкции, капитальному ремонту объекта капитального строительства, в том числе автомобильных дорог общего пользования (за исключением федеральных), а также временных построек, киосков, навесов и других подобных построек, для государственных (муниципальных) нужд осуществляется исключительно путем проведения аукциона.

Размещение заказа на выполнение работ по строительству, реконструкции, капитальному ремонту особо опасных, технически сложных объектов капитального строительства возможно осуществлять либо путем проведения конкурса, либо путем проведения аукциона.

7. Расширено понятие одноименных товаров, работ, услуг с подгруппы до группы.

8. Дополнены основания заключения дополнительных соглашений к государственным (муниципальным) контрактам:





— стало возможным изменение цены государственного (муниципального) контракта путем заключения дополнительного соглашения в случае размещения государственного (муниципального) заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) на основании пункта 2.1 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ: если заключается договор энергоснабжения или купли-продажи электрической энергии с гарантирующим поставщиком электрической энергии;

— установлена обязанность государственного (муниципального) заказчика соответственно изменить цену государственного (муниципального) контракта, заключенного на основании пункта 1 или 2 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ, в случае изменения в соответствии с законодательством Российской Федерации регулируемых государством цен (тарифов) на товары, работы, услуги субъектов естественных монополий, цен и тарифов в области газоснабжения, тарифов на товары и услуги организаций коммунального комплекса.

Установлен запрет на изменение цены в ходе исполнения государственного (муниципального) контракта в следующем случае: если в конкурсной документации, документации об аукционе при размещении заказа на выполнение работ по техническому обслуживанию и (или) ремонту техники, оборудования, на оказание услуг связи, юридических услуг указывалась стоимость запасных частей (каждой запасной части) к технике, к оборудованию, единицы услуги и (или) работы, предложенные участником размещения заказа. Цена, указанная в заявке на участие в конкурсе или при проведении аукциона, цена запасных частей (каждой запасной части) к технике, к оборудованию, цена единицы услуги и (или) работы будут являться твердыми и не смогут изменяться в ходе исполнения такого контракта.

9. Установлены сроки для направления в исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный на ведение реестра государственных контрактов, заказчиками сведений об изменении

условий государственных контрактов (в течение трех рабочих дней со дня внесения изменений), а также сведений об исполнении контракта (в течение трех рабочих дней со дня исполнения или расторжения государственного контракта).

10. Конкретизированы условия проведения закрытых торгов. Закрытые торги проводятся в случае если сведения о товарах, работах, услугах составляют государственную тайну, а также при условии, что такие сведения содержатся в конкурсной документации (документации об аукционе) либо в проекте государственного (муниципального) контракта.

11. Уточнен порядок рассмотрения жалоб участников размещения заказа уполномоченными на осуществление контроля в сфере размещения государственного заказа федеральным органом исполнительной власти, исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

12. Введена обязанность размещения вышеуказанными органами на официальном сайте информации о поступлении жалобы участника размещения заказа (при проведении открытых торгов) и ее содержании.

II. ПРОЦЕДУРА КОНКУРСА

1. Извещение может не содержать количества поставляемого товара, объема выполняемых работ, оказываемых услуг, если при проведении конкурса на право заключить государственный (муниципальный) контракт на выполнение технического обслуживания и (или) ремонта техники, оборудования, оказание услуг связи, юридических услуг невозможно определить необходимое количество запасных частей к технике, к оборудованию, объем работ, услуг.

2. Более жестко установлен запрет на указание на товарные знаки, знаки обслуживания, фирменные наименования, патенты, полезные модели, промышленные образцы, наименование места происхождения товара или наименование производителя. Не допускается включение указанных требований, а также иных требований к товару, его производителю,



информации, работам, услугам, если такие требования влекут за собой ограничение количества участников размещения заказа.

3. Предусмотрено право заключения государственных (муниципальных) контрактов с несколькими победителями в случае, если конкурс проводится на поставку технических средств реабилитации инвалидов, оказание услуг в сфере образования, услуг по санаторно-курортному лечению и оздоровлению для государственных (муниципальных) нужд. Установлены особенности проведения указанных конкурсных процедур.

4. В случае если при проведении конкурса на право заключить государственный (муниципальный) контракт на выполнение технического обслуживания и (или) ремонта техники, оборудования, оказание услуг связи, юридических услуг невозможно определить необходимое количество запасных частей к технике, к оборудованию, объем работ, услуг, заказчик, уполномоченный орган вправе указать в конкурсной документации начальную (максимальную) цену контракта (цену лота), а также начальную (максимальную) цену запасных частей (каждой запасной части) к технике, к оборудованию и начальную (максимальную) цену единицы услуги и (или) работы.

5. Конкретизированы условия проведения конкурсов на право заключить государственный (муниципальный) контракт на выполнение технического обслуживания и (или) ремонта техники, оборудования, оказания услуг связи, юридических услуг (предусмотрена возможность проведения конкурса с ценой за единицу продукции).

6. Установлена обязанность участника размещения заказа в любом случае, а не только в случае необходимости, предоставлять документ, подтверждающий полномочия лица на осуществление действий от имени участника размещения заказа.

7. С 1 октября 2007 участник размещения заказа вправе предоставлять в составе заявки на участие в конкурсе эскиз, рисунок,

чертеж, фотографию, иное изображение товара, образца (пробы) товара, на поставку которого размещается государственный (муниципальный) заказ. При этом представление в составе заявки на участие в конкурсе вышеуказанных материалов не может являться основанием для отказа в допуске к участию в конкурсе.

8. Протокол оценки и сопоставления заявок на участие в конкурсе дополняется сведениями о решении каждого члена комиссии о присвоении заявкам на участие в конкурсе значений по каждому из предусмотренных критериев оценки заявок на участие в конкурсе (в том числе результаты голосования).

9. В Закон № 94-ФЗ введена новая глава 2.1, посвященная особенностям размещения государственного (муниципального) заказа путем проведения открытого конкурса на право заключить государственный или муниципальный контракт на создание произведения литературы или искусства, исполнения, на финансирование проката или показа национального фильма.

III. ПРОЦЕДУРА АУКЦИОНА

1. Победителем аукциона может стать не только лицо, предложившее наиболее низкую цену государственного (муниципального) контракта, но и:

— лицо, предложившее наиболее высокую цену права заключить государственный (муниципальный) контракт (в случае если при проведении аукциона на право заключить контракт на оказание услуг по открытию и ведению банковских счетов, осуществлению расчетов по этим счетам цена контракта снижена до нуля, аукцион проводится на продажу права заключить государственный (муниципальный) контракт);

— лицо, предложившее наиболее низкую общую цену запасных частей к технике, к оборудованию, предусмотренных в перечне, указанном в пункте 5 части 4 статьи 34 Закона № 94-ФЗ, наиболее низкую цену единицы услуги.





2. С 1 января 2011 возможно предусматривать обеспечение участия в открытом аукционе в электронной форме.

3. Увеличен верхний предел начальной (максимальной) цены государственного (муниципального) контракта, при которой возможно размещение государственного (муниципального) заказа путем проведения аукциона в электронной форме, с 500 тысяч рублей до 1 миллиона рублей.

С 01 января 2011 проведение аукционов в электронной форме будет возможно осуществлять независимо от начальной (максимальной) цены государственного (муниципального) контракта.

4. Уточнены правила описания закупаемой на аукционе продукции. В том числе установлена возможность закупки полиграфической продукции, геральдических знаков, официальных символов, знаков отличия и различия, наград, форменной одежды, жетонов и удостоверений, сувенирной продукции по образцу заказчика или по трехмерному изображению и порядок проведения такой закупки.

5. Установлен механизм проведения аукциона на закупку запасных частей к технике, к оборудованию, на выполнение технического обслуживания и (или) на ремонт техники и оборудования, услуг связи, юридических услуг.

6. Аукционист выбирается из числа членов аукционной комиссии путем открытого голосования членов аукционной комиссии большинством голосов.

7. Более детально установлен порядок проведения аукциона.

8. С 1 января 2010 полностью изменяется порядок проведения аукциона в электронной форме. Указанные аукционы будут проводиться операторами электронных площадок, отбор которых будет осуществляться федеральным органом исполнительной власти (Министерством экономического развития и торговли Российской Федерации), обеспечивающим нормативное правовое регулирование в сфере размещения заказов.

IV. РАЗМЕЩЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО (МУНИЦИПАЛЬНОГО) ЗАКАЗА СПОСОБОМ ЗАПРОСА КОТИРОВОК

1. Введена возможность размещения государственного (муниципального) заказа путем проведения запроса котировок независимо от цены контракта на поставку продовольствия, средств, необходимых для оказания скорой или неотложной медицинской помощи, лекарственных средств, топлива, которые необходимы для нормального жизнеобеспечения граждан, и отсутствие которых приведет к нарушению их нормального жизнеобеспечения, в следующих случаях:

— в случае вынесения судом определения об обеспечении иска о расторжении государственного (муниципального) контракта;

— в случае выдачи Федеральной антимонопольной службой предписания об отмене результатов торгов и принятия решения о возможности размещения заказа на поставку таких товаров путем проведения запроса котировок.

При этом должны соблюдаться следующие условия:

— контракт на поставку указанных товаров может заключаться на срок, не превышающий срока, необходимого для проведения торгов;

— при заключении указанного контракта количество поставляемого товара не может превышать количество товара, необходимое для нормального жизнеобеспечения граждан в течение указанного срока.

2. Срок между днем размещения на официальном сайте извещения о проведении запроса котировок на поставку вышеуказанных товаров и днем истечения срока представления котировочных заявок должен составлять не менее чем четыре рабочих дня.

3. Уточнены требования, предъявляемые к котировочной заявке.

4. Введена обязанность заказчика вернуть котировочную заявку подавшему ее участнику размещения заказа, о расторжении контракта с которым подан иск.



V. РАЗМЕЩЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО (МУНИЦИПАЛЬНОГО) ЗАКАЗА У ЕДИНСТВЕННОГО ПОСТАВЩИКА (ИСПОЛНИТЕЛЯ, ПОДРЯДЧИКА)

1. В соответствии с частью 4.1 статьи 9 Закона № 94-ФЗ стало возможным изменение цены государственного (муниципального) контракта в случае размещения государственного (муниципального) заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) на основании пункта 2.1 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ — в случае если заключается договор энергоснабжения или купли-продажи электрической энергии с гарантирующим поставщиком электрической энергии.

При этом частью 6.4 статьи 9 Закона № 94-ФЗ установлена обязанность государственного (муниципального) заказчика соответственно изменить цену государственного (муниципального) контракта, заключенного на основании пункта 1 или 2 части 2 статьи 55 Федерального закона в случае изменения в соответствии с законодательством Российской Федерации регулируемых государством цен (тарифов) на товары, работы, услуги субъектов естественных монополий, цен и тарифов в области газоснабжения, тарифов на товары и услуги организаций коммунального комплекса.

7. Изменена редакция пункта 10 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ.

8. Перечень оснований для размещения государственного (муниципального) заказа у единственного поставщика (исполнителя, подрядчика) расширен.

Часть 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ дополнена следующими основаниями:

1. Осуществляется размещение заказов на приобретение произведений литературы и

искусства определенных авторов (за исключением случаев приобретения кинопроектов в целях проката), исполнений конкретных исполнителей, фонограмм конкретных изготовителей для государственных (муниципальных) нужд в случае, если единственному лицу принадлежат исключительные права на такие произведения, исполнения, фонограммы (пункт 18 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ);

2. Осуществляется размещение заказов на поставки печатных и электронных изданий определенных авторов, оказание услуг по предоставлению доступа к электронным изданиям для обеспечения деятельности государственных образовательных учреждений, государственных библиотек, государственных научных организаций у издателей таких печатных и электронных изданий в случае, если указанным издателям принадлежат исключительные права на использование таких изданий (пункт 19 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ);

3. Осуществляется размещение заказа на посещение зоопарка, театра, кинотеатра, концерта, цирка, музея, выставки, спортивного мероприятия (пункт 20 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ);

4. Осуществляется размещение заказа на оказание услуг нескольким государственным (муниципальным) заказчикам по участию в мероприятии, проводимом для государственных (муниципальных) нужд, и заказчиком, являющимся организатором такого мероприятия, выбран поставщик (исполнитель, подрядчик) в порядке, предусмотренном Федеральным законом (пункт 21 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ);

5. Осуществляется размещение заказа на оказание преподавательских услуг физическими лицами (пункт 22 части 2 статьи 55 Закона № 94-ФЗ).

При подготовке материала использовались Методические разъяснения Комитета экономического развития промышленной политики и торговли о введении в действие Федерального закона № 218-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» от 24.07.2007 и отдельные законодательные акты Российской Федерации».



90% совокупных расходов на здравоохранение сегодня приходится на 20 индустриально-развитых государств, входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития (Organisation for Economic Cooperation and Development), в которых проживает 20% населения планеты.



В среднем, эти государства тратят на здравоохранение 11% своего валового внутреннего продукта, а государства Африки и Юго-Восточной Азии — 4,7%. В результате, на одного жителя «богатого» государства расходуется \$3170 в год, а на жителя «бедной» страны — лишь \$36.



В 2005 году, по данным ООН, 1,3 млрд людей не имели доступа к базовым видам медицинской помощи. Главная причина этого — нехватка квалифицированного медицинского персонала. Наиболее острая нехватка медперсонала ощущается в 60 странах мира — наибольшие проблемы испытывают государства тропической Африки. Ныне в Африке на 1 тыс. человек приходится 2 медика, в Европе — 19, в Северной Америке — 25.



В 2005 году, по данным Всемирного банка, мировыми лидерами по количеству расходов на здравоохранение (по показателю — количество средств на душу населения) являлись: Люксембург (\$3329), Норвегия (\$3188), Исландия (\$2602), США (\$2503), Германия (\$2343), Швеция (\$2304), Дания (\$2292), Франция (\$2214), Швейцария (\$2213) и Канада (\$2098).



Всемирная организация здравоохранения оценила качество системы здравоохранения государств мира. Рейтинг показал, что качество медицинской помощи не всегда зависит от размеров страны, численности населения и состояния экономики. Также не существует некой универсальной модели организации здравоохранения, которая может принести успех и процветание всем государствам. В большинстве успешных в этом отношении странах мира используются собственные, иногда уникальные наработки и идеи. К примеру, лучшая в мире общественная система здравоохранения создана во Франции, на втором месте — Италия, на третьем — карликовое европейское государство Сан-Марино. Кроме них, в первой десятке: еще одно государство-карлик Андорра, Мальта, Сингапур, Испания, Оман, Австрия и Япония. Наличие в списке лидеров султана Оман, в котором ВВП на душу населения на момент исследования не превышал \$7,7 тыс. (для сравнения, во Франции он был \$24,4 тыс., в Испании — \$18 тыс.) опровергает расхожее убеждение, что здоровье нации зависит, прежде всего, от состояния экономики страны. США находятся лишь на 35-м месте, а Куба, чья экономика несравнима с американской, на почетном 37-м месте.



Исследование Университета Сент-Луиса (Saint Louis University School of Public Health) показало, что людей, страдающих ожирением, в Западной Европе ныне заметно меньше, чем в странах советского блока. Ожирение в наименьшей степени поразило Норвегию (всего 6% норвежцев имеют ненормально большой вес). В наибольшей степени эта проблема затронула Венгрию (19%), Россию и Литву (по 18%). В число наиболее «толстых» индустриально-развитых стран ныне входят: Великобритания (39% британцев старше 15-ти лет обладают лишним весом), Мексика, Австрия, Португалия, Австралия, Германия, Чехия, Исландия, Испания и Греция (35,2%). США оказались на 13-м месте в этом перечне, Япония — на 30-м.



По оценкам Всемирной организации здравоохранения, ежегодно курение убивает около 5 млн человек. Ныне в мире насчитывается около 1,3 млрд курильщиков, причем, если в индустриально развитых государствах число курильщиков постепенно уменьшается, то в «бедных» странах оно быстро растет. По данным компании Gallup, наибольшее число курильщиков проживает на Кубе — 40%. В России, Беларуси, Кувейте, Чили и Бангладеш курят 37%. В Эстонии, Латвии, Азербайджане и Индонезии курильщиков чуть меньше — 36%. В Казахстане их 35%, в Литве — 34%, в Аргентине и Китае — по 33%, в Украине и Вьетнаме — по 32%. В число наиболее курящих стран также входят Кипр, Мавритания и Словакия (по 31%), а также ЮАР и Бурунди (по 30%). Последние данные по США показывают, что курят 24% американцев — это рекордно низкий уровень. На другом полюсе находится Нигерия, где курят лишь 6% опрошенных. В число государств, большинство жителей которых не подвержены этой вредной привычке, также входят Сальвадор и Гана (по 8% курильщиков) и Афганистан с Эфиопией (по 9%).



По данным ООН, дорожно-транспортные происшествия занимают 10-е место в списке наиболее частых причин смерти людей. При этом ДТП являются главной причиной смерти подростков 15–19 лет. Наиболее безопасными в мире являются дороги Нидерландов (49 смертельных случаев на 1 млн жителей), Швеция, Норвегия, Великобритания, Швейцария, Германия, Финляндия, Дания, Япония и Исландия (79 смертей в ДТП на 1 млн). США здесь занимают лишь 27 место. Наиболее часто смерти в результате ДТП фиксируются в государствах Африки (200 и более смертей на 1 млн населения), чуть реже — в странах Ближнего Востока. Но и в Европе ДТП уносят жизни около 350 человек в день или свыше 127 тыс. человек в год, что сопоставимо с гибелью населения среднего по размерам города. В индустриально развитых государствах большинство погибших в ДТП — водители автомобилей. В «бедных» странах, напротив, наибольшее количество погибших составляют пешеходы, велосипедисты и пассажиры общественного транспорта.

Источник: Washington Profile



НОВОЕ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА

**КОНСУЛЬТАНТ —
ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА ЖУРНАЛА,
Д.Э.Н. Ф.Н.КАДЫРОВ**

Федеральным законом от 20 апреля 2007 г. № 54-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О минимальном размере оплаты труда» и другие законодательные акты Российской Федерации» внесены изменения в Федеральный закон от 19 июня 2000 года № 82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда», в Трудовой кодекс Российской Федерации, Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, признаны утратившими силу ряд положений других федеральных законов.

Основные изменения законодательства в сфере оплаты труда заключаются в следующем.

1. Минимальный размер оплаты труда с 1 сентября 2007 года установлен в сумме 2300 рублей в месяц.

2. Определено, что минимальный размер оплаты труда применяется для регулирования оплаты труда и определения размеров пособий по временной нетрудоспособности. Применение минимального размера оплаты труда для других целей не допускается.

3. Внесено изменение в положение статьи 2 Федерального закона от 19 июня 2000 года № 82-ФЗ «О минимальном размере оплаты труда», касающееся источников средств, за счет которых обеспечивается минимальный размер оплаты труда. Если раньше минимальный размер оплаты труда организациями, финансируемыми из бюджетных источников, выводился за счет средств соответствующих бюджетов, то теперь к источникам этих средств относятся еще и внебюджетные средства, а также средства, полученные от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности. Аналогичные дополнения коснулись Трудового кодекса РФ





(второго—четвертого абзацев части второй статьи 133). Это означает, что если раньше минимальный уровень оплаты труда должен был обеспечен только за счет средств соответствующего бюджета, а дополнительная оплата труда за счет доходов от платных услуг и т.д. не принималась в расчет и означала именно дополнительную оплату сверх минимального размера оплаты труда, то теперь минимальный размер оплаты труда определяется с учетом всех источников.

4. Утратила силу часть вторая статьи 129 Трудового кодекса РФ, которая содержала определение минимальной заработной платы (минимального размера оплаты труда).

5. В части третьей статьи 133 Трудового кодекса РФ уточнено, что месячная заработная плата работника, **полностью** отработавшего за этот период норму рабочего времени и выполнившего нормы труда (трудовые обязанности), не может быть ниже минимального размера оплаты труда.

6. Трудовой кодекс РФ дополнен статьей 133.1 следующего содержания (приведем ее полностью): «Статья 133.1. Установление размера минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации.

В субъекте Российской Федерации региональным соглашением о минимальной заработной плате может устанавливаться размер минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации.

Размер минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации может устанавливаться для работников, работающих на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, за исключением работников организаций, финансируемых из федерального бюджета.

Размер минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации устанавливается с учетом социально-экономических условий и величины прожиточного минимума трудоспособного населения в соответствующем субъекте Российской Федерации.

Размер минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации не может быть ниже минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом.

Размер минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации обеспечивается:

- организациями, финансируемыми из бюджетов субъектов Российской Федерации, — за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, внебюджетных средств, а также средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности;
- организациями, финансируемыми из местных бюджетов, — за счет средств местных бюджетов, внебюджетных средств, а также средств, полученных от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности;
- другими работодателями — за счет собственных средств.

Разработка проекта регионального соглашения о минимальной заработной плате и заключение указанного соглашения осуществляются трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений соответствующего субъекта Российской Федерации в порядке, установленном статьей 47 настоящего Кодекса.

После заключения регионального соглашения о минимальной заработной плате руководитель уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации предлагает работодателям, осуществляющим деятельность на территории этого субъекта Российской Федерации и не участвовавшим в заключении данного соглашения, присоединиться к нему. Указанное предложение подлежит официальному опубликованию вместе с текстом данного соглашения. Руководитель уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации уведомляет об опубликовании указанных предложения и соглашения федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выра-



ботке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

Если работодатели, осуществляющие деятельность на территории соответствующего субъекта Российской Федерации, в течение 30 календарных дней со дня официального опубликования предложения о присоединении к региональному соглашению о минимальной заработной плате не представили в уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации мотивированный письменный отказ присоединиться к нему, то указанное соглашение считается распространенным на этих работодателей со дня официального опубликования этого предложения и подлежит обязательному исполнению ими. К указанному отказу должны быть приложены протокол консультаций работодателя с выборным органом первичной профсоюзной организации, объединяющей работников данного работодателя, и предложения по срокам повышения минимальной заработной платы работников до размера, предусмотренного указанным соглашением.

В случае отказа работодателя присоединиться к региональному соглашению о минимальной заработной плате руководитель уполномоченного органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации имеет право пригласить представителей этого работодателя и представителей выборного органа первичной профсоюзной организации, объединяющей работников данного работодателя, для проведения консультаций с участием представителей сторон трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений соответствующего субъекта Российской Федерации. Представители работодателя, представители выборного органа первичной профсоюзной организации и представители указанной трехсторонней комиссии обязаны принимать участие в этих консультациях.

Копии письменных отказов работодателей от присоединения к региональному соглашению о минимальной заработной плате направляются уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующий территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на проведение государственного надзора и контроля за соблюдением трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права.

Месячная заработная плата работника, работающего на территории соответствующего субъекта Российской Федерации и состоящего в трудовых отношениях с работодателем, в отношении которого региональное соглашение о минимальной заработной плате действует в соответствии с частями третьей и четвертой статьи 48 настоящего Кодекса или на которого указанное соглашение распространено в порядке, установленном частями шестой—восьмой настоящей статьи, не может быть ниже размера минимальной заработной платы в этом субъекте Российской Федерации при условии, что указанным работником полностью отработана за этот период норма рабочего времени и выполнены нормы труда (трудовые обязанности)».

7. Установлено, что в связи с принятием данного Федерального закона не допускается снижение тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, а также компенсационных выплат (доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иных выплат компенсационного характера), установленных до дня вступления его в силу.



ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
О.Г. КОГАН — ВЕДУЩИЙ
СПЕЦИАЛИСТ КОМИТЕТА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**



Правомерно ли будет записать в Положении об оказании платных услуг в качестве основания для предоставления медицинских услуг на платной основе — «предоставление услуг, проводимых в порядке личной инициативы граждан при отсутствии соответствующего назначения в медицинской карте лечащим врачом».

Правильнее было бы сформулировать «при отсутствии медицинских показаний и соответствующего назначения». В данном случае основное условие оказания медицинской услуги за плату — отсутствие необходимости в ее оказании конкретному пациенту в определенной ситуации.



Учреждение в 2007 г. официально предложило купить пациенту в стационаре более дорогой препарат, чем могло обеспечить исходя из имеющегося финансирования. Пациент при этом подписал информированное согласие. Оба препарата входили в перечень медикаментов, утвержденных на уровне субъекта Федерации на 2006 г. (на 2007 г. такой перечень еще не был утвержден) и в федеральный перечень жизненно важных препаратов. Страховая организация на основании обращения гражданина требует вернуть ему деньги. Кто прав?

Права страховая организация. Перечень медикаментов, применяемый в рамках реализации Территориальной программы госгарантий, в соответствии с требованиями Минздравсоцразвития России, должен включать все жизненно важные лекарственные средства, определенные Правительством РФ. Все указанные в Перечне препараты должны предоставляться при оказании стационарной помощи бесплатно. Если лечение пациента можно провести с использованием тех лекарственных средств, которые имеются в стационаре, нет никакого смысла предлагать ему самому приобрести какие-либо препараты, тем более включенные в утвержденный перечень.





Что подразумевается под услугами, оказываемыми учреждениями здравоохранения, на платной основе, и является ли основанием для отказа в оплате талона №2 родового сертификата оказание сервисных «бытовых» услуг, предоставляемых родильными домами.

В соответствии с утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.01.2007 № 33 «Порядок и условия оплаты государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни, и выдачи женщинам родовых сертификатов» не подлежат оплате и направлению в региональные отделения Фонда социального страхования талоны родовых сертификатов за услуги, оказанные учреждениями здравоохранения на платной основе, в том числе в рамках договоров добровольного медицинского страхования.

Средства, которые учреждение (родильный дом) получает от Фонда социального страхования при предъявлении талона № 2, являются дополнительными к средствам, выделяемым в рамках Территориальной программы госгарантий для оказания медицинской помощи в период родов и послеродовой период, и расходуются они на оплату труда медицинского персонала, оснащение медицинским оборудованием, инструментарием и мягким инвентарем, обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения, дополнительным питанием беременных и кормящих. Соответственно, если женщине в период пребывания в родильном доме, были оказаны за плату услуги, в стоимость которых включены перечисленные позиции (а они включаются в стоимость любой медицинской услуги), дополнительных средств по родовому сертификату это учреждение не получит.

Предоставление немедицинских сервисных услуг (пребывание в палате повышенной комфортности, предоставление телевизора, холодильника и др.) не является основанием для отказа в оплате талона № 2, в том числе, если оказание немедицинских сервисных услуг является предметом договора ДМС (см. письмо Минздравсоцразвития России № 2989-ВС от 7 июня 2006).



СЛУЖБА ПРАВОВОГО КОНСАЛТИНГА «ГАРАНТ»

Данные консультации предоставлены экспертами **службы Правового консалтинга ГАРАНТ**. Правовой консалтинг является уникальной услугой индивидуального консультирования по правовым вопросам, которая предоставляется пользователям непосредственно во время работы с системой ГАРАНТ.

Основные преимущества услуги Правового консалтинга:

Гарантия качества: служба Правового консалтинга состоит из квалифицированных экспертов в области бухгалтерского учета, налогового и трудового права. Ответы поступают к пользователю только после прохождения дополнительной централизованной экспертизы рецензентами службы Правового консалтинга.

Оперативность: срок ответа на вопросы пользователя, принятые к рассмотрению, составляет два дня.

Удобство использования: полученные пользователем ответы хранятся в системе ГАРАНТ и содержат гиперссылки на дополнительные тематические материалы, имеющиеся в системе.



Имеет ли право — врач-стоматолог; -терапевт; -хирург; -ортодонт; -ортопед на дополнительно оплачиваемый 3-дневный отпуск, если в аттестации рабочих мест отмечены тяжелые условия их труда?

Согласно статье 117 Трудового кодекса РФ ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск предоставляется работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда: на подземных горных работах и открытых горных работах в разрезах и карьерах, в зонах радиоактивного заражения, на других работах, связанных с неблагоприятным воздействием на здоровье человека вредных физических, химических, биологических и иных факторов. При этом минимальная продолжительность ежегодного дополнительного оплачиваемого отпуска работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, и условия его предоставления устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

В соответствии со статьей 423 ТК РФ впредь до приведения законов и иных нормативных правовых актов, действующих на территории Российской Федерации, в соответствие с Трудовым кодексом РФ законы и иные правовые акты Российской Федерации, а также законодательные и иные нормативные правовые акты бывшего Союза ССР, действующие на территории Российской Федерации, применяются постольку, поскольку они не противоречат Трудовому кодексу РФ.

Так как до настоящего момента нормативного правового акта Правительства РФ по вопросу о предоставлении дополнительных отпусков за условия труда нет, то при решении данного вопроса следует руководствоваться Списком производств, цехов, профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, утвержденным Постановлением Госкомтруда СССР и Президиума ВЦСПС № 298/П-22 от 25 октября 1974 г.





В соответствии с пунктами 83 и 84 раздела XI «Здравоохранение» указанного Списка работа на таких должностях как врач-стоматолог, врач-стоматолог-протезист, врач-стоматолог-ортодонт, зубной врач, зубной техник, врач-стоматолог-хирург стационара дает право на дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 12 рабочих дней.

При этом следует учитывать, что одним из документов, служащих нормативной основой проведения аттестации рабочих мест по условиям труда, является Руководство Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», утвержденное Главным государственным санитарным врачом РФ 29 июля 2005 г. (см. пункт 1.3 Положения о порядке проведения аттестации рабочих мест по условиям труда, утвержденного Постановлением Минтруда РФ № 12 от 14 марта 1997 г.). В соответствии с данным руководством тяжесть труда является одним из факторов, определяющих степень вредности условий труда.

*А.Г. Кикинская, эксперт службы правового консалтинга ГАРАНТ
29 сентября 2006 г.*



Сотрудница ушла в декретный отпуск по беременности и родам. Можно ли принять на работу нового сотрудника на это место уже сейчас?

Да, это вполне возможно. Причем существует несколько способов «замены» отсутствующего сотрудника.

1. Работодатель согласно положениям ст. 59 ТК РФ может заключить с работником срочный трудовой договор для замены временно отсутствующего работника, за которым в соответствии с законом сохраняется место работы (за женщиной на время отпуска по беременности и родам сохраняется место работы (должность) — ст. 255 ТК РФ, ст. 23 Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г., п. 1.1 Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, утв. Приказом Минздравмедпрома РФ № 206 от 19 октября 1994 г. и Постановлением Фонда социального страхования РФ № 21 от 19 октября 1994 г.).

Обратите внимание, что с октября 2006 г. эта норма действует в иной редакции: срочный трудовой договор заключается на время исполнения обязанностей отсутствующего работника, за которым в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами, трудовым договором сохраняется место работы. Эта формулировка важна для правильного оформления трудового договора, кадровых документов.

2. Для замены временно отсутствующего работника можно обойтись и «своими» силами. Работодателю ст. 74 ТК РФ предоставлено право переводить работника для замещения отсутствующего работника на срок до одного месяца на безусловленную трудовым договором работу в той же организации с оплатой труда по выполняемой работе, но не ниже среднего заработка по прежней работе. Продолжительность перевода на другую работу для замещения отсутствующего работника не может превышать одного месяца в течение календарного года (с 1 января по 31 декабря).

Трудовым кодексом РФ предусмотрена возможность для работника совмещать профессии (должности) или исполнять обязанности временно отсутствующего работника без освобождения от основной работы. Такому работнику согласно ст. 151 ТК РФ производится доплата. Размеры доплат за совмещение профессий (должностей) или испол-



нение обязанностей временно отсутствующего работника устанавливаются по соглашению сторон трудового договора (с октября 2006 г. — с учетом содержания и (или) объема дополнительной работы).

Следует учесть, что с октября 2006 г. вступила в силу ст. 60.2 ТК РФ, согласно которой для исполнения обязанностей временно отсутствующего работника без освобождения от работы, определенной трудовым договором, работнику может быть поручена дополнительная работа как по другой, так и по такой же профессии (должности). Поручаемая работнику дополнительная работа по другой профессии (должности) может осуществляться путем совмещения профессий (должностей). Поручаемая работнику дополнительная работа по такой же профессии (должности) может осуществляться путем расширения зон обслуживания, увеличения объема работ. Срок, в течение которого работник будет выполнять дополнительную работу, ее содержание и объем устанавливаются работодателем с письменного согласия работника. Работник имеет право досрочно отказаться от выполнения дополнительной работы, а работодатель — досрочно отменить поручение о ее выполнении, предупредив об этом другую сторону в письменной форме не позднее, чем за три рабочих дня.

Согласно ст. 98 ТК РФ по заявлению работника, работодатель имеет право разрешить ему работу по другому трудовому договору (в данной ситуации — срочный) в этой же организации по иной профессии, специальности или должности за пределами нормальной продолжительности рабочего времени в порядке внутреннего совмещения. Согласно ст. 282 ТК РФ совмещение подразумевает выполнение работником другой регулярной оплачиваемой работы на условиях трудового договора в свободное от основной работы время. В трудовом договоре обязательно указание на то, что работа является совмещением. Продолжительность рабочего времени, устанавливаемого работодателем для лиц, работающих по совмещению, не может превышать четырех часов в день и 16 часов в неделю. Особенности работы по совмещению для отдельных категорий работников (педагогических, медицинских и фармацевтических работников, работников культуры) определяются в порядке, установленном Правительством Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Обратите внимание, что с октября 2006 г. действует новая редакция ст. 284 ТК РФ, согласно которой продолжительность рабочего времени при работе по совмещению не должна превышать четырех часов в день. В дни, когда по основному месту работы работник свободен от исполнения трудовых обязанностей, он может работать по совмещению полный рабочий день (смену). В течение одного месяца (другого учетного периода) продолжительность рабочего времени при работе по совмещению не должна превышать половины месячной нормы рабочего времени (нормы рабочего времени за другой учетный период), установленной для соответствующей категории работников.

При оформлении трудового договора надо обратить внимание на формулировку о сроке действия трудового договора (так как отпуск по уходу за ребенком — это право, а не обязанность женщины (ст. 256 ТК РФ)).

М.В. Пригарина, эксперт службы правового консалтинга ГАРАНТ
27 сентября 2006 г.





У организации заключен договор добровольного медицинского страхования со страховой компанией на часть своих сотрудников. Произведено перечисление страховой премии. Также произведены выплаты по ОСАГО и КАСКО при страховании автомобиля. Как правильно учесть данные расходы в учете?

Вопрос 1. Добровольное медицинское страхование сотрудников

Согласно ст. 255 НК РФ к расходам на оплату труда относятся, в частности, затраты организации по договорам добровольного медицинского страхования сотрудников.

В бухгалтерском учете такие затраты отражают в полном объеме в составе расходов по обычным видам деятельности, независимо от длительности договора (ПБУ 10/99). Страховые взносы учитывают в том отчетном периоде, к которому они относятся. При этом момент оплаты не имеет значения. При перечислении страховой премии единовременным платежом, ее следует отразить как расходы будущих периодов на счете 97 «Расходы будущих периодов» с включением в затраты равномерно в течение всего срока действия договора.

В целях налогового учета расходы по договорам добровольного медицинского страхования уменьшают налоговую базу по налогу на прибыль, если:

- договор страхования заключен на срок не менее одного года;
- взносы по договорам добровольного личного страхования не превышают 3% от суммы расходов на оплату труда (п. 16 ст. 255 НК РФ). Этот норматив определяют нарастающим итогом с момента начала действия договора в налоговом периоде (п. 3 ст. 318 НК РФ).

Следует также иметь в виду, что в случае изменения существенных условий договора и (или) сокращения срока действия договора долгосрочного страхования жизни, договора добровольного пенсионного страхования и (или) договора негосударственного пенсионного обеспечения или их расторжения взносы работодателя по таким договорам, ранее включенные в состав расходов, признаются подлежащими налогообложению с момента изменения существенных условий указанных договоров и (или) сокращения сроков действия этих договоров или их расторжения (за исключением случаев досрочного расторжения договора в связи с обстоятельствами непреодолимой силы, то есть чрезвычайными и непредотвратимыми обстоятельствами).

Так, в письме Минфина РФ № 03-03-04/1/150 от 5 августа 2005 г. рассмотрена ситуация, когда через шесть месяцев после заключения по инициативе страховой компании в связи с ухудшением ее финансового положения договор добровольного страхования сотрудников был расторгнут. Финансисты разъяснили, что организация вправе учесть указанные расходы только в той их части, которая приходится на указанные первые шесть месяцев договора.

Необходимо также иметь в виду следующее: независимо от метода учета доходов и расходов при расчете налога на прибыль (метода начисления или кассового метода) затраты по добровольному страхованию сотрудников уменьшают облагаемую прибыль только после их оплаты (ст. 272 НК РФ). Если по условиям договора страхования предусмотрена уплата страхового взноса разовым платежом, то по договорам, заключенным на срок более одного отчетного периода, расходы признаются равномерно в течение срока действия договора пропорционально количеству календарных дней действия договора в отчетном периоде.

Также хотим обратить ваше внимание на Письмо Минфина РФ № 03-03-04/1/47 от 19 января 2006 г. В нем представители финансового ведомства разъяснили, что в том



случае, если договором страхования имущества установлено перечисление страхового взноса двумя или тремя платежами, то организация может учесть их в расходах при налогообложении прибыли в момент перечисления указанных средств страховой организации.

В то же время следует иметь в виду, что это приведет к возникновению различий в бухгалтерском и налоговом учете указанных выплат.

Рассмотрим ситуацию с налогообложением выплат по договорам добровольного медицинского страхования сотрудников на условном примере.

Пример

10 октября 2006 года организация заключила договор добровольного медицинского страхования части своих сотрудников сроком на один год (365 дней). Договор вступает в силу с момента перечисления страхового взноса. 10 октября 2006 года перечислена страховая премия за весь период действия договора — 80 000 руб. Расходы на оплату труда (без учета страхового взноса) составили:

в октябре 2006 г. — (с 10 по 31 октября) — 142 000 руб.,

в ноябре 2006 г. — 248 000 руб. и т.д.

Организация уплачивает налог на прибыль ежемесячно. Тогда в октябре 2006 года будут сделаны следующие проводки:

10 октября 2006 г.:

дебет 76 кредит 51 — перечислена страховая премия 80 000 руб.;

дебет 97 кредит 76 субсчет «Расчеты по имущественному и личному страхованию» — страховая премия отражена в составе расходов будущих периодов 80 000 руб.

В связи с тем, что срок действия договора составляет 12 месяцев, расходы будут признаваться равномерно в течение этого срока.

10 октября 2006 г.:

дебет 20 (26, 44) кредит 97 — списана часть страховой премии, относящаяся к октябрю 2006 г. $(80\,000 \text{ руб.} / 365 \text{ дн.} \times 22 \text{ дн.})$ 4821,92 руб.

Сумма страхового взноса за период с 10 по 31 октября 2006 года (22 дня) равна 4821,92 руб. Она превышает допустимый размер расходов, которые можно учесть при налогообложении — 4260 руб. $(142\,000 \text{ руб.} \times 3\%)$. Разница в 561,92 руб. не учитывается для целей налогообложения.

дебет 09 кредит 68 — начислен отложенный налоговый актив, возникший в октябре 2006 г. $(561,92 \text{ руб.} \times 24\%)$ 134,86 руб.

31 ноября 2006 г.:

дебет 20 (26, 44) кредит 97 — списана часть страховой премии, относящаяся к ноябрю 2006 г. $(80\,000 \text{ руб.} / 365 \text{ дн.} \times 31 \text{ дн.})$ 6794,52 руб.

Сумма, относящаяся к периоду с 10 октября 2006 г. по 31 ноября 2006 г., равна 11 616,44 руб. $(80\,000 \text{ руб.} / 365 \times 53 \text{ дн.})$. Она не превышает максимально допустимой величины — 11 700 руб. $(142\,000 \text{ руб.} + 248\,000 \text{ руб.}) \times 3\%$.

Дебет 68 Кредит 09 — списан отложенный налоговый актив 134,86 руб.

И так далее.





Налогообложение ЕСН и взносами на обязательное пенсионное страхование

Согласно пп. 7 п. 1 ст. 238 НК РФ не подлежат налогообложению ЕСН, в частности, суммы платежей (взносов) налогоплательщика по договорам добровольного личного страхования работников, заключаемым на срок не менее одного года, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов этих застрахованных лиц.

Согласно п. 2 ст. 10 Закона № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании» от 15 декабря 2001 г. объектом обложения страховыми взносами и базой для начисления страховых взносов являются объект налогообложения и налоговая база по единому социальному налогу, установленные гл. 24 «Единый социальный налог» НК РФ. Следовательно, страховые взносы в пределах норматива, учтенные при расчете налога на прибыль в составе расходов на оплату труда, не облагаются ни ЕСН, ни пенсионными взносами.

С суммы, превышающей норматив, ЕСН и пенсионные взносы платить также не надо, так как они не отнесены к расходам, уменьшающим налоговую базу по налогу на прибыль организаций в текущем отчетном (налоговом) периоде (п. 3 ст. 236 НК РФ).

Налогообложение НДФЛ, взносами от несчастных случаев и профессиональных заболеваний

Суммы выплат по договорам добровольного страхования, предусматривающим возмещение вреда жизни и здоровью застрахованных физических лиц и (или) медицинских расходов застрахованных физических лиц, не учитываются при определении налоговой базы по НДФЛ согласно п. 3 ст. 213 НК РФ.

На суммы страховых платежей (взносов), уплачиваемых работодателем по договорам добровольного медицинского страхования работников, заключаемым на срок не менее одного года, если указанные договоры не предусматривают страховых выплат застрахованным без наступления страхового случая, не начисляются взносы от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (п. 20 Перечня выплат, на которые не начисляются страховые взносы в ФСС РФ (утверждены постановлением Правительства РФ № 765 от 7 июля 1999 г.).

*Е.В. Мельникова,
эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ*

ГОУ ВПО РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА
Факультет усовершенствования врачей

Кафедра управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования

Объявляет о наборе слушателей на курсы профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», проходящие в онлайн-режиме (формат телевидеоконференции).

Программа курсов на сайте: www.idmz.ru

Зарегистрироваться и получить более полную информацию можно по телефону:

(495) 619-59-03 Галанова Галина Ивановна
или **(495) 434-17-56** Зарубина Анна Витальевна



ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ

«Частный медицинский центр в России»

19-20 ноября, Москва, Marriott Тверская

ОРГАНИЗАТОРЫ:

LBS INTERNATIONAL
CONFERENCES

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

Ассоциации Развития Медицинских
Информационных Технологий
АРМИТОсновные темы форума:

- Перспективы развития частной медицины в свете реформы здравоохранения
- Оптимальная структурная модель частного медицинского центра
- Способы повышения эффективности работы негосударственного медицинского учреждения
- Изучение и управление репутацией медицинского центра

Среди докладчиков:

- Представители властных структур и профессиональных ассоциаций
- Управляющие крупнейших частных медицинских центров
- Специалисты по управлению репутацией
- Представители IT, страхового, инвестиционного бизнеса

ИНФОРМАЦИЯ И РЕГИСТРАЦИЯ:

WWW.LBSGLOBAL.COM CONTACT@LBSGLOBAL.COM тел. (495) 540-78-70

Медиа партнеры:





МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА

Integrated Systems Russia 2007

Профессиональное аудио-видео оборудование и интегрированные электронные системы

8-10 НОЯБРЯ 2007

Россия, Москва, Гостинный Двор

ВСТРЕЧАЙТЕСЬ, ОБЩАЙТЕСЬ, УЧИТЕСЬ & ДЕЛАЙТЕ БИЗНЕС.



ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ:

- Системы и устройства для передачи, распределения и обработки аудио-видео сигналов
- Светодиодные экраны и табло
- Видеостены
- Профессиональные проекционные системы
- Плазменные и LCD панели
- Интерактивные средства отображения информации
- Системы и средства конференцсвязи и видеоконференцсвязи
- Системы оповещения и озвучивания помещений
- Системы управления
- Программное обеспечение
- Услуги инсталляции и аренды проекционного и презентационного оборудования



www.isrussia.org

КОНФЕРЕНЦИЯ

"Интегрированные решения с применением профессионального аудио-видео оборудования. Реализация системных проектов"

7 НОЯБРЯ 2007 ПРЕЗИДЕНТ-ОТЕЛЬ, Москва, ул. Б. Якиманка, 24

Спонсоры:



Организаторы:



Integrated Systems Events - совместное предприятие ассоциаций:



Организаторы: Федеральное агентство по атомной энергии (Росатом), Центр «Атом-инновации»
Organizers: Federal Agency for Atomic Energy (RosAtom), Atom-Innovation Center (AIC)



**ЯРМАРКА
ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ ПРОЕКТОВ**
Москва
22 ноября 2007 года

**АТОММЕД
2007**

**FAIR FOR
HI-TECH MEDICINE
PROJECTS**
Moscow
2007, November 22

Выставка инновационного
оборудования, технических решений
и наукоемких
технологий для медицины

Exposition of innovative
equipment, technical solutions
and science-based
technologies for medicine

Конференция «Инновационные проекты
высокотехнологичной медицинской техники
и радиофармпрепаратов для здравоохранения»

Conference «Innovative
projects in hi-tech equipment and
radio pharmacy for medicine»

Проблемные круглые столы
и семинары

Specific round-tables
and seminars

Конкурсная программа

Selection of winners

Подробная программа - на официальном сайте Центра «Атом-инновации» www.runttech.ru
Тел. +7 (495) 228-30-23 Факс. +7 (495) 228-30-25 E-mail: forum2007@ainef.ru

Генеральный информационный партнер



Информационные партнеры



Патронат





ГРУППА КОМПАНИЙ
МЕДКОР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА

(495) 775-65-65

www.medcore.ru



FUJINON
FUJIFILM

STERIS®

MINDRAY

BANDEQ

tyco
Healthcare

Söring
Made in Germany

Проектирование, строительство
и оснащение медицинским оборудованием
учреждений здравоохранения различного
профиля, в том числе и сдача объектов
"под ключ" с привлечением кредитных
линий европейских банков сроком до 10 лет



**Группа компаний "МЕДКОР" – участник приоритетного
национального проекта "Здоровье"**



**INTERSYSTEMS – 28 ЛЕТ
В АВТОМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

www.InterSystems.ru

УНИКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ INTERSYSTEMS ДЛЯ ОБРАБОТКИ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ – КАЧЕСТВЕННО НОВЫЙ УРОВЕНЬ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ

Говорит
Валерий Николаевич Бучин,
начальник Негосударственного
учреждения здравоохранения
«Медико-санитарная часть»
доктор медицинских наук,
профессор, заслуженный врач
Российской Федерации

“Для работы в корпоративной вычислительной сети общей емкостью около 300 автоматизированных рабочих мест мы используем медицинскую информационную систему собственной разработки, действующую более 10 лет. Основной её целью является повышение эффективности работы медицинского учреждения на основе автоматизированного безбумажного медицинского документооборота. Стабильная работа такой крупной информационной системы требует тщательного подхода к выбору средств автоматизации, и, прежде всего, системы управления базами данных. Мы выбрали систему управления базами данных Cache разработки InterSystems.”

INTERSYSTEMS

InterSystems Corporation

123610, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 12, ЦМТ-2 • Тел.: +7 (495) 967 00 88 • info@InterSystems.ru