

Менеджер здравоохранения

№3. 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. Хоффманн Ля Рош
ЗАО «Рош Москва»
Москва 125445, ул. Смольная 24 Д
Тел. 495/ 258 27 90
Факс 495/ 258 27 98
www.roche.ru



Diagnostics



Менеджер здравоохранения

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:

- ☒ Взаимодействие служб при обеспечении эффективной системы управления организацией платных услуг много-профильных ЛПУ
- ☒ Применение статистического метода при количественной оценке качества медицинской помощи
- ☒ Периодические медицинские осмотры и их роль в сохранении трудового потенциала работающего населения в рамках национального проекта «Здоровье»
- ☒ О взаимодействии с медицинским бизнесом и его месте в системе организации российского здравоохранения
- ☒ Медико-социальная оценка конфликтных ситуаций (на примере областной клинической больницы)

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

Менеджер здравоохранения

№3
2007

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
академик РАМН, профессор

Заместитель главного редактора:

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

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
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

В номере:

Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые итоги

К.А.Виноградов

4-11

**ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ СУБЪЕКТОВ РФ
И ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ТФОМС, Москва, 16 февраля 2007 г.**

**Об итогах реализации мероприятий ПНП в сфере здравоохранения
в 2006 году и о задачах на текущий год**

Р.А.Хальфин

12-17

**Осуществление контроля за реализацией мероприятий ПНП
в сфере здравоохранения**

Р.У.Хабриев

18-20

**Деятельность Федерального фонда обязательного
медицинского страхования в реализации программы ДЛО
отдельных категорий граждан**

Д.В.Рейхарт

21-23

**Основные направления деятельности Росздравнадзора
по реализации программы ДЛО в 2006 году и задачах на 2007 год**

Е.А.Тельнова

24-25

**Реализация пилотного проекта, направленного
на повышение качества услуг в сфере здравоохранения,
на территории Владимирской области**

Региональный опыт

26-32

**Фондодержание как возможный механизм
управления в сфере здравоохранения Российской Федерации.**

Мнения экспертов

Особое мнение

33-43

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:
Л.А.Михалевич
Литературный редактор:
Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:
Каталог агентства «Роспечать»
Годовая – 20102
Полугодовая – 82614

Отпечатано в
ООО «ИРА Финкрэк»
Заказ № 030307

© ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

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 пласовстава 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

**Особенности национального управления
службой крови**

Е.Б.Жибурт

44-53

**Применение метода математического
моделирования для оценки работы станций
скорой медицинской помощи**

Г.С.Шестаков, А.О.Мясников

54-58

**К вопросу об изменении системы
оплаты труда в лечебно-профилактическом
учреждении**

А.А.Сыстерова

59-63

**Проблемы интеграции российского здравоохранения
в мировое информационное пространство**

Н.Г.Куракова, А.В.Туликов

64-69

**Автономные учреждения
в здравоохранении**

Ф.Н.Кадыров, И.С.Хайруллина

70-71

В редакцию пришло письмо

72

Вопросы и ответы

73-75

Органайзер

76-80



К.А.ВИНОГРАДОВ,

д.м.н., заместитель директора департамента развития медицинской помощи и курортного дела Миниздравсоцразвития России, заслуженный врач Российской Федерации

ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»: ПЕРВЫЕ ИТОГИ

В своем обращении к Федеральному собранию Президент Российской Федерации В.Путин отметил, что основной стратегической целью здравоохранения является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи, ее профилактическая направленность и обеспечение населения высокотехнологичными видами медицинской помощи.

В 2006 году реализация главной цели социальной политики Российской Федерации – последовательное повышение уровня и качества жизни населения, обеспечение всеобщей доступности основных социальных услуг, прежде всего качественной медицинской помощи и социального обслуживания – находились в центре внимания государства.

Важнейшие мероприятия, направленные на достижение этой цели, составили программу приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

В части повышения доступности, качества и эффективности медицинской помощи были предусмотрены мероприятия, направленные на развитие первичной медицинской помощи, включая:

- ♦ денежные выплаты врачам общей (семейной) практики, участковым терапевтам, участковым педиатрам и медицинским сестрам врачей общей (семейной) практики с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи;
- ♦ подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых терапевтов и участковых педиатров;
- ♦ оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием;
- ♦ оснащение учреждений скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом, в том числе реанимобилями.

Для развития профилактического направления медицинской помощи были предусмотрены такие мероприятия, как:

- ♦ проведение иммунизации населения в рамках национального календаря прививок;
- ♦ выявление и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита человека, гепатитом В и С;

© К.А.Виноградов, 2007 г.



- ♦ обследование новорожденных детей;
- ♦ проведение диспансеризации работающего населения.

Что касается обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью, то было запланировано:

- ♦ увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- ♦ строительство федеральных центров высоких медицинских технологий.

Общая сумма финансовых затрат на реализацию приоритетного национального проекта в 2006 году составила 96,8 млрд. руб. На реализацию Проекта в 2006 году было направлено средств федерального бюджета в объеме 65,7 млрд. руб., средств государственных внебюджетных фондов 25,8 млрд. руб. Субъектами Российской Федерации и муниципальными образованиями выделялись значительные дополнительные средства на сопровождение Проекта. В бюджетах некоторых субъектов Российской Федерации средства, направленные на финансирование здравоохранения в 2006 году составили свыше 20%.

Впервые за несколько десятков лет отрасль здравоохранения получила столь значительные финансирование и материально-технические ресурсы.

Впервые на общенациональном уровне Российской Федерации применен метод проектного финансирования. При этом объем средств, выделяемых из федерального бюджета, соответствует поставленным целям. Поэтому проведенную в 2006 году работу можно считать беспрецедентной по масштабам и объему материальных ресурсов, направленных в сферу здравоохранения.

Главным промежуточным итогом, очевидно, следует считать улучшение демографической ситуации в стране. Благодаря целенаправленным мероприятиям Проекта, в 2006 году в стране родилось больше детей, чем в предыдущем, уменьши-

лась младенческая смертность на 4,6% и смертность взрослого населения.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2006 году составила 66 лет против 65,3 в 2005 году. Средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления заболевания в 2006 году составила 11,5 лет против 10,0 в 2005 году.

Окончательным итогом Проекта, запланированного на период до 2010 года, должно стать формирование количественно и качественно сильной, здоровой нации, поэтому по истечении всего лишь первого года выполнения Проекта сложно подводить даже промежуточные результаты. И все же успехи первого года работы можно оценить по степени выполнения запланированных мероприятий, которые в 2006 году осуществлены полностью.

Одним из важнейших направлений реализации Проекта является повышение уровня профессиональной подготовки медицинских кадров, направленное на создание высококвалифицированного кадрового потенциала в амбулаторно-поликлинических учреждениях, способного качественно оказывать медицинскую помощь.

На подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых терапевтов и участковых педиатров было направлено почти 105 млрд. руб.

Деятельность учреждений и факультетов дополнительного профессионального образования переориентирована на подготовку и повышение квалификации врачей первичного звена, с включением в учебные программы вопросов по раннему выявлению социально значимых и хронических заболеваний.

В 2006 году в рамках реализации Проекта повысили квалификацию по специальностям «Терапия», «Педиатрия» и «Общая врачебная практика (семейная медицина)» 12,5 тыс. врачей, что почти вдвое превышает плановые показатели, в том числе 6,4 тыс. врачей-терапевтов участковых,





5,4 тыс. врачей-педиатров участковых и 1,3 тыс. врачей общей практики (семейных врачей).

Более 44 млрд. руб. было направлено на повышение уровня оплаты труда медицинских работников. Во всех субъектах Российской Федерации медицинские работники первичного звена получают дополнительные выплаты. Различные виды доплат в рамках национального проекта в сфере здравоохранения получили 680 тыс. медицинских работников, что составляет почти треть от списочного состава врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Кроме того, дополнительно к первоначальным планам повышена оплата труда 160 тыс. медработников фельдшерско-акушерских пунктов и станций «скорой помощи».

Благодаря реализации Проекта в 2006 году участковые терапевты, педиатры и врачи общей практики стали ежемесячно получать прибавку к зарплате по 10 000 руб., работающие с ними медицинские сестры – 5000 руб. Со второго полугодия 2006 года медицинский персонал фельдшерско-акушерских пунктов, врачи, фельдшеры и медсестры скорой медицинской помощи также стали ежемесячно получать дополнительно по 2500–5000 руб.

В целом по России средний уровень оплаты труда участковых врачей-терапевтов, педиатров и врачей общей семейной практики возрос в 2,2–2,8 раза, медицинских сестер, работающих с ними, – в 1,6–2,4 раза; врачей – специалистов первичного звена – в 1,3–1,7 раза, младшего медицинского персонала – в 1,3–1,7 раза. Необходимо отметить, что уровень оплаты труда «узких» специалистов также повысился. Источником повышения являлись выплаты за участие специалистов в проведении дополнительной диспансеризации населения и медицинской помощи пенсионерам. Кроме того, внедрение родовых сертификатов позволило существенно повысить оплату труда врачам, среднему и младшему персоналу медицинских учреждений, оказывающих медицинскую

помощь женщинам в период беременности и родов.

Численность терапевтов, педиатров, врачей общей (семейной) практики и медицинских сестер, работающих с ними, возросла с 142,2 тыс. человек в январе 2006 года до 155,3 тыс. человек в декабре 2006 года. В частности, численность врачей возросла с 67,1 до 73,4 тыс. человек, а численность медицинских сестер – с 75,1 до 81,9 тыс. человек.

Результатом повышения оплаты труда стал приток кадров в первичное звено здравоохранения: шесть с половиной тысяч врачей и семь тысяч медицинских сестер пришли работать в поликлиники в 2006 году. Коэффициент совместительства снизился за год с 1,6 до 1,3. При сохранении такой положительной динамики численности медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, коэффициент совместительства в 2007 году составит 1,2, а в 2008 году – 1,1. Приток кадров в первичное звено осуществлялся в основном за счет молодых специалистов-выпускников медицинских учебных заведений и за счет возвращения медицинских работников с административных должностей в лечебно-профилактических учреждениях, а также возобновивших ранее прерванную медицинскую деятельность.

В 2006 году из федерального бюджета на закупку 22 652 единиц оборудования было выделено 14,3 млрд. руб. При этом более половины государственных контрактов (около 54%) заключено с отечественными производителями. В результате более пяти тысяч медицинских учреждений оснащены диагностическим оборудованием, что позволило сократить срок ожидания населением диагностических исследований с 10 до 7 дней.

Мероприятием, осуществление которого позволяет ожидать повышения эффективности и доступности скорой медицинской помощи, является поставка автомобилей скорой помощи и реанимобилей, в том числе оснащенных специальным оборудованием для оказания экстренной медицинс-



кой помощи роженицам и новорожденным. В 2006 году удалось заменить одну треть устаревшего санитарного автотранспорта на современный, укомплектованный современным медицинским оборудованием, при этом предпочтение отдавалось российским производителям.

В 2006 году в Российской Федерации зарегистрировано 363 691 человек, живущих с ВИЧ-инфекцией. Было зарегистрировано 2025 установленных случаев СПИДа, из них 214 среди детей. Вновь заразились ВИЧ-инфекцией 38 738 человек.

По Проекту запланировано ежегодное обследование 20 млн. человек на выявление ВИЧ-инфекции, фактически обследовано 21,6 млн. человек. Из 20 270 ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении, в 2006 году получили терапию 14 443 человек.

В рамках Проекта проводится работа по вакцинации населения, целью которой является снижение заболеваемости населения гепатитом В и гриппом, а также профилактика полиомиелита. В целях профилактики осложнений впервые в Российской Федерации всем детям с хроническими заболеваниями проводилась вакцинация против полиомиелита инактивированной полиомиелитной вакциной.

Впервые проведена массовая иммунизация детей против краснухи, что позволило не только стабилизировать заболеваемость краснухой в Российской Федерации, но и предотвратить в будущем врожденные заболевания, обусловленные повреждающим действием вируса краснухи, у новорожденных детей.

Проведение массовой иммунизации против гепатита В позволило добиться снижения заболеваемости, вызываемой данной инфекцией, в Российской Федерации на 17%, показатель составил 5,8 человек на 100 тыс. населения.

В Российской Федерации гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями ежегодно заболевало более 30 млн. человек. В настоя-

щее время, благодаря проведенной в 2006 году в рамках Проекта иммунизации против гриппа 21,9 млн. человек, ситуация по заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями в Российской Федерации стабилизировалась и не является эпидемической. В 2006 году заболеваемость гриппом снизилась в 1,8 раза по сравнению с 2005 годом.

В Проект включены мероприятия, расширяющие массовое обследование новорожденных на наследственные заболевания. С 2006 года, помимо проводимого обследования новорожденных детей на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз, было начато выявление адреногенитального синдрома, галактоземии и муковисцидоза.

Для обеспечения неонатального скрининга закуплены, поставлены и смонтированы многофункциональные автоматизированные лаборатории, комплекты специальных устройств для обеспечения подготовки и оптимизации исследований образцов крови и наборы тест-систем. В 29 субъектах Российской Федерации в 2006 году впервые начали самостоятельно проводиться обследования новорожденных детей на врожденные заболевания.

Своевременное выявление, профилактика и лечение таких заболеваний позволяют предупредить инвалидизацию детей как следствие развития умственной отсталости, слепоты, глухоты, карликовости, бесплодия, почечно-печеночной недостаточности и других нарушений жизненно важных функций организма.

Обследование работников бюджетной сферы в возрасте 35–55 лет, в том числе в рамках диспансеризации, проводимой в дополнение к существующей диспансеризации лиц с хроническими заболеваниями, и осмотры с целью профилактики раннего выявления и эффективного лечения заболеваний позволили диагностировать более 70 000 заболеваний на ранних стадиях, что способствовало предотвращению временной и стойкой утраты трудоспособности.





Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью являлось одним из основных направлений реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006 году.

Впервые были разработаны и внедрены стандарты оказания высокотехнологической медицинской помощи, что позволило вести расчеты с федеральными специализированными медицинскими учреждениями на основе нормативов финансовых затрат за пролеченного больного. Введение стандартов оказания высокотехнологической медицинской помощи позволило впервые в российской практике сформировать листы ожидания для учета потребности субъектов Российской Федерации в высокотехнологической медицинской помощи.

Начиная с 2006 года, финансирование высокотехнологичной медицинской помощи включает расходы на дорогостоящие медицинские изделия и дорогостоящие лекарственные средства.

По всем профилям высокотехнологичной медицинской помощи нормативы финансирования были увеличены как минимум на 25%, а по отдельным профилям – на 36%.

В 2006 году в федеральных специализированных медицинских учреждениях высокотехнологичные виды медицинской помощи оказаны более 128 тыс. больных. В 8 субъектах Российской Федерации началось строительство федеральных центров высоких медицинских технологий (сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, травматологии, ортопедии и эндопротезирования, детской гематологии, онкологии и иммунологии).

Благодаря снижению времени ожидания и повышению доступности медицинских услуг в рамках предоставления бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи повышается качество жизни больных, снижаются экономические потери за счет восстановления трудового потенциала, уменьшаются финансовые затраты на выплаты пенсий по инвалидности и пособий по временной нетрудоспособности.

Целый комплекс мероприятий призван улучшить ситуацию с оказанием медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным.

Внедрение в рамках проекта «родового сертификата» направлено на решение проблемы сохранения и укрепления здоровья матери и ребенка, повышение качества и доступности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, создание условий повышения рождаемости и рождения здоровых детей, а также укрепление репродуктивного здоровья населения. Введение «родового сертификата» способствовало повышению уровня оплаты труда работников учреждений родовспоможения, сокращению платных услуг по обследованию и лечению патологии беременных женщин, выявлению на более ранних сроках беременности сопутствующих заболеваний, а также снижению перинатальной и материнской смертности. Активизировалась работа по профилактике аборт и формированию позитивного настроя на деторождение.

Учреждениями здравоохранения оказаны услуги по медицинской помощи: на амбулаторно-поликлиническом этапе – 1320 тыс. женщинам; в период родов – 1274 тыс. женщинам.

Увеличилось финансирование лекарственного обеспечения в родильных домах. Появилась возможность приобретения дорогостоящих жизненно важных препаратов для выхаживания недоношенных, реанимации новорожденных и борьбы с акушерскими кровотечениями. Значительно увеличилось число родильных домов, участвующих в мониторинге врожденных пороков развития плода.

Внедрение родовых сертификатов также способствует созданию конкурентной среды и внедрению экономических стимулов для повышения качества услуг, предоставляемых женщинам в период беременности и родов государственными учреждениями здравоохранения.



В 2006 году внесены серьезные коррективы в законодательное регулирование вопросов здравоохранения. На федеральном уровне приняты нормативные правовые акты, касающиеся порядка организации медицинского обслуживания по участковому принципу, дополнительной диспансеризации, денежных выплат в 2006 году врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи федеральных государственных учреждений здравоохранения, а также разъяснения по реализации отдельных положений норм законодательства по вопросам установления порядка оплаты медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности и родов, на основании родовых сертификатов, расходования учреждениями здравоохранения средств, полученных за оказание услуг медицинской помощи женщинам в период беременности и родов.

В субъектах Российской Федерации проведена работа по принятию нормативных правовых актов в целях реализации Проекта.

В целях обеспечения доступности и повышения качества медико-санитарной помощи, повышения уровня обеспеченности населения медицинскими услугами, в 2006 году были начаты мероприятия, направленные на модернизацию системы здравоохранения, в том числе на обеспечение соответствия государственных гарантий медицинской помощи населению имеющимся финансовым ресурсам.

Согласно данным социологического опроса в целом по России около 60% населения поддерживает проект, при этом количество положительных ответов по сравнению с январем 2006 года увеличилось в среднем в 2 раза. Еще в большей степени увеличилась удовлетворенность проектом в отрасли здравоохранения. Количество ответов респондентов об улучшении в области здравоохранения увеличилось за год в Самарской области в 3 раза, в Иркутской области в 2,8 раз, в Тверской области в 2,3 раза и т.д.

Результаты реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения показали, что выбранные приоритеты и прежде всего развитие первичного звена здравоохранения, оправданы. Об этом свидетельствуют предварительные социально-экономические показатели 2006 года:

- ♦ снижение показателей смертности на 120 000 человек за счет повышения доступности и качества медицинских услуг населению;
- ♦ снижение времени ожидания диагностических обследований и скорой медицинской помощи;
- ♦ эффективность внедрения механизмов экономического и профессионального стимулирования медицинских работников;
- ♦ сокращение экономических потерь за счет восстановления трудовых ресурсов.

Итоги реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2006 году показывают необходимость продолжения модернизации здравоохранения, направленной на обеспечение публичных обязательств государства по охране здоровья граждан.

С учетом опыта реализации мероприятий проекта в 2006 году на 2007 год запланировано увеличение расходов по многим направлениям нацпроекта в сфере здравоохранения.

Увеличиваются расходы, связанные с подготовкой врачей первичного звена. Необходимо обеспечение образовательных учреждений высшего и дополнительного профессионального образования современной учебной и научной литературой на сумму 0,3 млрд. руб.

На осуществление выплат персоналу первичного звена запланированы 21,1 млрд. руб. Рост объема средств связан с прогнозным увеличением численности указанной категории врачей и медсестер. Кроме того, в эти средства включены выплаты, осуществляемые учреждениями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук.





На выплаты медработникам фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медсестрам скорой медицинской помощи запланированы средства в объеме 11,2 млрд. руб. Рост расходов связан с уточнением в 2006 году численности медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов, отделений и станций скорой помощи. В указанные средства также включены денежные выплаты учреждениям скорой медицинской помощи, подведомственным Федеральному медико-биологическому агентству.

Для завершения начатых работ по переоснащению амбулаторно-поликлинических учреждений требуется поставить диагностическое оборудование в более 5,5 тыс. учреждений, на это запланировано 15,4 млрд. руб. Благодаря этому сократятся сроки ожидания обследований, увеличится число выявленных заболеваний на ранних стадиях.

В 2007 году продолжится начатое в 2006 году оснащение медицинскими автомобилями, в том числе реанимобилями, отделений и станций скорой помощи. На это мероприятие запланированы средства в объеме 3,9 млрд. руб.

Необходимо дооснастить подобными автомобилями более 6000 отделений и станций скорой медицинской помощи. Таким образом обновится практически весь санитарный автотранспорт и сократится время ожидания скорой медицинской помощи.

На мероприятия, направленные на обследование населения с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатита В и С, запланированы средства в объеме 7,8 млрд. руб. Рост расходов необходим в связи с увеличением расходов на лечение больных ВИЧ-инфекцией и гепатитами В и С и проведением мероприятий по профилактике. Это позволит снизить заболеваемость в целом по стране и, прежде всего – в группах риска.

На иммунизацию населения в рамках Национального календаря прививок, а также против гриппа запланированы средства в объеме 6,1 млрд. руб. Планируется провести иммунизацию населения против полиомиелита (5,9 млн. человек), дифтерии, столбняка, коклюша (не менее 21,0 млн. человек), кори и эпидемического паротита (3,0 млн. человек), краснухи (10,2 млн. человек), туберкулеза (2,1 млн. человек), гепатита В (не менее 16,5 млн. человек), гриппа (до 22 млн. человек).

Расходы на обследование новорожденных детей на галактоземию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и диагностику нарушения слуха остались на прежнем уровне при одновременном увеличении количества обследованных детей до 1,3 млн. человек.

Оплата медицинской помощи, оказанной во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и детям первого года жизни, увеличена до 14,5 млрд. руб., что связано с увеличением стоимости родового сертификата до 10,0 тыс. руб. и включением в него расходов по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни, а также увеличением количества родов до 1,6 млн.

На проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан запланированы средства в объеме 4,0 млрд. руб. Увеличится число работающих граждан, которые пройдут диспансеризацию, до 7,5 млн. человек.

На строительство центров высоких медицинских технологий запланированы средства в объеме 19,4 млрд. руб. В 2007 году запланировано доведение до полной готовности к эксплуатации 4 центров.

На увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи запланированы средства в объеме 17,5 млрд. руб. На 2007 год запланировано увеличение количества больных, которым будет оказана высокотехнологичная медицинская помощь, до 170 тыс. человек.



В запланированные средства включены действующие обязательства главных распорядителей федерального бюджета (Росздрава, Федерального медико-биологического агентства России и Российской академии медицинских наук) в сумме 5,5 млрд. руб.

На реализацию мероприятий, связанных с информационной поддержкой и управлением проекта, запланированы средства в объеме 0,7 млрд. руб.

В проекте бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год предусмотрены средства в размере 4,0 млрд. руб. на проведение пилотных проектов в субъектах Российской Федерации, направленных на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Отказ от привычной модели и переход на модель оплаты фактически оказанных медицинских услуг требует разработки нормативов и стандартов оказания услуг, принятия новых законов, регламентирующих систему государственных гарантий, государственного страхования и защиты прав граждан на получение медицинской помощи. Разработка стандартов оказания медицинской помощи, без которых расчет стоимости оказанной медицинской услуги невозможен, – это не только формализация стандартов оказания услуг, но и требований к инфраструктурной и кадровой оснащенности лечебно-профилактических учреждений.

Для этого в течение проведения пилотных проектов будут решаться задачи по созданию персонализированного учета медицинской помощи населению (включая в этот процесс стационарное звено), осуществлению перевода учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь, на оказание медицинской помощи по конечному результату с учетом критериев качества и повышение уровня оплаты труда, внедрению стандартов оказания медицинской помощи и унифицированные методы финансирования медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, расчи-

танных по стандартам оказания медицинской помощи, и другие.

Реализация приоритетного национального проекта предполагает не только выполнение важных мероприятий, направленных на повышение доступности, эффективности и качества оказания медицинской помощи населению, но и изменение системы здравоохранения в целом. Существующая система организации здравоохранения со всеми ее недостатками является привычной для населения и медицинских работников. Это обусловлено формально бесплатной медицинской помощью в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения, сметным характером финансирования лечебных учреждений, который позволяет, с одной стороны, жестко контролировать расходы, а с другой – не учитывает рыночной ситуации и препятствует созданию конкурентной среды в сфере оказания медицинских услуг населению, системой оплаты труда, построенной на единой тарифной сетке и отработанной системой простого нормирования.

При этом необходим механизм контроля за качеством и объемом оказываемых медицинских услуг. Такими контролерами должны выступать: население, врачи первичного звена, страховщики и работодатели.

Возникнет необходимость создания персонализированного учета социальных обязательств государства по отношению к конкретному человеку, которые могут зависеть от социального статуса человека и финансироваться за счет различных государственных источников.

Решение поставленных задач требует большой работы органов законодательной и исполнительной власти по созданию нормативного и законодательного обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации, реформы организационной структуры здравоохранения, разработки методологии и стандартов оказания медицинской помощи населению.



**ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ РУКОВОДИТЕЛЕЙ
ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ
СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДИРЕКТОРОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ
ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ, ПОСВЯЩЕННОЕ ИТОГАМ
РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПНП «ЗДОРОВЬЕ»
И ПРОГРАММЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2006 ГОДУ И ЗАДАЧАМ
НА ТЕКУЩИЙ ГОД. Москва, 16 февраля 2007 г.**

Совещание открыло выступление заместителя Министра здравоохранения и социального развития Р.А.Хальфина, в котором был дан анализ достигнутых в ходе реализации ПНП «Здоровье» результатов и выделены вопросы, на которые должно быть обращено особое внимание в 2007 году.

Прежде всего заместитель Министра отметил проблему переподготовки врачей первичного звена. В 2006 году в рамках реализации проекта повысили квалификацию 12 215 врачей и еще 14 000 прошли переподготовку в рамках учебно-производственных планов, что составило 27 000 врачей (37% медработников, внесенных в регистр). Однако качество этой переподготовки не удовлетворяет Министерство. «Нам нужны не обычные программы переподготовки, а программы с иной идеологией обучения врачей, с акцентом на профилактическую, здоровьесохраняющую составляющую их деятельности, обеспечивающие персонализированную работу врачей с пациентами. Посмотрите сами эти программы высшей школы

в своих регионах».

Случаи перехода врачей из стационаров и узких специалистов в первичное звено с 1 января 2006 года носили единичный характер.

Достоверно снизился коэффициент совместительства (рис.1).

Касаясь осуществления денежных выплат медицинскому персоналу скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов, Р.А.Хальфин отметил недопустимость грубых просчетов в планировании средств в ряде

«Во время поездок Д.А.Медведев спрашивает: «Как строится работа с различными группами здоровья, выявленными в ходе диспансеризации?» Вы отчитываетесь, сколько направляли на дообследование, сколько – в стационар. А на вопрос первого вице-премьера, что делаете с первой и второй группами, отвечаете: «А что с ними делать? Они же здоровы».



Достигли целевого показателя		
Коэффициент совместительства 1,0 – 1,1	Чувашская Республика	1,0
	Красноярский край	1,1
	Белгородская область	1,1
	Липецкая, Ярославская, Ростовская, Пензенская области и др.	1,1
Ниже среднероссийского уровня		
Коэффициент совместительства (>1,3)	Калининградская, Костромская область, г.Санкт-Петербург	1,4
	Тульская, Нижегородская область	1,5
	Свердловская область	1,5
	Новгородская область	1,6
	Владимирская область	1,7

Рис. 1. Снижение коэффициента совместительства

территорий, вследствие чего остался неиспользованным 1 млрд. рублей, предусмотренных на эти цели (рис.2, 3).

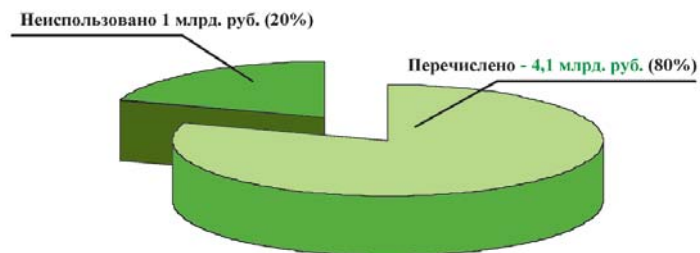
«Минздравсоцразвития и Минфин России запрашивали Вас об объемах необходимых средств. Как можно так планировать, что 1 млрд. рублей остался невыбранным?»

В 2006 году достигнуто увеличение коэффициента использования диагностического оборудования. С 10 до 7 дней снизилось время ожидания обследования в городских амбулаторно-поликлинических учреждениях. Однако не все 22 652 единицы поставленного оборудования используются.

По данным заместителя Министра, в 2005 году изношенность санитарного автотранспорта по Российской Федерации составила 65%. В 2006 году в субъекты Российской Федерации поставлены 6722 автомобиля скорой медицинской помощи и 93 реанимобиля, что позволило обновить каждую третью находящуюся на линии машину скорой медицинской помощи и со-

кратить время ожидания больными бригад скорой помощи с 35 до 25 минут. В 2007 году планируется обновление практически всего парка санитарного автотранспорта, а время ожидания скорой медицинской помощи приблизится к нормативным величинам (20 минут).

«Оборудование должно работать! Это – федеральные деньги! Если оно не будет работать, будем его забирать. Министр дал задание Росздравнадзору разобраться с ресурсным обеспечением. В первую очередь это будет касаться оборудования. Используйте программы мониторинга и учета. Парк изношенных автомашин СМП должен исчезнуть».



Утверждено на 2006 год Федеральным законом от 26.12.2005 года №19-ФЗ «О федеральном бюджете на 2006 год» (Приложение 26) – **5,1 млрд. руб.**

Перечислено субсидий из федерального бюджета согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 09.06.2006 года №356 – **4,1 млрд. руб.**

Рис. 2. Исполнение бюджета проекта по статье «Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов»



		Утверждено, тыс. руб.	Перечислено, тыс. руб.
Более 100%			
Саха (Якутия) Республика	108%	47 099	51 073
Псковская область	105%	19 692	20 788
Ингушетия Республика	104%	4510	4722
Коми-Пермяцкий автономный округ	101%	8432	8544
Менее 60%			
Астраханская область	56%	41 239	22 974
Чеченская Республика	50%	30 666	15 333
Ненецкий автономный округ	49%	3322	1622
Магаданская область	46%	15 997	7360
Тюменская область	43%	105 011	45 620
Ставропольский край	35%	124 083	43 786

Рис. 3. Осуществление денежных выплат медицинскому персоналу скорой медицинской помощи и фельдшерско-акушерских пунктов

Касаясь результатов проведенной в рамках проекта работы по вакцинации населения, Р.А.Хальфин выделил регионы-лидеры, обеспечившие полную иммунизацию населения против гепатита В (рис.4), краснухи (рис.5), полиомиелита (рис.6), гриппа (рис.7).

Анализируя итоги дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, заместитель Министра отметил, что в 2006 году диспансеризацию и медицинские осмотры прошли 6,7 млн. человек, что составило 7% от всего трудоспособного населения, при этом свы-

«Целый год Вы говорили, что нужны вездеходы, мы нашли завод, запустили линию и что? Подано всего 18 заявок. Целый год Вы говорили о проясочных машинах, а подали всего 60 заявок. Создайте у себя в регионах комиссию по приему оборудования и грузов. Подготовьте один адрес для получения всех документов от Федерального Агентства».

Министр здравоохранения Ростовской области Т.Ю.Быковская:

«Основные вопросы, возникающие при поставке оборудования:

- ♦ **отсутствие в Минздраве области и ЛПУ копий госконтрактов;**
- ♦ **разнообразие требований к ЛПУ по госконтрактам (подготовка кабинетов, условия поставки, отчетность...);**
- ♦ **изменение графика поставок оборудования».**

ше 70% были лица в возрасте 35–55 лет. В ряде субъектов достигнуты 100%-ные показатели охвата выделенных групп работающих (рис.8).

Выявлены свежие случаи заболеваний: 46 000 сахарного диабета, 700 – злокачественные новообразования, в основном маммопатология, 670 случаев свежего туберкулеза.

Дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы в возрасте 35–55 лет обнаружила, что здоровье бюджетников хуже, чем у работников, занятых на работах с вредными и(или) опасными производственными факторами (I группа среди работников бюджет-



		План, чел.	Факт, зак. сл., чел.
Российская Федерация – законченные случаи		10 000 000	9 165 087
91,6%			
100%	Краснодарский край	300 000	300 000
	Самарская область	266 660	266 660
	Чеченская Республика	245 670	245 670
	Республика Дагестан	200 000	200 000
	Алтайский край	183 300	183 300
	Пермская область	160 000	160 000
	Вологодская область	100 000	100 000
В том числе: Костромская область, Ярославская область, Архангельская область, Ленинградская область, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Агинский Бурятский автономный округ, Республика Саха (Якутия)			

Рис. 4. Прививки против гепатита В

		План, чел.	Факт, чел.
Российская Федерация		5 000 000	4 050 604
81,0%			
100%	Свердловская область	135 000	135 000
	Челябинская область	110 000	110 000
	Кемеровская область	110 000	110 000
	Ростовская область	110 000	110 000
	Кировская область	90 000	90 000
	Республика Удмуртия	85 000	85 000
	Кабардино-Балкарская Республика	70 000	70 000
	Брянская область	69 000	69 000
В том числе субъекты РФ, выполнившие план по прививкам против гепатита В и краснухи: Костромская область, Архангельская область, Вологодская область, Краснодарский край, Самарская область, Республика Саха (Якутия)			

Рис. 5. Прививки против краснухи

		План, чел.	Факт, чел.
Российская Федерация – 1 прививка		150 000	118 807
79,2%			
100%	Чеченская Республика	17 333	17 333
	Республика Татарстан	4666	4666
	Ростовская область	4566	4566
	г. Санкт-Петербург	4400	4400
	Самарская область	4333	4333
	Тюменская область	3333	3333
	Иркутская область	3333	3333
	Алтайский край	3330	3330
	Омская область	3000	3000

Рис. 6. Прививки против полиомиелита

		План, чел.	Факт, чел.
Российская Федерация		22 000 000	22 000 000
100%			
100%	Краснодарский край	1 588 599	1 588 599
	Свердловская область	900 053	1 236 669
	Ростовская область	1 160 515	1 160 515
	Республика Башкортостан	988 000	988 000
	Челябинская область	723 583	723 583
58 субъектов			100%

Рис. 7. Прививки против гриппа

ной сферы составляет 17,8%, а у занятых на работах с вредными производственными факторами – 36%). Это говорит о том, что нахождение под наблюдением врачей снижает заболеваемость даже в группах риска.

Диспансеризация выявила изменения в распределении долей основных классов заболеваний (рис.9). Неожиданно высокое второе место заняли болезни глаза и его придаточного аппарата.

«Очевидно, что у каждого больного должен появиться свой врач, профилактический маршрут, паспорт здоровья. Что настораживает? Выросло с 29 до 35% количество профилактических посещений, а уровень госпитализации при этом не снизился, а в ряде территорий даже увеличился. Это значит, что мы встретили резкое сопротивление стационарного больничного фонда нашей линии на перенос объемов медицинской помощи на амбулаторно-поликлинический уровень».



Касаясь особенностей реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 году, Р.А.Хальфин остановился на следующих моментах:

1. Изменились объем и нормативы затрат на один случай диспансеризации (табл. 1), сняты возрастные ограничения для проходящих диспансеризацию, изменен срок действия анализов.

2. Расширен перечень диагностического оборудования для организации первичной медико-санитарной помощи в целях обеспечения муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений за счет цистроуретроскопов, аппаратов рентгеновских на 3 рабочих места, аппаратов маммографические передвижных, машин проявочных и мониторов фетальных.

Для организации медицинской помощи женщинам в период беременности и послеродовой период в целях обеспечения женских консульта-

Таблица 1

Дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы в 2006 и 2007 годах

№	Показатели	2006 г.	2007 г.
1	Объем финансирования	2 млрд. руб.	4 млрд. руб.
2	Нормативы финансовых затрат на 1 случай дополнительной диспансеризации	500 руб.	540 руб.
3	Возраст, подлежащий дополнительной диспансеризации	35–55 лет	Все работники бюджетных организаций, не прошедших дополнительную диспансеризацию в 2006 году
4	Срок действия лабораторных и инструментальных исследований для зачета при дополнительной диспансеризации (кроме флюорографии и маммографии (УЗИ))	6 месяцев	3 месяца

	План, чел.	Факт, чел.
100%		
Республика Башкортостан	109 290	109 290
Республика Татарстан	106 220	106 220
Ростовская область	99 820	99 820
Красноярский край	86 510	86 510
Саратовская область	69 710	69 710
Оренбургская область	58 490	58 490
Республика Дагестан	58 160	58 160
Ханты-Мансийский автономный округ	41 690	41 690

Рис. 8. Субъекты РФ, в которых достигнуты плановые показатели диспансеризации работников бюджетной сферы в возрасте 35–55 лет

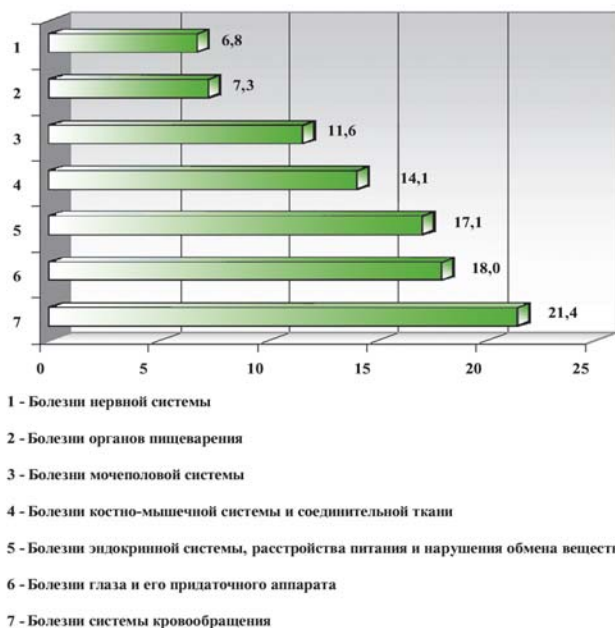


Рис. 9. Доля основных классов болезней, выявленных во время дополнительной диспансеризации (%)



Таблица 2

Изменения в реализации программы «Родовой сертификат»

Региональные отделения Фонда социального страхования Российской Федерации осуществляют оплату услуг исходя из расчета:

Наименование учреждения	2006 г.	2007 г.
Амбулаторно-поликлинические учреждения (тыс. руб.)	2	3
Стационарные учреждения (тыс. руб.)	5	6
Детские поликлиники (тыс. руб.)	–	1
ИТОГО (тыс. руб.)	7	10

ций, в том числе муниципальных амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений, будут поставляться:

- ♦ аппараты для ультразвукового исследования;
- ♦ аппараты для электрокардиографии;
- ♦ лабораторное оборудование;
- ♦ кольпоскоп;
- ♦ гистероскоп;
- ♦ монитор фетальный;
- ♦ аппарат маммографический с функцией стереотаксии.

3. Произойдут изменения в реализации программы «Родовой сертификат» (табл.2).

Изменится структура расходов средств, полученных учреждениями здравоохранения, оказывающими помощь женщинам в период беременности и родов, а также ребенку в течение 1 года жизни (табл.3).

4. Впервые выделены 2 млрд. рублей на оказание ВМП в учреждениях субъектов РФ и муниципальных образованиях (рис.10).

5. В 19 территориях начался пилотный проект, в рамках которого будут отработаться:

- ♦ переход на преимущественно одноканальное финансирование системы здравоохранения субъектов РФ;
- ♦ внедрение единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи, табелей осна-

Таблица 3

Структура расходов средств, полученных учреждениями здравоохранения, оказывающими помощь женщинам в период беременности и родов, а также ребенку в течение 1 года жизни

Наименование оборудования	Детские поликлиники (в %)	Амбулаторно-поликлинические учреждения (в %)	Стационарные учреждения (в %)
Оплата труда	100	35–45	40–55
Обеспечение медикаментами	–	20–33	
Оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения	–	22–45	45–60
Дополнительное питание	–	–	



Рис. 10. Реализация государственного задания на ВМП в 2007 г.

щения и кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений;

- ♦ реформа оплаты труда в сфере здравоохранения;
- ♦ внедрение частичного фондодержания;
- ♦ формирование персонифицированного учета оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.





С докладом «Осуществление контроля за реализацией мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения» выступил руководитель Росздравнадзора Р.У.Хабриев.

Он отметил, что основными методами осуществления контроля и получения информации о целевых показателях проекта на сегодняшний день являются АИС «Федеральный регистр медицинских работников», «Лицензирование», «Мониторинг медицинских изделий» (см. раздел «Полезные ссылки»), проверки, проводимые Центральным аппаратом и управлениями Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации и специальными комиссиями, социологические опросы, деятельность Общественного совета Росздравнадзора по защите прав пациентов.

При осуществлении контроля за денежными выплатами основными целевыми показателями эффективности деятельности Росздравнадзора и его управлений по субъектам Российской Федерации являются:

- Выявление и анализ причин формирования ежемесячных остатков средств в территориальных фондах обязательного медицинского страхования.
- Обеспечение реструктуризации сети врачебных участков с приведением численности прикрепленного населения на участке к установленным нормативам.
- Предоставление Минздравсоцразвития России информации для планирования мероприятий в части профессиональной подготовки медработников:
 - ◆ число лиц, нуждающихся в повышении квалификации;
 - ◆ число специалистов, работающих не по специальности (например, ВОП);
 - ◆ информация о половозрастной структуре;
 - ◆ возврат выпускников ВУЗов в отрасль;
 - ◆ мониторинг деятельности лиц, получивших образование за рубежом, в том числе мигрантов.
- Обеспечение строгого исполнения требований законодательства в отношении своевременности и качества последипломного образования.
- Предотвращение случаев безлицензионной деятельности и финансирования из федерального бюджета учреждений, осуществляющих деятельность без лицензии, и работающих в них медработников.
- Минимизация количества судебных исков, поданных медработниками в части неправильного осуществления денежных выплат.
- Предупреждение случаев использования документов одного медработника при лицензировании нескольких организаций соответственно и случаев выплат по нескольким учреждениям.
- Предупреждение случаев оказания некачественной медицинской помощи вследствие нарушения Трудового кодекса в части совмещения специалистом работ в нескольких лечебных учреждениях одновременно.



Таблица 4
Безлицензионная деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (состояние на 1 января 2007 года)

Наименование субъекта РФ	Количество муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, ведущих деятельность без лицензии (в скобках – количество территориально обособленных подразделений ЛПУ (ФАП), не внесенных в приложение к лицензии)	
	на 01.01.2006	на 01.01.2007
Челябинская область	47 (849)	29 (868)
Алтайский край	37 (1076)	11 (1002)
Красноярский край	15 (1045)	11 (1013)
Омская область	31 (240)	21 (89)
Тверская область	33 (102)	21 (80)
Республика Дагестан	8 (1069)	8 (1069)
Всего по РФ	899 (18 308)	362 (15 072)

➤ Создание информационного ресурса, позволяющего внедрить единые критерии оценки объема и качества работы медработников первичного звена, в том числе по выполнению дополнительного государственного задания.

➤ Обеспечение достоверности и полноты данных базы «Федеральный регистр медицинских работников».

Росздравнадзором выявлена безлицензионная деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (состояние на 1 января 2007 год) (табл. 4).

«С 2008 года денежные выплаты в лечебных учреждениях, не прошедших лицензирования, осуществляться не будут».

При проведении анализа базы данных «Федеральный регистр медицинских работников» впервые была получена реальная картина, отображающая потребности медработников в обучении на циклах повышения квалификации (из 497 тыс. медработников, внесенных в регистр, более 5 лет квалификацию не повышали 164 тыс. медработников, или 33%) (табл.5).

В этой связи задачами на 2007 год являются устранение случаев безлицензионной деятельности ЛПУ, дальнейшая реструктуризация участков, формирование регистра медработников всех специальностей, особенно в «пилотных» регионах, обеспечение достоверности данных регистра и подготовка кадров.

При осуществлении контроля за целевым использованием оборудования и автотранспорта основными целевыми показателями эффективности деятельности Росздравнадзора и его

Таблица 5
Медработники первичного звена РФ, получающие денежные выплаты и не повышавшие квалификацию более 5 лет (по состоянию на 1 января 2007 года)

Врачи				Медсестры			
ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего	ВОП	Педиатр	Терапевт	Всего
472 (8%)	4581 (16%)	7339 (18%)	12 392 (17%)	1056 (16%)	7374 (24%)	12 060 (27%)	20 490 (25%)



управлений по субъектам Российской Федерации являются:

- выявление и анализ причин нарушений сроков поставок и ввода в эксплуатацию медицинской техники, санитарного транспорта, диагностических средств;
- формирование информационного ресурса о материально-техническом оснащении лечебных учреждений с целью его дальнейшего использования для лицензирования и мониторинга рынка медицинской техники;
- подготовка замечаний и предложений в технические задания и требования к обеспечению гарантийного обслуживания для закупки медицинской техники и санитарного транспорта с учетом данных АИС ММИ и «Горячей линии»;
- подготовка таблиц оснащения для утверждения Минздравсоцразвития России в соответствии с утвержденной номенклатурой учреждений здравоохранения;
- формирование перечней недобросовестных производителей, поставщиков диагностического оборудования, техники и транспорта;
- формирование перечня учреждений здравоохранения, не обеспечивших целевое использование поступившего диагностического оборудования и транспорта.

Основная проблема, выявленная Росздравнадзором в этой части, – готовность помеще-

ний к приему оборудования не соответствует декларируемой субъектами Российской Федерации.

Поэтому ставится задача для территориального органа управления здравоохранением субъектов Российской Федерации – обеспечить персональную ответственность главных врачей ЛПУ за готовность помещений.

По данным Р.У.Хабриева, на 01.01.2007 простаивают 2% поставленных машин СМП, 6% электрокардиографов, 5% аппаратов УЗИ.

С учетом вышеизложенного руководитель Росздравнадзора поставил перед территориальными органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации следующие задачи на 2007 год:

➤ В связи с введением с 1 января 2008 года при лицензировании медицинской деятельности требований, предъявляемых к диагностическому оборудованию и инструментарию, средствам медицинского назначения и автотранспорту, определенных Приказами Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 №752 и №753, обеспечить работу и внедрение АИС ММИ.

➤ Подготовить и выполнить региональные программы по дооснащению диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных образований в 2007 году с учетом поставок диагностического оборудования и транспорта, осуществляемых в субъекты Российской Федерации в рамках национального приоритетного проекта в здравоохранении.

Вторая часть программы Совещания была посвящена анализу текущего статуса программы ДЛО и поиску решений по преодолению обозначившихся к концу 2006 года системных проблем ее реализации.

«На 01.01.2007 простаивают 2% поставленных машин СМП, 6% электрокардиографов, 5% аппаратов УЗИ».



В своем выступлении и.о. директора Федерального фонда ОМС Д.В.Рейхарт отметил, что программа ДЛО затрагивает интересы широкого слоя населения – 17 027 220 человек (более 12% от общей численности населения Российской Федерации), причем это наименее социально-защищенные слои населения, страдающие хроническими заболеваниями, требующими постоянной лекарственной терапии (рис. 11).

ДЛО обеспечивает статистически подтвержденное повышение **качества жизни** льготных категорий граждан (снижение тяжести течения заболевания, темпов его возможного прогрессирования, частоты обострений и возникновения осложнений, снижение смертности, повышение доступности качественной лекарственной помощи), способствует снижению «социальной» нагрузки на здравоохранение (снижение уровня госпитализации, количества вызовов неотложной скорой помощи и т.д.). Реализация программы дает

«Мы не имеем механизмов экономического и административного воздействия на врача, остается низкой эффективность так называемого управления полкой в аптеке...».

уникальный опыт управления системой, характеризующейся большим числом участников и разнонаправленностью интересов, с учетом отличного от сметного принципа реализации.

Впечатляют количественные показатели программы ДЛО: 129 млн. выписанных рецептов, 8,6 млн. льготников, 256 тыс. вра-

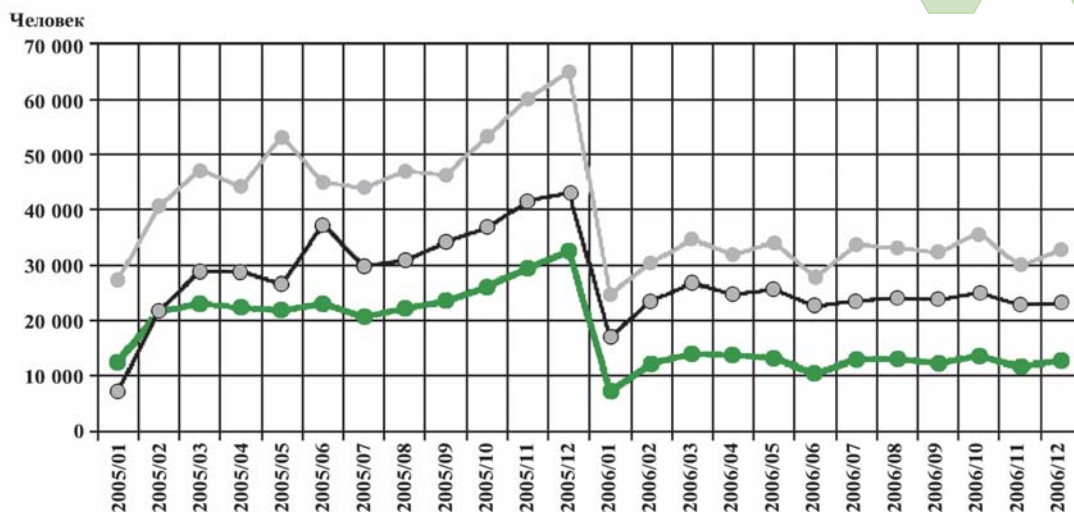


Рис. 11. Число обратившихся льготников в различных регионах за период с 01.01.2005 по 31.12.2006





→ чей и фельдшеров, 10 тыс. лечебно-профилактических учреждений, 12 тыс. аптек и аптечных пунктов, 130 фармацевтических компаний, 50% производителей лекарственных средств, работающих на российском рынке, 32 000 автоматизированных рабочих мест.

Программа ДЛО – первая программа отечественного здравоохранения, реализующаяся не по сметному принципу, а ориентированная на конкретные потребности больного. Вместе с тем ее реализация обнаружила целый ряд системных проблем. Отказ 45% граждан от получения государственной социальной помощи в 2006 году нарушил страховой («солидарный») принцип реализации программы. Стал очевидным дисбаланс ответственности участников программы ДЛО и отсутствие действенных механизмов привлечения к ответственно-

«Мы отчетливо понимаем, что повышение стоимости лекарственной терапии в ряде случаев является прежде всего формой освоения бюджета. Всегда ли это обоснованно? Не уверен. Наша задача – обеспечение лечения, адекватного финансовым ресурсам».



Рис. 12. Анализ затрат на лечение больных отдельными нозологиями

сти участников ее реализации. Остается низкой эффективность управления формированием товарных запасов программы, отсутствует эффективная система контроля качества лекарственной терапии.

Увеличение доли затрат на лечение ряда патологий составило более 50%. Не может не беспокоить рост стоимости упаковки и увеличение доли дорогостоящих лекарственных препаратов. Настораживает и тенденция сокращения отечественных препаратов, доля которых к концу 2006 года упала до 7%.

ФФОМС провел анализ затрат на обеспечение финансовой устойчивости программы ДЛО при сохранении достигнутого уровня качества лекарственной терапии (рис.12).

В сложившейся ситуации основной задачей реализации программы ДЛО в 2007 году, по мнению Д.В.Рейхарта, является обеспечение ее финансовой устойчивости, для чего необходимо завершить расчеты по программе 2006 г., открыть финансирование программы в 2007 г. и повысить степень участия органов управления здравоохранением, ТФОМС и ФОМС в формировании товарных запасов программы.



«По экспертным оценкам, объем некорректных назначений лекарственных средств в среднем по РФ составляет до 20–25%. Такие счета нами оплачиваться не будут. Мы планируем направлять проверяющие органы для экспертизы обоснованности выписки лекарственных средств».

Завершение расчетов за 2006 г. по программе ДЛО включает проведение ТФОМС целевых проверочных мероприятий по программе ДЛО 2006 г., сбор ФОМС, обработку и анализ первичных персонифицированных данных по реализации программы в 2006 г., выборочные проверочные мероприятия ФОМС, а по итогам проверочных мероприятий – осуществление расчетов за фактически отпущенные лекарственные средства.

По мнению Д.В.Рейхарта, в бюджет ДЛО на 2007 год (ФЗ №243-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007г.» на финансирование программы ДЛО предусмотрено 34,9 млрд. руб.) уложиться будет не просто. В случае недостаточности указанных средств на реализацию программы ДЛО в 2007 г. ФОМС вправе направлять на указанные нужды средства субсидий на реализацию территориальных программ ОМС в объеме до 41,8 млрд. руб. и средства нормированного страхового запаса в объеме до 6,2 млрд. руб.

Открытие финансирования ДЛО в 2007 г. произойдет после принятия Постановления Правительства, регламентирующего порядок финансирования ДЛО, и утверждения ФОМС сводных заявок на лекарственные средства, согласованных с органами управления здравоохранением, ТФОМС, региональными отделениями Росздравнадзора и фармацевтическими организациями.

Согласование заявок имеет целью определение прогнозного объема и источников финансирования реализации программы ДЛО, недопущение замещения менее дорогостоящих товарных позиций более дорогостоящими при равной степени эффективности фармакотерапии и повышение доли участия отечественных производителей в программе ДЛО.

На стабилизацию программы ДЛО в 2007 г. будут направлены следующие мероприятия: вовлечение страховых медицинских организаций в проведение медико-экономического контроля, создание эффективных средств анализа и мониторинга реализации программы ДЛО в 2007 г. (со второго квартала начнет действовать автоматизированная информационная система мониторинга программы), обеспечение бесперебойности поставок в ДЛО путем применения штрафных санкций к уполномоченным фармацевтическим компаниям за ненадлежащее исполнение обязанностей, предусмотренных государственными контрактами.

Возможными путями совершенствования программы ДЛО, по мнению руководителя ФФОМС, являются: закрепление страхового «солидарного» принципа, включение в программу новых категорий граждан (бюджетников, региональных льготников и т.д.), предоставление права льготнику выбирать торговое наименование ЛС при фиксации предельной цены возмещения, сокращение издержек программы в первую очередь за счет торговых надбавок, установление финансовой ответственности ЛПУ и врача за необоснованное назначение лекарственной терапии.

Д.В.Рейхарт завершил свое выступление констатацией: «ДЛО должно идти к системе лекарственного страхования, а не к монетизации льгот».



Из интересных данных были приведены в докладе заместителя руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития Е.А.Тельновой.

За 2006 год было выписано 129 169 392 рецепта на сумму 70 327 тыс. рублей. Уровень госпитализации среди участников программы ДЛО сократился от 38 до 80%. Средняя стоимость рецепта в 2005 году выросла с 184 до 260 рублей, а в 2006 году – с 260 до 549 рублей.

В перечне лекарственных средств, закупаемых государством для льготных категорий граждан, до 65% сократилась доля дженеретиков, увеличился объем новых инновационных препаратов. По данным Федеральной службы по тарифам, индекс цен на льготные медикаменты в среднем был на 7–10% ниже, чем в розничной сети.

Вместе с тем выросла доля рецептов с отсроченным обслуживанием, в ряде регионов (Костромская, Тульская области) она составляет до 60%.

В качестве комментария к прозвучавшим выступлениям заместитель Министра здравоохранения и социального развития В.И.Стародубов (подчеркнув, что высказывает собственное мнение) отметил: «Достигнутое в 2006 году снижение смертности в РФ я в первую очередь связываю с реализацией программы ДЛО. На сегодняшний день дефицит, образовавшийся в программе ДЛО в 2006 году, по экспертным оценкам, составляет около 30 млрд. рублей. Мы должны были сократить объем выписываемых рецептов в два

раза. Между тем, по оценкам на начало года, объем выписки сократился лишь на 7%, при том 8% рецептов находятся на отсроченном обслуживании. То есть фактически сокращения количества выписанных рецептов не произошло. Всем нам нужно искать решения преодоления выявленных проблем. Пока предлагаемые Вами меры – выделить дополнительное финансирование, сократить список врачей, выписывающих рецепты, сократить перечень наименований в списке льготных лекарственных препаратов – трудно отнести к разряду действенных. Мы ждем от Вас конструктивных предложений по организации работы в условиях финансовых ограничений».

В.И.Стародубов подчеркнул, что объем отпущенных лекарственных препаратов в 2007 году не будет сокращен по сравнению с 2006 годом. Согласно подготовленному приказу Минздравсоцразвития России, находящемуся на регистрации в Минюсте, возвращается выписка по торговым наименованиям лекарственных препаратов.

Итоги работы Совещания подвел **Министр здравоохранения и социального развития М.Ю.Зурабов.**

«Надеюсь, Вам теперь понятно, почему мы не начали системных реформ здравоохранения раньше. Итоги реализации программы ДЛО показали, что мы не справились с элементарной задачей – с управлением всего лишь одним параметром – обеспечением лекарственными средствами. При этом у нас нет ответа на вопрос, кто отвечает за факт некорректного назначения лекарственных препаратов.

Во всех странах проблемы управления здравоохранением носят системный характер и обнаруживают удивительное сходство. Недавно Президент США выступил с новыми инициативами по модернизации системы медицинского страхования. Оказывается, 16% ВВП для системы здравоохранения США недостаточно.

....У меня нет пока ответа на вопрос, будут ли выделены дополнительные средства на программу ДЛО в 2007 году, потому что ни один из Вас не может честно ответить на вопрос, насколько корректно выписывают



«Если бы меня спросили, что такое светлое будущее, я бы сказал, что – введение программы доступного лекарственного обеспечения для женщин старше 60 и мужчин старше 65 лет».

М.Ю.Зурабов



ся рецепты. Поэтому Ваша задача – в организации управления этими расходами. Мы даем Вам четыре месяца на составление персонализированной заявки. Лишь после этого мы будем обсуждать вопросы дополнительного финансирования программы. Средства в размере 16 млрд. рублей, которые будут выделены, пойдут на покрытие дефицита программы прошлых лет.

Я самым настойчивым образом прошу руководителей территориальных ФОМС предельно внимательно отнестись к работе с базой данных рецептов.

В этом году мы всерьез начнем заниматься информатизацией здравоохранения. Информатизация станет абсолютно ключевым фактором управления отраслью.

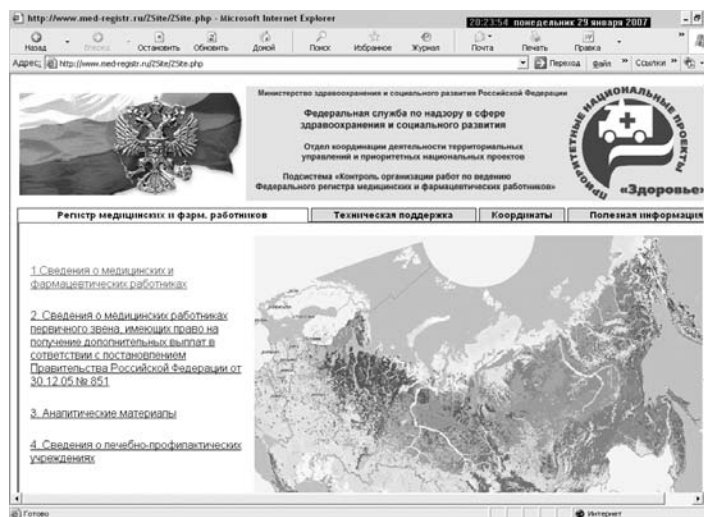
Да, нужно добиваться объективных объемов финансирования, но параллельно нужно и сокращать неэффективные расходы на медицинскую помощь.

Если бы меня спросили, что такое светлое будущее, я бы сказал – введение программы доступного лекарственного обеспечения для женщин старше 60 и мужчин старше 65 лет».

**Подготовила
Н.Куракова**

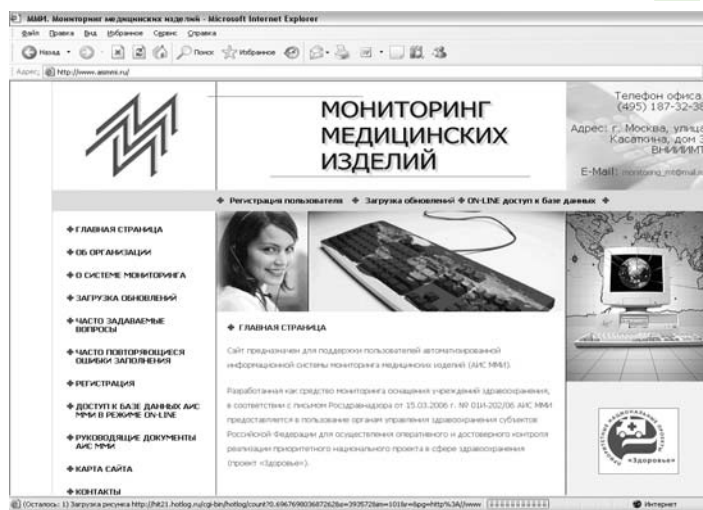
ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

WWW.MED-REGISTR.RU



Сайт предоставляет информацию о медработниках, осуществляет техническую поддержку «Федерального регистра медработников».

WWW.AISMMI.RU



Сайт предназначен для поддержки пользователей автоматизированной информационной системы мониторинга медицинских изделий (АИС ММИ).



РЕАЛИЗАЦИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, НА ТЕРРИТОРИИ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Владимирская область вошла в число 19 субъектов РФ, в которых с 2007 года стартовал пилотный проект Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Еще в конце 2006 года в области была сформирована рабочая группа по реализации данного проекта, в состав которой вошли сотрудники департамента здравоохранения, руководители органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения муниципальных образований региона, представители территориального фонда ОМС, страховых медицинских организаций, территориального управления Росздравнадзора по Владимирской области.

В январе 2007 года по инициативе Администрации Владимирской области, поддержанной руководством Минздравсоцразвития РФ, на территории постоянного представительства Владимирской области в г.Москве под председательством заместителя Губернатора области С.А.Мартынова было проведено рабочее совещание, посвященное вопросам реализации пилотного проекта.

В совещании приняли участие представители Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, являющиеся идеологами проекта, сотрудники Федерального фонда ОМС, члены региональной рабочей группы.

Ключевыми вопросами, рассмотренными на встрече, были следующие:

- ♦ механизмы финансирования пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения;
- ♦ о целевых показателях системы здравоохранения субъектов Российской Федерации при реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения;
- ♦ подходы к совершенствованию организации оплаты труда работников бюджетной сферы;
- ♦ о механизмах реализации пилотных проектов в субъектах Российской Федерации, направленных на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

В ходе совещания было отмечено, что, в соответствии с Перечнем поручений Президента Российской Федерации по вопросам развития российского здравоохранения и образования от 28 марта 2006 года №Пр-488, Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации было поручено:

- ♦ завершить на основе принципов стандартизации отработку финансирования, в первую очередь стационарных медицинских учреждений, с ориентацией на конечный результат, с поэтапным переходом на преимущественно одноканальное финансирование;



- ♦ выработать механизм взаимодействия между уровнями власти в части управления отраслью и источников ее финансирования;

- ♦ определить источники и порядок финансирования расходов на осуществление пилотных проектов в субъектах Российской Федерации в 2007 году.

Помимо этого, в соответствии с Перечнем поручений Президента Российской Федерации от 8 ноября 2006 года по итогам заседания президиума Государственного Совета 2 октября 2006 года №Пр-1946ГС, Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации поручалось:

- ♦ определить размер минимального платежа на ОМС неработающего населения;

- ♦ изменить норматив отчислений на ОМС работающих граждан при применении специальных режимов налогообложения в целях их приведения в соответствие с размерами подушевого норматива финансирования ПГГ;

- ♦ разработать систему оплаты труда медработников в зависимости от объема и качества оказанной медицинской помощи;

- ♦ в рамках пилотных проектов по модернизации здравоохранения выработать подходы к эффективному управлению здравоохранением на уровне субъекта Российской Федерации.

К 16 ноября 2006 года Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации были получены заявки на участие в пилотном проекте, направленном на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, от 40 субъектов Российской Федерации. Критериями отбора пилотных территорий являлись следующие:

- ♦ готовность субъекта Российской Федерации к софинансированию расходов и проведению пилотных проектов;

- ♦ наличие системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;

- ♦ региональный опыт работы по стандартам оказания медицинской помощи или его эквивалентов с це-

лью внедрения единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи;

- ♦ наличие действенного механизма регулирования норматива финансовых затрат по лекарственному обеспечению граждан, получателей набора социальных услуг, установленного бюджетом Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год;

- ♦ соответствие нормативной правовой базы, принятой по обязательному медицинскому страхованию в субъекте Российской Федерации федеральному законодательству, в том числе в части взаимодействия со страховыми медицинскими организациями.

1 декабря 2006 года на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике было принято предложение Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации о реализации «пилотного» проекта в сфере здравоохранения в 2007 году на территории следующих субъектов РФ:

Центральный федеральный округ:

1. Белгородская область;
2. Владимирская область;
3. Калужская область;
4. Тверская область.

Северо-Западный федеральный округ:

5. Вологодская область;
6. Калининградская область;
7. Ленинградская область.

Южный федеральный округ:

8. Краснодарский край;
9. Астраханская область;
10. Ростовская область.

Приволжский федеральный округ:

11. Республика Татарстан;
12. Республика Чувашия;
13. Пермский край;
14. Самарская область.

Уральский федеральный округ:

15. Свердловская область;





- 16. Тюменская область;
- 17. Ханты-Мансийский автономный округ.

Сибирский федеральный округ:

- 18. Томская область.

Дальневосточный федеральный округ:

- 19. Хабаровский край.

Предусмотрены следующие условия финансирования пилотного проекта:

- ♦ софинансирование из федерального и регионального бюджетов – в Белгородской, Владимирской, Калужской, Калининградской, Вологодской, Ленинградской, Томской областях, Хабаровском крае, Республике Чувашия;
- ♦ предоставление федеральных грантов – в Астраханской, Тверской, Ростовской, Самарской, Свердловской областях, Краснодарском, Пермском краях, Республике Татарстан;
- ♦ финансирование за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации – в Тюменской области и Ханты-Мансийском автономном округе.

С целью реализации пилотного проекта в 2007 году во Владимирскую область будет направлено из средств федерального бюджета (средства Федерального фонда ОМС) 346 650 тыс.руб.

Софинансирование проекта в размере 240 900 тыс. руб. предусмотрено в соответствии с Законом Владимирской области от 27.12.2006 №186-ОЗ «Об областном бюджете на 2007 год».

Средства на финансирование пилотного проекта направляются сверх средств, предусмотренных на финансирование учреждений здравоохранения за счет бюджетов всех уровней и иных источников, а также средств, выделяемых на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

При этом, указанные средства направляются на финансирование учреждений здравоохранения, оказывающих стационарную помощь.

Одним из условий получения целевых федеральных средств является необходимость заключения в це-

лях взаимодействия и координации деятельности трехстороннего Соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и субъектом РФ, участвующим в проекте. Важнейшим приложением к указанному Соглашению являются целевые показатели деятельности системы здравоохранения региона.

Основной целью пилотного проекта Минздравсоцразвития РФ является реформирование здравоохранения субъектов Российской Федерации для выработки моделей эффективного управления отраслью, позволяющей реализовать публичные обязательства государства в сфере здравоохранения по единому на всей территории Российской Федерации стандарту.

Идеологами проекта определены механизмы достижения поставленной цели, к которым относятся:

- ♦ перевод на преимущественно одноканальное финансирование системы здравоохранения субъектов РФ;
- ♦ внедрение единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи, табелей оснащения и кадрового обеспечения лечебных учреждений;
- ♦ введение отраслевой системы оплаты труда медицинских работников;
- ♦ совершенствование деятельности субъектов медицинского страхования;
- ♦ создание единого информационного пространства;
- ♦ выработка механизма взаимодействия между уровнями власти по управлению здравоохранением.

В течение всего времени проведения рабочей встречи сторонами заинтересованно обсуждались наиболее острые проблемы существующей в стране системы здравоохранения, предлагались различные механизмы реализации пилотного проекта, позволяющие максимально эффективно решать задачи, стоящие перед отраслью.

На многочисленные вопросы собравшихся в ходе совещания ответили:



- ♦ Г.Ч.Махакова, директор Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ;

- ♦ Н.Н.Точилова, и.о. директора Департамента по вопросам государственной политики в сфере предоставления социальных услуг населению Минздравсоцразвития РФ;

- ♦ С.Ю.Горбарец, заместитель начальника отдела трудовых отношений и оплаты труда Департамента трудовых отношений и государственной гражданской службы Минздравсоцразвития РФ;

- ♦ Ю.Е.Михеева, заместитель начальника отдела проектов и программ развития Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития РФ.

Буквально по горячим следам после проведенной встречи в г.Москве в городе Гусе-Хрустальном Владимирской области состоялось, проведенное Департаментом здравоохранения администрации области, двухдневное расширенное совещание с приглашением руководителей органов управления здравоохранением и учреждений здравоохранения муниципальных образований регионов, а так же заместителей глав по социальным вопросам муниципальных образований области.

Открывая встречу, посвященную вопросам реализации пилотного проекта на территории области, заместитель Губернатора Владимирской области С.А.Мартынов особо подчеркнул, что участие в проекте является серьезным шансом по переходу регионального здравоохранения на качественно иной уровень.

В последние годы в области заметно активизировался процесс строительства и реконструкции учреждений здравоохранения, значительные средства бюджетов всех уровней (прежде всего – в рамках национального проекта «Здоровье»), направляются на укрепление материальной базы ЛПУ, на обновление автопарка службы скорой медицинской помощи.

В области внедряются и развиваются высокотехнологичные и дорогостоящие виды медицинской помощи, что позволяет более полно, сверх выделенных фе-

деральных квот, обеспечивать население соответствующими методами диагностики и лечения целого ряда заболеваний.

В течение последних лет в регионе реализуются целевые программы, направленные на профилактику и лечение заболеваний, прежде всего, социально-значимого характера, осуществляются меры по лекарственному обеспечению льготных категорий граждан.

Одним из приоритетов развития областного здравоохранения последнего времени является развитие системы единого ведомственного информационного пространства, позволяющей оперативно решать вопросы, связанные с функционированием отрасли. Вместе с тем, основные показатели здоровья населения и демографическая ситуация в регионе не вызывают удовлетворения.

Существующая система здравоохранения характеризуется нарастающим кадровым дефицитом и хроническим недофинансированием отрасли, что обуславливает необходимость осуществления тщательно продуманных и взвешенных преобразований в отрасли, ее реформирование, направленное на создание эффективной системы охраны здоровья населения, соответствующей требованиям сегодняшнего времени.

Заместитель Губернатора области акцентировал внимание присутствующих на том, что основной целью «пилотного» проекта является выработка модели эффективного управления отраслью, позволяющей предоставлять населению качественную бесплатную медицинскую помощь в объемах, гарантированных государством.

В областном совещании приняла участие представитель Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации Ю.Е.Михеева, которая подробно рассказала участникам о финансовых механизмах реализации проекта. Юлия Евгеньевна подчеркнула, что реализовывать пилотный проект предстоит в очень сжатые сроки – в течение одного года, при этом, основные его мероприятия начинаются со второго квартала 2007 года.

Финансирование проекта будет осуществляться из бюджета Федерального фонда ОМС, в котором на данные цели в 2007 году заложено 4 млрд. руб. По-





→ мимо этого, предполагается дополнительно направить на цели проекта остатки средств на дополнительную оплату первичной медико-социальной помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальных программ ОМС в 2006 году.

В своем выступлении представитель Минздравсоцразвития РФ подчеркнула, что федеральные средства на реализацию проекта поступят в регион при выполнении следующих основных условий: принятия областного закона, определяющего целевые расходные обязательства субъекта; подписания в рамках проекта соглашения с Минздравсоцразвития РФ и ФФОМС, заключения соответствующих договоров между территориальным фондом ОМС и учреждениями здравоохранения, оказывающими стационарную помощь.

Средства будут переданы из федерального бюджета и аккумулированы в бюджете ФФОМС, территориям они предоставляются в размере 1/12 платежа ежемесячно в виде субсидий в бюджет территориального фонда ОМС. Деньги из областного фонда ОМС пойдут в ЛПУ не через страховые компании, а напрямую.

Ю.Е.Михеева сделала акцент на целевом финансировании проекта, указанные финансовые средства не могут быть направлены ни на погашение дефицита территориальной программы ОМС, ни на погашение задолженности территории по программе дополнительного лекарственного обеспечения.

Выделяемые средства должны направляться в стационарные учреждения здравоохранения. При этом, одна часть средств (предположительно от 40 до 55%) полученных стационарами, будет расходоваться на повышение оплаты труда медицинских работников, другая часть – на оснащение ЛПУ оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения.

В своем выступлении, и.о. директора Департамента здравоохранения администрации Владимирской области И.А.Одинцова отметила, что если одной из целей национального проекта «Здоровье» является совершенствование амбулаторно-поликлинического зве-

на здравоохранения, то пилотный проект направлен на поднятие на качественно иной уровень медицинской помощи, оказываемой населению в стационарах.

Существующая система финансирования учреждений здравоохранения не позволяет в достаточной мере ориентировать медицинских работников на достижение конечного результата. Постепенный переход учреждений здравоохранения на одноканальное финансирование с внедрением полного или частичного фондодержания поликлиниками заставит учреждения здравоохранения с одной стороны рачительно относиться к имеющимся финансовым средствам, а с другой – создаст мотивацию у медицинских работников к качественному выполнению своих профессиональных обязанностей.

Преимущественно одноканальное финансирование предполагает перераспределение средств, которые получает лечебное учреждение, между системой ОМС и бюджетом в пропорции 75% (ОМС) к 25% (бюджет). Что остается прерогативой бюджетного финансирования? Прежде всего оплата коммунальных услуг и капитальные вложения, – это полномочия и функция собственника зданий. В рамках пилотного проекта предполагается изменить наполнение тарифа в системе ОМС, ввести дополнительные к существующим статьи финансирования.

И.А.Одинцова подчеркнула, что одним из непреложных условий реформирования системы здравоохранения является достоверная и реальная оценка стоимости конкретной территориальной программы государственных гарантий.

Деньги в здравоохранение можно вливать до бесконечности, но должны быть рычаги воздействия на качество медицинской услуги. Задача создания таких рычагов как раз и ставится перед пилотными территориями.

Реализация в последние годы в системе здравоохранения двух глобальных проектов – Программы дополнительного лекарственного обеспечения и национального проекта «Здоровье» – позволили осуществить серьезный прорыв в системе информатизации в отрас-



ли. Сегодня мы владеем достоверной информацией о кадровом потенциале первичного звена здравоохранения, о фондовооруженности учреждений здравоохранения, оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, о потребности региона в объемах лекарственных средств, необходимых для обеспечения амбулаторного лечения льготных категорий граждан и т.д.

Внедрение в здравоохранении стандартизации с соответствующей информационной поддержкой создают условия для формирования системы оказания медицинской помощи населению на качественно ином уровне.

Наша область, заключила И.А.Одинцова, вошла в пилотный проект. Перед нами стоит задача грамотного использования полученных средств с достижением целей, стоящих перед проектом.

В завершении, и.о. директора Департамента здравоохранения обратила внимание представителя Минздравсоцразвития РФ на целесообразность использования части средств, полученных стационарами по пилотному проекту, по статье медикаменты. – Существует известное напряжение в качественном и достаточном лекарственном обеспечении стационаров, – заметила Ирина Одинцова, – и добиться существенного улучшения результатов стационарного лечения больных мы можем лишь увеличив расходы по статье медикаменты.

И.А.Одинцова предложила разработчикам проекта еще раз продумать этот аспект.

Однако, не отвергая категорически возможности корректировок, Ю.Е.Михеева обосновала заявленную позицию – это средства на реформу, а не на покрытие дефицита. Перераспределяйте другие средства, мы Вам даем возможность маневра. Это средства Российской Федерации, и мы определяем правила игры.

Впрочем, окончательно вопрос по медикаментам еще не закрыт. А вот участие в пилоте негосударственных лечебных учреждений, в частности, больниц ОАО РЖД, категорически недопустимо. Минфин однозначно против того, чтобы бюджетные средства до-

ставались вневедомственным учреждениям здравоохранения.

Выступившая на совещании исполнительный директор Владимирского областного фонда ОМС О.М.Ефимова пояснила вопрос об участии в проекте страховых медицинских организаций.

Страховые медицинские организации не участвуют в схеме финансирования, но все же задействованы в «пилоте». Им отводится определенная роль в создании единого информационного пространства, в формировании персонифицированного учета застрахованных по подобию системы пенсионного страхования. Предполагается формирование лицевых счетов с отражением всех, полученных застрахованным гражданином медицинских услуг. Наличие подобной информации необходимо, прежде всего, для осуществления качественного планирования в системе.

Для создания единой информационной системы все страховые организации региона должны иметь совместимые базы данных. Со временем персонифицированный учет коснется всех граждан РФ. На это понадобятся годы, но начинается все именно сегодня – в пилотных территориях.

В выступлении начальника отдела экономического развития, управления финансами и материальными ресурсами Департамента здравоохранения Н.Н.Безлихотновой были подробно рассмотрены возможные пути повышения уровня заработной платы медицинских работников стационарных учреждений здравоохранения.

Отмечено, что материальное стимулирование сотрудников ЛПУ, ориентированное на конечный результат, должно быть четко взаимосвязано с поставленными целевыми показателями. Постепенный отход в системе оплаты труда от тарифной сетки и возрастание полномочий главного врача лечебного учреждения в определении ценности того или иного сотрудника являются отправными моментами как в повышении качества оказания медицинской помощи населению, так и в проведении структурных и кадровых преобразований в отрасли.





В ходе проводимого совещания заместитель директора Департамента здравоохранения С.В.Замковой остановился на таком важнейшем направлении пилотного проекта, как вопросы стандартизации в отрасли; директор Государственного учреждения здравоохранения Владимирской области «Медицинский информационно-аналитический центр» М.И.Дегтерева рассказала о возможностях и задачах региона по дальнейшему внедрению в здравоохранении системы информатизации с применением современных, в том числе оригинальных, программных продуктов.

Заместитель директора департамента здравоохранения И.А.Тихонов рассказал о предполагаемой системе мониторингирования пилотного проекта, ориентированного на достижение конкретных конечных результатов.

Выступающий акцентировал внимание аудитории на предполагаемых целевых показателях проекта, упомянув при этом, что достоверная оценка качества медицинской помощи возможна лишь при анализе целого ряда критериев, разработка и внедрение которых требует достаточно длительного промежутка времени.

Был приведен пример Великобритании, имеющей более, чем полувековой опыт развития государственного сектора здравоохранения, и лишь в 1997 году заявившей о том, что правительство на основании анализа более 1,5 десятков клинических индикаторов в состоянии отчитываться не только о количестве оказанной медицинской помощи, но и о ее качестве.

И.А.Тихонов привел примеры качественных и количественных показателей, применяемых в различных субъектах РФ с целью оценки уровня региональной системы здравоохранения как в целом, так и отдельных ее звеньев. В заключении своего выступления заместитель директора Департамента здравоохранения предположил, что одним из конечных результатов реализации пилотного проекта может оказаться саморегулирование больничной сети, произошедшее в результате ориентации пациента на качественную медицинскую услугу.

В течение второго дня совещания, проведенного во Владимирской области, состоялась оживленная дискуссия между участниками встречи.

Выступавшие руководители муниципального здравоохранения, главные врачи учреждений здравоохранения, заместители по социальным вопросам глав муниципальных образований заинтересованно обсуждали все аспекты предполагаемого проекта, вносили предложения по отдельным направлениям его реализации.

Несмотря на то, что в отдельных выступлениях были высказаны опасения, связанные с предстоящей дополнительной нагрузкой на управленческий аппарат в отрасли (к имеющейся сегодня по Программе ДЛО и национальному проекту «Здоровье»), мнение присутствующих о дополнительных возможностях, открываемых для здравоохранения области участием в пилотном проекте, было единодушным.

Завершая двухдневное совещание, С.А.Мартынов подчеркнул, что область сама вправе решать в каких именно стационарах будут реализовываться направления проекта. «Скептиков никто насильно за рукава не потащит, – сказал, обращаясь к главным врачам, заместитель Губернатора области. – Мы будем работать только с теми, кто этого хочет».

Итак, во Владимирской области 2007 год может стать переломным для отрасли, но руководителям учреждений здравоохранения действительно есть о чем подумать. От дополнительных денег отказываться глупо, но все понимают, что они – вовсе не подарок, поскольку объем работы предстоит гигантский.

Однако представитель министерства Ю.Е.Михеева в отношении Владимирской области настроена оптимистично: «Мы рассчитываем, что в конце года вы окажетесь в числе тех субъектов, про которые мы скажем: «Да, пилот удался!» и будем не только в Тюмень, но и к вам направлять коллег за ценным опытом».

**Подготовили М.И.Дегтерева,
И.А.Тихонов**



ФОНДОДЕРЖАНИЕ КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. Мнения экспертов

ОТ РЕДАКЦИИ:

В журнале «МЗ», 2007, №2 мы начали публикацию мнений специалистов о фондодержании как возможном механизме управления в сфере здравоохранения Российской Федерации. Продолжаем обсуждение этой темы, используя материалы, подготовленные к семинару «Новые механизмы финансирования амбулаторно-поликлинических услуг в РФ», любезно предоставленные редакции руководством проекта Европейского сотрудничества «Поддержка системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях в РФ».

Р.И. ДЕВИШЕВ,

главный специалист отделения методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрав

Одноканальное финансирование, взаиморасчеты и частичное фондодержание

Переход к преимущественно одноканальной форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения предполагает уменьшение доли средств, направляемых из бюджета на непосредственное финансирование ЛПУ. Основные средства на финансирование ЛПУ в этом случае должны поступать в медицинские учреждения из системы ОМС. В распоряжении органов здравоохранения остаются средства на управление здравоохранением, целевые программы и капитальные вложения. Кроме того, в ряде территорий пока продолжится финансирование из муниципального бюджета расходов на коммунальное обслуживание муниципальных ЛПУ. Остается актуальной задача освежения основных фондов здравоохранения, которые не только успели сильно износиться, но и вообще скорость старения современного медицинского оборудования составляет около 5 лет. В 2006 году благодаря средствам национального проекта была значительно улучшена материально-техническая база амбулаторно-поликлинических учреждений за счет их оснащения современным медицинским оборудованием.

Существенной проблемой является использование максимально полных тарифов на оказание медицинской помощи, обеспечивающих адекватное покрытие затрат медицинского учреждения в соответствии с объемом и качеством оказанной помощи.

В конце 80-х начале 90-х годов XX века одноканальное финансирование ЛПУ в полной форме предусматривалось в «новом хозяйственном механизме» практически только за счет бюджетных средств.

Предусматривался переход от выделения средств для ЛПУ из бюджета не по отдельным статьям расходов, а финансирование по долгосрочным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую направленность деятельности учреждения. Также предусматривалось установление тесной





зависимости размеров фондов производственного и социального развития учреждений здравоохранения и оплаты труда каждого работника от конечных результатов деятельности учреждения или его подразделения, объема, качества и эффективности труда.

Нормативы бюджетного финансирования выполняют функции цены (тарифа) на услуги (работы), оказываемые учреждением здравоохранения, и устанавливают по показателям, характеризующим конечные результаты деятельности учреждений здравоохранения (медицинская помощь и услуги в расчете на одного жителя в год; лечение одного больного различных профилей заболеваний и категорий сложности; оказание различных видов медицинских и других услуг).

В новом хозяйственном механизме предполагалось использование различных форм хозяйствования, включая внутрисистемные арендные отношения, гибкие режимы труда и др. Также предусматривалась реорганизация амбулаторно-поликлинического звена и перепрофилизация коечного фонда в рамках пересмотра организационной структуры сети, органов и учреждений здравоохранения с формированием территориальных медицинских объединений (ТМО). Перечень учреждений, включаемых в состав ТМО, определялся исходя из медико-организационных и экономических аспектов и местных особенностей территорий. ТМО на основании утвержденных нормативов и выполненного объема медицинской помощи оплачивал деятельность своих структурных подразделений. Оказание медицинской помощи вне данного ТМО оплачивается тем ТМО, к которому прикреплен житель по нормативу (цене) учреждения, предоставляющего эту помощь. Предполагалось, в частности, что учреждения областного (городского) подчинения и другие самостоятельные лечебно-профилактические учреждения могли содержаться за счет денежных средств, поступающих от ТМО за оказание медицинской помощи прикрепленному к ним населению.

При несоответствии финансирования сложившимся потребностям населения территории допускалось регулирование объемов медицинской помощи в данной территории. Сокращение объемов медицинской помощи или

перевод отдельных обязательных (бесплатных) ее видов на договорные и платные основы должны были согласовываться с территориальными Советами народных депутатов и вышестоящим органом управления здравоохранением [1, 2].

Сам принцип полного фондодержания: по аналогии с «новым хозяйственным механизмом» предполагает, что первичное звено (врач или учреждение первичной помощи) «держит» фонды на стационарную и скорую помощь. В настоящее время представляется преждевременным, чтобы индивидуальный врач (участковый или семейный) фактически являлся распорядителем средств на стационарную помощь вместо органов управления здравоохранением (не говоря уже о проблеме учета и бухгалтерии в современных условиях). В новом хозяйственном механизме таким держателем являлось районное территориальное медицинское объединение, созданное на базе ЦРБ с ведущей ролью поликлинического звена.

Частичное (или полное) фондодержание часто определяют как метод подушевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена (юридического лица – ЛПУ, территориального объединения) за каждого прикрепившегося, при котором в подушевом нормативе предусматривается оплата не только собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена, но и услуг других ЛПУ. При полном фондодержании фондодержатель имеет в своем распоряжении средства на оплату всего объема медицинских услуг, оказываемых за пределами учреждения. При частичном фондодержании имеет средства на оплату лишь части помощи (например, только специализированной амбулаторной помощи).

Использование фондодержания в той или иной форме тесно связано с системой взаиморасчетов:

- ♦ «внутренние» взаиморасчеты (внутримуниципальные взаиморасчеты) – взаиморасчеты внутри поликлиники между участковым звеном и узкими специалистами поликлиники, специалистами параклинических служб;
- ♦ «горизонтальные» взаиморасчеты (межмуниципальные взаиморасчеты) – расчеты ЛПУ с другими учреждениями и межрайонными центрами оказывающими



специализированную консультационную и лечебную помощь (в частности, в соответствии с выделенными квотами), которые не могут быть оказаны в данном ЛПУ;

- ♦ «вертикальные» взаиморасчеты – расчеты за помощь, оказываемую областными (республиканскими, городскими, федеральными) медицинскими учреждениями за консультативно-лечебные услуги, за высокотехнологичные виды помощи.

Внутренние тарифы используются как для определения, учета финансового вклада доли различных служб в общий объем деятельности ЛПУ, так и при использовании в той или иной форме частичного (или иногда фактически «условного») фондодержания первичного звена внутри ЛПУ с внедрением внутренних взаиморасчетов. При этом могут использоваться различные формы учета объемов помощи и их стоимости между службами, в том числе, система ведения субсчетов внутри учреждения, внутренние тарифы на медицинские услуги и т.д.

Для финансовой возможности реального проведения горизонтальных и вертикальных взаиморасчетов в соответствующие подушевые нормативы закладываются финансовые средства для оплаты медицинской помощи в учреждениях, оказывающих помощь на межрайонном и областном уровне.

В частности, на первом этапе внедрения вертикальных взаиморасчетов, учреждения здравоохранения, имеющие прикрепленное население, застрахованное по ОМС, непосредственно рассчитываются с областными медицинскими учреждениями за оказанные по направлению муниципальных учреждений консультативно-диагностические услуги. На последующих этапах внедрения частичного фондодержания во взаиморасчеты включается и оплата за стационарное лечение направленных больных. Стоимость медицинских услуг областных ЛПУ может закладываться у их основных потребителей – муниципальных амбулаторно-поликлинических учреж-

дений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В общем случае могут быть выделены, например, такие варианты финансирования первичной медицинской помощи:

- ♦ финансирование за счет фиксированной доли средств бюджета и ОМС, выделенных на амбулаторно-поликлиническую службу;
- ♦ финансирование за счет фиксированной доли подушевого норматива;
- ♦ финансирование на объем и виды амбулаторной помощи, оказываемой врачом первичного звена;
- ♦ финансирование за объем оказанных детальных услуг;
- ♦ финансирование по числу пролеченных больных (по случаям поликлинического обслуживания);
- ♦ финансирование с частичным учетом средств, выделяемых на другие службы и виды помощи (например, на специализированную амбулаторную помощь, на долю стационарной помощи, которая может быть оказана путем использования стационарозамещающих технологий и т.д.);
- ♦ финансирование на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу, включающую стационарную (или ее долю) и/или скорую медицинскую помощь прикрепленному населению;
- ♦ смешанные формы финансирования.

Представляется целесообразным использовать оплату всей медицинской помощи (больничной и внебольничной) муниципального образования (не включающих в себя крупных и средних городских образований) на основании установленного для данного муниципального образования подушевого норматива, а собственно оплату стационарной помощи по количеству пролеченных больных, но с учетом оговоренного в соответствующем заказе объема медицинской помощи.



ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник нормативно-методических материалов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. Т.1–2. – М.: Министерство здравоохранения СССР, 1989.
2. Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. Т.1–4. – М.: Министерство здравоохранения СССР, 1991.



Н.Г.ШАМШУРИНА,

д.э.н. профессор, факультет управления здравоохранением, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова



Фондодержание предполагает, что:

- ♦ поликлиника получает средства на оказание всего объема амбулаторной помощи прикрепленному населению;
- ♦ если сама поликлиника не может оказать какие-то виды помощи, то она покупает их в других учреждениях за счет полученных средств;
- ♦ такое положение распространяется и на некоторые виды стационарной помощи;
- ♦ необязательно, что все средства поступят на расчетный счет поликлиники;
- ♦ средства могут аккумулироваться на специальном счете плательщика, который может их использовать только по указанию поликлиники;
- ♦ важным условием **частичного фондодержания** является предоставление прав поликлиники распоряжаться **частью средств**, предназначенной для оплаты стационарной помощи;
- ♦ при этом должны быть определены тарифы на услуги стационара, которые будут стимулировать врачей поликлиник не направлять легких больных в стационар и оказывать им помощь собственными силами;
- ♦ не исключена возможность направления больных на краткосрочную госпитализацию для проведения специфических обследований и уточнения диагноза и методов лечения;
- ♦ право направления пациента на госпитализацию должно принадлежать только врачам поликлиники;
- ♦ им должно принадлежать право наблюдения за ходом лечения в стационаре и возможность предложения выписки больного для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Пример. Система фондодержания Великобритании: ОВП финансируются в зависимости от числа прикрепленного населения.

Определяется норматив финансирования части затрат на другие виды медицинской помощи. Устанавливаются договорные отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена для расчетов за оказанные услуги.

Используется метод подушевого финансирования оплаты медицинской помощи. Доход ОВП складывается из подушевой опла-

В Великобритании для устранения отмеченных недостатков с 1997 г. были созданы группы первичной помощи. Они включали 4–7 врачей общей практики, 1–2 медсестер, представителей органа управления здравоохранением, местной социальной службы и населения. Группа обслуживала население численностью от 100 до 200 тыс. человек, имела свой фиксированный бюджет и право использовать его по своему усмотрению.



ты (60%), оплаты по гонорарному принципу (15%), из твердой зарплаты врачей и субсидий на содержание практик (25%).

Субсидии покрывают расходы на аренду помещений, оплату вспомогательного персонала, информационное обеспечение, повышение квалификации врачей.

Недостатки и проблемы фондодержания:

- ♦ возможность сдерживания больных и ограничения их доступа в больницы и другие учреждения здравоохранения с целью увеличения ПМП собственных доходов;
- ♦ оказание собственными силами видов медицинской помощи, которые в соответствии с современными лечебно-диагностическими технологиями должны оказываться только в стационаре;
- ♦ необходимость жесткого контроля плательщиков и органов управления здравоохранением с целью пресечения таких действий ПМП;
- ♦ необходимость дополнительных финансовых вложений для организации фондодержания.

Преимущества фондодержания:

- ♦ стимулирует интенсивность труда;
- ♦ повышает качество медицинской помощи в первичном звене;
- ♦ создает конкурентную среду в стационарной помощи, поскольку договоры заключаются не только с управлениями здравоохранением, но и с ВОП;
- ♦ в первичное звено передаются лишь те средства, которые врачи общей практики могут реально контролировать (15% средств региона на оказание стационарной помощи – плановых хирургических операций).

Пример. В Великобритании возникающая экономия средств ВОП может быть использована на расширение практики, приобретение нового оборудования, предоставление новых услуг. При этом запрещается использование экономии на оплату труда персонала.

Подготовка финансирования по схеме фондодержания предполагает следующие этапы:

- ♦ подается заявка;
- ♦ проходит обучение;
- ♦ определяются сроки перехода;
- ♦ утверждается бюджет фондодержателя;
- ♦ управление здравоохранением согласовывает плановые показатели с ВОП-фондодержателями (**среднепрофильные тарифы, трудозатраты, затраты на управление практиками**);
- ♦ рассчитывается бюджет на лекарственные средства;
- ♦ подписываются договоры с больницами, узкими специалистами, другими службами;
- ♦ определяются контрольные цифры в отношении листа ожидания, участия в программах профилактики.

В будущем с учетом опыта стран Европейского Союза реализация в РФ всех этих этапов вполне реальна. Уже сегодня действующее общее законодательство, некоторое улучшение экономической ситуации, постепенное развитие новых условий хозяйствования в здравоохранении **позволяют** сделать шаг в сторону улучшения медицинского обслуживания населения, преобразовать там, где это целесообразно, службу участковых терапевтов в общие врачебные практики.

Возможно рассмотрение двух моделей общеврачебной практики:

1. Организация общей врачебной практики на базе поликлиник.
2. Врач общей практики и семейный врач как индивидуальные предприниматели.

→ Особенности первой модели общеврачебной практики

1. Организация работы врачей общей практики на базе государственного лечебно-профилактического учреждения (федерального или муниципального подчинения).
2. Врач общей практики оказывает медицинские услуги по Программе государственных гарантий в со-





ответствии с взятыми на себя обязательствами, подкрепляемыми финансовыми ресурсами данного ЛПУ.

3. Перечень платных медицинских услуг предлагается самим врачом общей практики и согласовывается с администрацией поликлиники.

4. Врач общей практики действует на основе существующей сегодня нормативно-правовой базы, определяющей правила оказания платных медицинских услуг, а именно: Постановления Правительства РФ №27 от 13 января 1996 г., Приказа МЗ И МП РФ №109 от 29 марта 1996 г. и др.

5. Врач общей практики действует на основе договорных отношений. Для организации рабочего места часть основных средств поликлиники может передать безвозмездно с целью улучшить в будущем свою материально-техническую базу из доходов от деятельности врача общей практики или на условиях краткосрочной аренды (ст. 651 ГК РФ, п.2), когда арендная плата (ст. 654, п.3 ГК РФ) составляет не более 3–5% от остаточной стоимости передаваемых основных средств (для расчета ориентиром могут служить нормативы износа зданий – 5,4% в год, оборудования – 10–12% в год). Таким образом, поликлиника и общая врачебная практика могли бы на долевых условиях делить бремя износа оборудования и зданий и иметь небольшие средства для восполнения этого износа в будущем в условиях дефицита бюджетных средств.

6. Цены на услуги врача общей практики должны быть доступны населению, но выше тарифов в системе ОМС. Это позволит платить более высокую заработную плату врачу общей практики, реализовать его экономический интерес и не вызовет негативную реакцию у населения.

7. Доходы врача общей практики фиксируются на отдельном специальном счете поликлиники (Постановление Правительства РФ №27, 1996 г.)

8. Предполагается предоставить врачу общей практики экономическую свободу в распоряжении этими средствами в пределах заработанных сумм (ст.298 ГК РФ).

9. Предполагается более широкое использование добровольного медицинского страхования.

10. Предполагается предоставление врачу общей практики возможности выбора контингента из числа прикрепленных к поликлинике пациентов, развертывание рекламной компании по активному продвижению на рынок услуг здравоохранения медицинских услуг врача общей практики и семейного врача, информирование пациентов о Перечне платных и бесплатных услуг врача общей практики, ценах (тарифах), условиях предоставления услуг и др. (ст.732,736 ГК РФ; статьи 9, 10 ФЗ «О защите прав потребителя», также ст.737,739, 779–783 ГК РФ, регулирующие договорные отношения о возмездном оказании услуг).

11. Предполагается детальное описание рабочего места врача общей практики и определение минимального, то есть финансово обоснованного объема его деятельности для целей налогообложения.

12. Общая врачебная практика должна пройти регистрацию в органе управления здравоохранением.

В этом случае – орган управления здравоохранением обязан контролировать:

- ♦ качество медицинской помощи врача общей практики (ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», гл. III, ст.17);

- ♦ соблюдение стандартов медицинской помощи (Приказ МЗ и МП РФ от 8 апреля 1996 г. №134; Приказы МЗ РФ от 29 апреля 1998 г. №140, 17 апреля 1998 г. №125, 9 октября 1998 г. №300, 29 февраля 2000 г. №82, 2 августа 2000 г. №304, 10 апреля 2001 г. №113 и др.);

- ♦ выполнение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь прививок;

- ♦ соответствие врача общей практики функции должности, уровень его образования;

- ♦ систематическое повышение врачом общей практики своей квалификации и получение сертификата о повышении квалификации не реже, чем один раз в пять лет.



Также необходимо:

- ♦ согласовать объем медико-социальной помощи врача общей практики как **муниципальный заказ**;
- ♦ определить подушевой норматив финансирования, отражающий минимальный, но финансово обеспеченный перечень так называемых бесплатных медико-социальных услуг; при расчетах должен быть соблюден стандарт медицинской помощи, изучена структура заболеваемости населения данного района; определены возможные объемы и виды платной медико-социальной помощи;
- ♦ разрешить оказывать ту же медицинскую помощь врачом общей практики на платной основе, если исчерпаны финансовые ресурсы.

Кроме того, правильнее было бы сосредоточить общую врачебную практику, организованную в муниципальной поликлинике, на первоочередном удовлетворении потребностей наиболее нуждающихся в уходе больных, особенно с использованием в бригаде труда практикующей медицинской сестры. Специализацией мог бы стать уход за престарелыми и детьми на дому, что дало бы новый импульс для развития геронтологии.

→ Особенности второй модели общеврачебной практики

Необходимо определить условия, обеспечивающие контроль государства. Этот контроль выражается прежде всего в определении правил регистрации частнопрактикующего семейного врача или врача общей практики как индивидуального предпринимателя.

С развитием своей деятельности врачи общей практики могут объединять свои усилия и образовывать «Объединение общих врачебных практик», что бывает выгодно с точки зрения совместной эксплуатации диагностического медицинского оборудования и т.п. Такие объединения могут иметь характер автономной некоммерческой организации, статус которой определен Федеральным законом «О некоммерческих организациях» (1995 г.), ст.2, п.3; ст.10, в том числе для медицинской деятельности.

При использовании фондодержания и выполнении муниципального заказа заказчиком услуг может выступить как система медико-социального страхования, так и управление здравоохранением.

В практике отечественного здравоохранения таких механизмов пока не создано. Точкой отсчета при определении размеров оплаты труда врача общей практики должен быть прожиточный минимум в данном регионе. Величина получаемого дохода должна также определяться стандартом медицинской помощи, оказываемой врачом общей практики, учитывающим сложность и интенсивность труда, выраженного в комплексной медицинской услуге или комплексной амбулаторной услуге.

На условиях контракта возможно отойти от методики расчетов оплаты труда по ЕТС и внедрить гонорарный метод, предполагающий оплату каждой «детальной услуги», причем из разных имеющихся источников финансирования. В этом случае может быть создан Единый фонд оплаты труда врачей общей практики, в котором остается часть бюджетных средств, часть средств обязательного медико-социального страхования, средства, заработанные при помощи платных медицинских услуг. Все эти средства могут фиксироваться на спецсчете и составлять примерно 30–40% от затрат на оказанную медицинскую помощь в течение данного периода.

Таким образом, может быть создана система экономической мотивации деятельности врача общей практики, стимулирующая медицинское обслуживание населения в соответствии с новыми требованиями.

Будет обеспечена мотивация самого врача к постоянному расширению кругозора и пополнению медицинских знаний с целью удовлетворения индивидуальных потребностей пациентов.

Развитие общей врачебной (семейной) практики решает ряд приоритетных задач по улучшению здоровья населения, а именно: обеспечивает постоянный контроль над здоровьем семьи, индивидуализированный подход к пациенту, повышение доверия семьи к врачу, усиление профилактики, возможность выбора врача пациентом, уход за престарелыми и детьми и др.



ПЕККИ РИССАНЕНА,

профессор экономики здравоохранения Университета Тампере

В России выдвигается достаточно мало инициатив в сфере здравоохранения, существенно влиявших на улучшение здоровья или благополучие населения либо на экономическое развитие. Высокий уровень смертности, особенно среди трудоспособного населения, уменьшает общую продолжительность жизни и замедляет экономический рост. Основными причинами являются ишемическая болезнь сердца, другие сосудистые заболевания, которые в большинстве своем легко предотвратить при помощи мероприятий, проводимых в рамках первичной/вторичной медицинской помощи. Более того, состав населения примерно совпадает с европейским вследствие низкого коэффициента рождаемости. В дополнение к этому, показатели заболеваемости и смертности сильно колеблются в зависимости от местности – городской или сельской, тем самым поднимая вопрос о равнодоступности всех медицинских услуг для населения.

В целом ресурсы, выделяемые здравоохранению, далеко не ограничены. Проблема лежит в плоскости спроса: среднее число посещений врача в год довольно высоко – около 9, что явно выше подобных цифр во многих европейских странах. Конечно, это может быть вызвано высокой потребностью в услугах здравоохранения, однако, данный показатель может быть уменьшен путем реорганизации модели обслуживания населения без особого ущерба для системы в целом.

Финансовые, организационные и управленческие модели в этой сфере (особенно обслуживания населения) довольно усложнены. Несомненно, федеральное правительство, как и региональные власти, оказывают немалое влияние на эти процессы, однако, с другой стороны, полномочия и ответственность в сфере финансового обеспечения и контроля предоставления услуг четко не специфицированы. Данная ситуация с незначительными изменениями характерна для всей страны в целом и создает определенные препятствия гарантиям равного доступа ко всем услугам.

В финансовом секторе ПМП, например, можно выделить следующие проблемы.

Несмотря на в целом четкое законодательство, существующие финансовые механизмы до конца не прозрачны. Основными источниками финансирования являются налоги и сборы, ОМС и денежные трансферты предприятий и правительственных структур (Данишевский, 2006).

Налоги уплачиваются в федеральный или региональный бюджеты, которые потом распределяют их среди поликлиник посредством муниципальных властей. Но не все отчисления выделяются на здравоохранение. С другой стороны, неассигнованные фонды денежных средств могут быть переданы на местный уровень здравоохранения через другие министерства, кроме Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Таким образом, нет единого центра, отвечающего за финансирование отрасли. К.Д.Данишевский отмечает, что существуют различные модели налогового финансирования первичной и вторичной медицинской помощи.

Система ОМС охватывает все рабочее население и финансируется за счет отчислений из заработной платы. Операционные издержки и оплата труда финансируются за счет страховых поступлений; остальное (капитальные вложения, расходы на оборудование и эксплуатацию) – за счет налогов. Распределение страховых фондов непрозрачно и зависит во многом от неформальных связей (Данишевский К.Д., 2006).

Хотя муниципалитеты получают лишь малую часть всех налоговых доходов, они обладают наибольшими полномочиями в сфере финансирования медицинских учреждений различных звеньев. Под ответственность местных властей попадают также неработающее население и долгосрочная медицинская помощь (например, помощь хроническим больным). Объемы переданных им средств зависят, скорее от умения договориться с представителями администрации регионального/федерального уровня, чем от каких-то формальных принципов распределения.



Из-за усложненности процедур финансирования поставщики услуг и работники сферы здравоохранения подчас руководствуются стимулами, противоречащими друг другу. Следовательно, представляется весьма сложным развивать систему ПМП, когда последствия принятия финансовых решений, произведенных на уровне агента-поставщика с целью поспособствовать процветанию собственного учреждения, не могут быть идентифицированы и предсказаны. Нет единой системы разделения властей, то есть не всегда точно понятно, кто ответственен:

- ♦ за стратегическое планирование;
- ♦ за финансирование;
- ♦ за внедрение;
- ♦ за контроль системы.

Данный принцип распределения должен существовать, необязательно в том виде, как это было описано выше. Большая доля денежных средств поступает от услуг, оплаченных пациентом за наличный расчет, несмотря на то, что такие платежи, согласно Конституции, недопустимы. По некоторым оценкам, их пропорция достигает 20–30%, что является весомым основанием задуматься о справедливом и равном обеспечении медицинской помощью. Подводя итог, отмечу, что система финансирования ПМП страдает в некоторой степени отсутствием прозрачности и предсказуемости. Более того, она недостаточно стимулирует работу поставщиков услуг и сотрудников данного звена, от которых в конечном счете зависит успех предприятия. Существование неправовой системы оплаты услуг пациентами, зачастую воспринимаемой как формальная и обоснованная, должно приниматься во внимание при реализации любых шагов в этом направлении.

Политика (государства) в области здравоохранения направлена на изменения, которые гарантируют, что все нужды населения в медицинских услугах будут удовлетворяться с большей эффективностью. Таким образом представляется разумным на этом же уровне произвести такие обновления в системе ПМП и ее финансовом обеспечении, чтобы иметь возможность откликнуться на все неотложные потребности (упомяну-

тые выше) по формированию результативной и справедливой ПМП.

В финансировании ПМП существуют несколько не связанных источников, несмотря на то, что все равно большая часть поступлений идет из налоговых доходов государства. Но даже они распределяются и передаются на нижестоящие уровни по различным независимым каналам. В настоящее время передача всех этих потоков и контроля над ними одному уровню власти представляется невозможной.

Предложения

I. Обеспечение достаточного объема ресурсов

Хотя обеспеченность персоналом высока, наблюдается нехватка основных производственных фондов (средств) в данной сфере. В частности, существует потребность в развитии технологий в ПМП, и эта статья должна также предусматривать значительные ассигнования на приобретение медикаментов.

Нужды населения и пути предоставления услуг должны быть тщательно переоценены для того, чтобы найти методы, позволяющие сократить высокие нормы расходов. Их уменьшение может способствовать снижению интенсивности эксплуатации и повысить обеспеченность ПМП. Одним из таких методов является развитие и повышение роли института врача общей практики, подразумевающего, помимо всего прочего, четкую посредническую функцию. Повышение значимости роли медсестер при ВОП означает перераспределение и снятие части нагрузки с терапевта. То есть медсестера может самостоятельно вести часть рутинной канцелярской работы и осуществлять прием больных, например, с хроническими заболеваниями.

II. Финансирование

Финансирование ПМП включает:

- ♦ привлечение денежных средств, назовем их фонды ПМП;
- ♦ систему распределения этих фондов на макро-





Первая часть охватывает налогоплательщиков, работников, а также пациентов и их семьи (оплата медицинских услуг). Вопрос оплаты части услуг связан с развитием ПМП в пилотных регионах. Далее акцент будет сделан на размещение фондов ПМП среди медицинских учреждений—поставщиков услуг.

Эффективность финансирования зависит от нескольких факторов. Не только цели и задачи здравоохранения ПМП, но и политика в области ухода за престарелыми должны быть подробно разработаны и четко определены. Только в этом случае станет возможным построить систему обеспечения, направленную на достижение поставленных целей. Различие в моделях финансирования создает различные стимулы. Это оказывает влияние на то, какой модели поведения и принятия решений станут придерживаться как организация, так и ее сотрудники.

Эффективная система финансирования скорее предпочтет стимулирование, чем использование жестких норм для достижения целей и задач ПМП.

Предсказуемость и прозрачность являются жизненно важными элементами, поскольку все акторы (в том числе и поставщики) должны иметь возможность оценить экономические последствия принятых ими решений.

Отправными точками становления качественной системы финансирования ПМП в пилотных регионах, с моей точки зрения, являются следующие:

- ♦ профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни среди населения;
- ♦ повышение отдачи (числа визитов, вылеченных пациентов);
- ♦ распределение ресурсов по принципу эффективности (то есть в наиболее перспективные и низкозатратные методы лечения);
- ♦ оказание услуг в равном объеме всем пациентам независимо от их финансового/социального положения (принцип справедливости).

Из вышесказанного можно сформулировать подобие «финансового коктейля», включающего в себя элементы нескольких методов выделения средств.

Основные типы:

1. Подушечные платежи поставщикам услуг. В этом случае фиксированная сумма на единицу населения (например, руб./житель) передается учреждениям ПМП. Обычно это взвешенная сумма, рассчитанная исходя из нескольких характеристик населения (структура потребностей, возраста, этнического состава и т.п.) и условий обеспечения (удаленность/доступность услуг). Такая система стимулирует развитие профилактических мер, если они в конечном итоге оказываются более выгодными по сравнению с обычным лечением, так как доход не зависит напрямую от числа пациентов. Более того, нет никакого смысла «лечить сверх меры». На рынке услуг ПМП может установиться конкуренция между учреждениями за количество пациентов в списках.

2. Плата за каждую услугу в отдельности, то есть поставщик получает деньги за единицу произведенной услуги, например, от страховых компаний или из государственных средств. Естественно, это подталкивает к тому, чтобы создать и предоставить избыточный объем услуг. Это является инструментом увеличения финансирования. С другой стороны, это приводит к «лечению сверх меры» и использованию не самых оптимальных в плане затратности методов лечения.

3. Фиксированный месячный оклад означает, что для учреждения—поставщика услуг все врачи и специалисты – всего лишь наемные работники. Следовательно, у них не возникает мотивации предоставлять пациенту избыточное число услуг, наоборот, в данном случае можно столкнуться с явлением смещения издержек: специалист вместо того, чтобы лечить больного самостоятельно, предпочтет направить его к другому врачу или даже в другое учреждение.

4. Оплата пациентами некоторых услуг за счет личных средств может оказывать влияние, сходное с тем, что производит система, упомянутая выше и предусматривающая оплату за каждую услугу в отдельности. Однако условия именно такой оплаты обговариваются на уровне врач—пациент, что, возможно, снижает угрозу перепроизводства услуг, как в случае, когда платит третья сторона.



III. Фондодержание

На практике многие системы финансирования ПМП содержат элементы выше перечисленных моделей. Например, типичный способ предоставления средств врачам-практикам из налоговых доходов исходя из подушевого норматива оплаты дополняется часто еще и оплатой некоторой части услуг отдельно. С другой стороны, элементы рыночной экономики, такие как конкуренция и ориентация на уровни цен, вводятся в систему ПМП при помощи инструмента фондодержания.

В этой модели заранее определенный фонд денежных средств распределяется среди ВОП и медсестер (фондодержателей) также с использованием определенной формулы. Они ответственны за предоставление всех медицинских услуг прикрепленному к ним населению, уже внесенному в специальные списки (по округам). Фондодержатели обладают правом независимого определения (возможно, вместе с пациентом) необходимых мер лечения и диагностики, они учитывают потребности пациента и предоставляют эти услуги самостоятельно либо приобретают их у других клиник.

Такая система является эффективным посредничеством между ПМП и сектором вторичной медицинской помощи, так как присутствуют элементы экономической инициативы, что заставляет тщательно обдумывать принимаемые решения и учитывать их затратность. Это также может подтолкнуть ВОП развивать профилактику.

Модель фондодержания требует развития функции и института врача общей практики (ВОП). Иначе все посредничество сведется к перенаправлению пациентов к врачам-специалистам. Более того, население должно доверять ВОП и полагаться на его способность лечить и курировать. С другой стороны, все подобные практики должны иметь систему строгого контроля, которая гарантирует предоставление высококачественных услуг, включая и доступ к ним на всех уровнях.

В пилотных регионах проекта (Липецкая и Тюменская области) фондодержание должно быть организовано в рамках поликлиник. В этом случае поликлиники будут получать финансирование в объеме, привязанном к числу населения обслуживаемого ими района. Такая формула

должна, помимо этого, учитывать потребности жителей (доля детского населения, пенсионеров, уровень заболеваемости). С другой стороны, необходимо принимать во внимание различия в схемах предоставления медицинских услуг: если фондодержатель-поликлиника расположена в сельской местности, где клиники и госпитали находятся на значительном расстоянии, то это вызовет рост издержек, что, очевидно, предусматривает более высокий уровень финансирования на одного человека.

Нужно внимательно изучить и возможность создания конкуренции между фондодержателями. Если существуют несколько подобных организаций в одном округе, то пациенты имеют право вносить себя в различные списки, заставляя тем самым поликлиники предоставлять качественную медицинскую помощь. Если не будет конкуренции, то вся идея финансирования, зависящего от пациентов, не будет иметь под собой реальной основы.

Фондодержание побуждает поставщиков услуг измерять свое поведение с экономически выгодными действиями. Одной немаловажной чертой системы является то, что ежегодная экономия с перечисленных фондов может оставаться в руках самих фондодержателей. Конечно, нужно некоторое регулирование вопроса использования накопленных средств. Более того, некоторый общий контроль просто необходим в той части, что касается выплат из этих средств дополнительных премий и бонусов персоналу поликлиники.

Для того, чтобы данная модель могла продемонстрировать реальные успехи и достичь поставленных задач, очень важно перевести разрозненные источники финансирования (региональные, местные, федеральные фонды) в единый. С точки зрения поликлиник, должен быть только один фонд, из которого осуществляется финансирование, основанное на подушевом нормативе. Если таких фондов несколько, тогда опять встает проблема возникновения различных стимулов и вариантов действий. Например, оплата пациентом услуги из собственного кармана может сформировать ошибочные стимулы, расходящиеся с целями модели фондодержания.

Перевод Егора Шейбака



Е.Б.ЖИБУРТ,

д.м.н., профессор, главный трансфузиолог ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И.Пирогова Росздрава», Председатель Совета Российской ассоциации трансфузиологов

ОСОБЕННОСТИ НАЦИОНАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ СЛУЖБОЙ КРОВИ

Вопросы службы крови столь комплексны, специфичны и социально значимы, что для подготовки решения их в государственном масштабе требуется создание специального консультативного коллегиального совета (комитета, рабочей группы и т.п.) при органе исполнительной власти в сфере здравоохранения.

В частности, в Директиве Европейского Парламента и Совета 2002/98/ЕС от 27.01.2003, устанавливающей стандарты качества и безопасности заготовки, обследования, приготовления, хранения и распределения крови и компонентов крови человека, есть положение: «Необходимо, чтобы лучшие из возможных Научные Советы были доступны Сообществу в отношении обеспечения безопасности крови и компонентов, в частности, по адаптации положений настоящей Директивы к научному и техническому прогрессу».

С целью повышения эффективности российской службы крови целесообразно сопоставить опыт коллег России и США.

Опыт США

Федеральный орган исполнительной власти – Департамент служб здоровья и человека США (The United States Department of Health and Human Services, HHS) – основное правительственное агентство, имеющее целью защитить здоровье всех американцев и обеспечить им основные социальные услуги.

На долю HHS приходится более четверти расходов федерального бюджета – 581 млрд. долларов в 2005 году. В HHS работают 67 444 человека.

Вопросы донорства и службы крови являются предметом деятельности HHS.

В основе действий HHS лежит Национальная политика в области крови (National Blood Policy), принятая в 1974 году.

Для реализации этой политики в 1998 году создан План действий в области крови (Blood Action Plan), включающий:

- ♦ программы инспекции всех организаций службы крови и продуктов крови;
- ♦ правила в области службы крови;

© Е.Б.Жибурт, 2007 г.



- ♦ информационные сообщения и меморандумы;
- ♦ федеральные регистры изделий службы крови.

Консультативный комитет по безопасности и доступности крови

Руководством NHS создан Консультативный комитет по безопасности и доступности крови (Advisory Committee on Blood Safety and Availability, далее – Комитет). Члены Комитета назначаются руководством NHS приблизительно раз в четыре года из кандидатур, представленных всеми желающими (обновление состава Комитета произошло в 2006 году).

В положении о Комитете указано, что в соответствии с законом Секретарь NHS отвечает за проведение исследований в областях здравоохранения, где задействованы кровь и продукты крови, а также за издание и претворение правил, касающихся заготовки, приготовления и распределения крови и продуктов крови, и за регулирование в отношении передачи инфекций. Комитет должен советовать, помогать, консультировать и давать политические рекомендации Секретарю и Заместителю Секретаря NHS в отношении этого широкого спектра ответственности.

Следует отметить, что Комитет создан в соответствии с законом США, устанавливающим стандарты формирования и использования консультативных комитетов. Комитет должен консультировать Секретаря NHS по широкому спектру вопросов, в том числе:

- ♦ определение параметров общественного здоровья в отношении безопасности и доступности запасов крови;
- ♦ широкий спектр вопросов общественного здоровья, этики и права, связанных с безопасностью крови;
- ♦ осмысление различных экономических факторов безопасности и доступности запасов крови, влияющих на цену и запасы продукта.

Структура Комитета

Комитет должен состоять из восемнадцати (18) голосующих членов. Двенадцать (12), включая председателя, отбираются из государственных и региональных организаций, групп поддержки, академических исследователей, специалистов по этике, врачей частной практики, ученых, защитников прав потребителей, юридических организаций, сообществ лиц – реципиентов крови или продуктов крови. Дополнительно шесть (6) членов выбираются в качестве официальных представителей индустрии крови или продуктов крови, либо профессиональных организаций. Эти шесть членов должны представлять Американскую Ассоциацию банков крови (AABB), торговую организацию или производителя диагностических тестов для крови или оборудования, компанию – производителя оборудования для лейкоредукции, крупную лечебную организацию, потребляющую кровь и продукты крови, а также Ассоциацию производителей препаратов плазмы (Plasma Protein Therapeutics Association, PPTA). В случае, если специфический продукт или процесс производят более одной компании производится ротация представителей этих компаний, по такому же типу, как и представителей общественности. Все члены и Председатель Комитета должны быть отобраны Секретарем или лицом, его замещающим.

Комитет также должен включать не более шести неголосующих членов, представляющих официальные государственные институты: Офис общественного здоровья и науки (Office of Public Health and Science), Администрацию по пищевым продуктам и лекарствам (Food and Drug Administration), Центры по контролю и профилактике заболеваний (Centers for Disease Control and Prevention), Национальные институты здоровья (National Institutes of Health), Центр служб государственного медицинского страхования (Center for Medicare and Medicaid Services) и Министерство обороны (Department of Defense).





Члены Комитета должны приглашаться для работы на срок около трех лет. Продолжительность работы сроком более двух лет зависит от соответствующей акции по обновлению Комитета до окончания определенного этапа работы. Члены Комитета могут работать по окончании отведенного срока до тех пор, пока их преемники не приступят к работе.

Могут создаваться временные подкомитеты из двух или более членов для решения специфических задач, относящихся к юрисдикции Комитета. Подкомитеты делают предварительные рекомендации по специфическим вопросам для последующих действий полного состава Комитета. Офицер Департамента по управлению комитетами должен быть уведомлен о создании каждого подкомитета, его названии, членах, функции и определенной частоте заседаний.

Заседания Комитета должны проводиться не реже одного раза в год. Возможен созыв дополнительных заседаний Председателем Комитета с предварительного одобрения представителя Правительства, который также должен одобрить повестку этого заседания. Представитель Правительства должен присутствовать на всех заседаниях.

Заседания Комитета должны быть открыты для доступа общественности, за исключением случаев, определенных Секретарем или иным уполномоченным официальным лицом. Извещение обо всех заседаниях должно быть распространено публично.

Кворум определяется как большинство членов, которые не отстранены от участия в заседании из-за финансового конфликта интересов.

Ведется протокол заседаний, все записи хранятся в соответствии с требованиями закона и правилами Департамента.

Члены Комитета, не являющиеся полностью занятыми государственными служащими, должны получать \$150 в день за время, проведенное на за-

седании, а также ежедневную выплату и оплату транспортных расходов в соответствии со Стандартными правилами правительственных командировок. Членам Комитета, выступающим представителями групп частных интересов или индустрии, надлежит работать без компенсаций, в соответствии с предварительно заключенным письменным соглашением. Однако им могут быть разрешены ежедневная выплата и оплата транспортных расходов за все командировки, определенные Правительством.

Расчетная ежегодная стоимость деятельности Комитета, включая компенсацию и транспортные расходы для членов, но не включая обеспечивающий персонал, составляет \$110 200. Расчетное количество человеко-лет необходимого обеспечивающего персонала – 5,0, что определяет ежегодные затраты – \$504 364. Эти затраты должны быть эквивалентно распределены между Центрами по контролю и профилактике заболеваний, Национальными институтами здоровья, Центрами служб государственного медицинского страхования и Администрацией по пищевым продуктам и лекарствам.

При выполнении своих функций от Комитета могут быть запрошены доклады по широкому кругу вопросов. Кроме того, в случае проведения части заседания, закрытой для публики, должен быть подготовлен отчет, включающий как минимум функцию Комитета, перечень членов и их рабочие адреса, даты и места заседаний, а также резюме деятельности Комитета и рекомендации, сделанные в течение финансового года. Копия этого отчета должна быть представлена Офицеру Департамента по управлению комитетами.

Заседания Комитета по безопасности и доступности крови

Начиная с 1997 года, общедоступна информация о 30 заседаниях Комитета (в 1997 году –



2 заседания, в 1998 году – 4, начиная с 1999 года – по 3 заседания в год) и 23 рекомендациях по итогам заседаний.

К обсуждению предлагаются два–три вопроса по службе крови, актуальных для национального здравоохранения. Повестка дня объявляется за несколько месяцев. Заседания проводятся в течение одного–двух дней в форме научно-практической конференции с докладами специалистов и живым обсуждением. По результатам заседания публикуются несколько документов:

- ♦ стенограмма заседания (несколько сотен страниц);
- ♦ отчет о ходе заседания и основном содержании докладов (1520 страниц);
- ♦ рекомендации по обсуждаемым вопросам, оформленные в виде письма Секретарю NHS.

Материалы заседаний Комитета в 2004–2005 гг.

Сентябрь 2005 года:

- ♦ обсуждение применения нового лекарственного средства EXJADE (deferasiroх), предназначенного для лечения хронической перегрузки железом вследствие гемотрансфузий (посттрансфузионный hemosideroz);
- ♦ заслушивание научных программ Лаборатории гемостаза и Лаборатории производных плазмы Отдела гематологии Управления исследования крови Центра биологических исследований;
- ♦ обсуждение отчета о посещении лабораторий 25 февраля 2005 года;
- ♦ на закрытой части заседания обсуждены внутренние исследовательские программы Отдела гематологии Управления исследования крови Центра биологических исследований.

Май 2005 года:

- ♦ действия по снижению риска «вновь возникающих» инфекций (в результате вспышки за-

болеваний, вызванных вирусом Западного Нила);

- ♦ состояние методов детекции бактерий как процедуры, разрешающей выдачу концентрата тромбоцитов;
- ♦ доступность препаратов иммуноглобулина для внутривенного введения.

Январь 2005 года:

- ♦ состояние методов детекции бактерий в концентрате тромбоцитов;
- ♦ увеличение срока хранения концентрата тромбоцитов до семи дней;
- ♦ возмещение затрат по применению продуктов фракционирования плазмы и их рекомбинантных аналогов.

Август 2004 года:

- ♦ связанное с трансфузией острое поражение легких;
- ♦ подход к лечению лиц с редкими заболеваниями крови (например, дефицит факторов V, VII, XI, XIII и протеина C);
- ♦ детекция бактерий в концентрате тромбоцитов и концентрат тромбоцитов семи дней хранения;
- ♦ внедрение исследования мини-пулов образцов донорской крови на ДНК вируса гепатита В.

Апрель 2004 года:

- ♦ возмещение затрат по применению компонентов крови;
- ♦ изменение подхода к возмещению затрат по применению факторов свертывания крови;
- ♦ снижение риска бактериальной контаминации тромбоцитов.

Январь 2004 года:

- ♦ обеспечение 5–7-дневного запаса компонентов крови как фактора готовности к чрезвычайным ситуациям;
- ♦ полное финансирование Плана действий в области крови (Blood Action Plan) в части мониторинга запасов компонентов крови и увеличения





этих запасов в государственных и частных организациях;

- ♦ адресное финансирование потребностей всех уровней службы крови по обеспечению безопасности, качества, доступности путем целевого выделения дополнительных ресурсов и изменения системы возмещения затрат из служб медицинского страхования;
- ♦ необходимость финансирования NHS разработки Программы национального резерва крови как государственно-частного партнерства.

Отечественный опыт

Различные консультативно-экспертные коллегиальные органы (как правило, в формате рабочих групп) в области службы крови создаются решениями российского федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения с периодичностью раз в один-два года.

Деятельность этих рабочих групп аморфна и имеет вяло-затухающий характер до создания следующей рабочей группы.

Этот тезис подтверждает анализ деятельности четырех последних консультативных органов Минздравсоцразвития России по вопросам донорства и службы крови.

Координационный совет Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по вопросам службы крови России

Совет был создан Приказом Минздравсоцразвития России от 10 ноября 2005 года №672 «О Координационном совете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по вопросам службы крови России».

Определено, что Совет выполняет следующие функции:

- ♦ внесение предложений по проектам нормативных правовых актов по вопросам службы крови России;
- ♦ участие в подготовке и разработке рекомендаций и предложений по вопросам службы крови России;
- ♦ запрос и анализ информации, необходимой для принятия решений по отнесенным к компетенции Совета вопросам;
- ♦ оказание методической помощи руководителям и специалистам учреждений службы крови России;
- ♦ участие в организации научно-практических конференций, совещаний и семинаров;
- ♦ взаимодействие с общественными организациями, средствами массовой информации в целях выполнения функций, возложенных на Совет;
- ♦ проведение заседаний с приглашением необходимых специалистов.

Установлено, что:

- ♦ создание Совета, его состав и изменения в составе Совета утверждаются Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации;
- ♦ общее руководство работой Совета осуществляет его председатель.

Совет разрабатывает план работ на год заседания Совета проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в квартал. На первом и единственном заседании Совета 22 декабря 2005 года были заслушаны два доклада:

- ♦ о проблемах вирусной безопасности в службе крови России;
- ♦ о прекращении использования стеклянной тары для заготовки крови и ее компонентов.

Голосование не проводилось и решение не принималось.

Иных результатов деятельности Совета не зафиксировано. В течение года заседания не проводились.

План работы Совета неизвестен.



Рабочая группа по разработке предложений по совершенствованию работы службы крови в условиях реализации положений Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года №122-ФЗ)

Рабочая группа была создана Приказом Минздравсоцразвития России от 7 декабря 2004 года №299 «О создании Рабочей группы по разработке предложений по совершенствованию работы службы крови в условиях реализации положений Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года №122-ФЗ)».

Рабочей группе вменено в обязанность:

- ♦ обеспечить подготовку проектов нормативных правовых актов, информационных писем и иных материалов по вопросам реализации положений Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года №122-ФЗ), Постановлений Правительства Российской Федерации от 19 ноября 2004 года №663 и №664;
- ♦ осуществлять мониторинг проведения мероприятий по реализации положений Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года №122-ФЗ) в части вопросов деятельности службы крови, организации оказания трансфузиологической помощи населению и представлять ежемесячные (к 1-му числу месяца) сводные данные в Департамент развития медицинской помощи и курортного дела.

На первом и единственном заседании Рабочей группы 8 декабря 2004 года были приняты Направления деятельности Рабочей группы, которые включали подготовку документов и проведение мероприятий:

1. Проект информационного письма с разъяснениями по вопросам практической деятельности службы крови в условиях реализации Федерального закона №122-ФЗ (терминология бесплатного донорства, механизмы предоставления компенсационных выплат донорам при крово- и плазмадачах, передача учреждений службы крови из муниципальной собственности в государственную собственность субъектов Российской Федерации и т.д.).
2. Проект приказа по развитию клинической трансфузиологии.
3. Проект приказа (информационное письмо) по вопросам реализации Постановлений Правительства РФ от 19.11.2004 №663 и №664 (награждение граждан нагрудным знаком «Почетный донор России», формы представления к награждению, документы, подтверждающие право на награждение, вопросы предоставления сведений о количестве награжденных и выплатах).
4. Проект приказа по порядку медицинского обследования доноров.
5. Предложения по созданию единой информационной базы донорства крови.
6. Предложения по совершенствованию нормативной правовой базы в части социальной защиты сотрудников учреждений и подразделений службы крови.
7. Предложения по порядку проведения контроля за донорской кровью и ее компонентами.
8. Подготовка проекта концепции совершенствования оказания трансфузиологической помощи населению.
9. Мониторинг мероприятий по реализации Закона РФ «О донорстве крови и ее компонентов» (в редакции Закона №122-ФЗ).

В результате деятельности Рабочей группы свет увидел Приказ Минздравсоцразвития России от 31.03.2005 №246 «Об утверждении форм представления гражданина Российской Федерации к награждению нагрудным знаком «Почетный донор





России» и перечня документов, подтверждающих сдачу крови или плазмы крови». Остальные восемь из девяти пунктов направлений деятельности Рабочей группы остаются нереализованными.

Рабочая группа по разработке проекта Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»

Рабочая группа была создана указанием Минздрава России от 15 января 2004 года №12-У «О создании Рабочей группы по разработке проекта Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов».

Рабочей группе вменено в обязанность:

- ♦ в срок до 15 января 2004 г. разработать концепцию и техническое задание на разработку проекта Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»;
- ♦ в срок до 15 августа 2004 г. разработать текст проекта Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов».

Формально заседания Рабочей группы не проводились. Тем не менее, несмотря на небольшой срок выполнения указания (документы должны быть созданы в день выхода указания), концепция и техническое задание были разработаны. 9 марта 2004 года Минздрав России был ликвидирован. Результаты фактической деятельности отдельных членов Рабочей группы нашли свое отражение в изменениях, внесенных в Закон Российской Федерации от 9 июня 1993 г. №5142-1 «О донорстве крови и ее компонентов» Федеральным законом от 22 августа 2004 г. №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некото-

рых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ».

Рабочая группа по разработке мероприятий по совершенствованию работы службы крови, развитию донорства крови и ее компонентов

Рабочая группа была создана Указанием Минздрава России от 15 мая 2002 года №790-У «О создании Рабочей группы по разработке мероприятий по совершенствованию работы службы крови, развитию донорства крови и ее компонентов».

Указанная Рабочая группа была создана взамен аналогичной, созданной Указанием Минздрава России от 23 января 2002 г. №45-У. Таким образом, Рабочая группа созданная Указанием Минздрава России от 23 января 2002 г. №45-У, прекратила свое существование. Тогда как остальные четыре рабочих и консультативных органа, указанных в настоящем разделе, формально продолжают существовать.

Рабочей группе вменено в обязанность обеспечить разработку:

- ♦ проекта Приказа Минздрава России «О совершенствовании работы службы крови Российской Федерации»;
- ♦ проекта Приказа Минздрава России «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений»;
- ♦ проекта Федеральной целевой программы «Развитие донорства крови и ее компонентов, производства препаратов крови» (далее именуется как Программа).



Состоялось несколько заседаний Рабочей группы, на которых констатировано, что предлагаемый для создания проект Приказа «О совершенствовании работы службы крови Российской Федерации» призван заменить Приказ Минздрава СССР от 12 апреля 1990 г. №155 «О совершенствовании деятельности учреждений службы крови в условиях нового хозяйственного механизма». Для обеспечения оперативности в работе и гибкости в обновлении нормативных документов признано целесообразным подготовить комплекс проектов приказов, в сумме перекрывающих положения, регулируемые Приказом Минздрава СССР от 12 апреля 1990 г. №155.

В результате деятельности Рабочей группы увидели свет нормативные документы (или профильные разделы документов):

- ♦ Указание Минздрава России №249-У от 09.03.2004 «О расследовании случая ВИЧ-инфицирования реципиента донорской крови»;
- ♦ Приказ Минздрава России от 16.02.2004 №82 «О совершенствовании работы по профилактике посттрансфузионных осложнений»;
- ♦ Указание Минздрава России от 15.01.04 №12-У «О создании Рабочей группы по разработке проекта Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов»»;
- ♦ Приказ Минздрава России от 30 декабря 2003 года №624 «О мерах по дальнейшему совершенствованию реанимационной помощи детям в Российской Федерации»;
- ♦ Решение Коллегии Минздрава России и Президиума РАМН от 11 ноября 2003 года (протокол №16) «О Концепции развития службы крови в Российской Федерации»;
- ♦ Письмо Минздрава России от 29 августа 2003 года №2510/9789-03-32 «О порядке представления к награждению нагрудным знаком «Почетный донор России» в отдельных случаях»;

♦ Приказ Минздрава России от 5 августа 2003 года №330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»;

♦ Приказ Минздрава России от 25 июля 2003 года №325 «О развитии клеточных технологий в Российской Федерации»;

♦ Приказ Минздрава России от 9 июня 2003 года №230 «Об утверждении штатных нормативов служащих и рабочих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и служащих централизованных бухгалтерий при государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»;

♦ Приказ Минздрава России от 3 июня 2003 года №229 «О единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»;

♦ Приказ Минздрава России от 7 мая 2003 года №193 «О внедрении в практику работы службы крови в Российской Федерации метода карантизации свежзамороженной плазмы»;

♦ Приказ Минздрава России от 21 марта 2003 года №119 «Об утверждении Перечня утративших силу Приказов Минздрава РСФСР»;

♦ Приказ Минздрава России от 4 марта 2003 года №80 «Об утверждении Отраслевого стандарта»;

♦ Письмо Минздрава России от 11 декабря 2002 года №2510/12386-02-32 «О подготовке региональных целевых программ развития донорства и службы крови»;

♦ Приказ Минздрава России от 25 ноября 2002 года №363 «Об утверждении Инструкции по применению компонентов крови»;

♦ Приказ Минздрава России от 8 октября 2002 года №298 «О создании Центра крови Министерства здравоохранения РФ»;

♦ Приказ Минздрава России от 8 октября 2002 года №299 «О порядке представления гражданина Российской Федерации к награждению на-





грудным знаком «Почетный донор России» и его вручения»;

- ♦ Приказ Минздрава России от 23 сентября 2002 года №295 «Об утверждении Инструкции по проведению донорского прерывистого плазмафереза»;

- ♦ Приказ Минздрава России от 26 июля 2002 года №238 «Об организации лицензирования медицинской деятельности»;

- ♦ Письмо Минздрава России от 22 июля 2002 года №2510/7400-02-32 «О мерах по поощрению».

В работе с целевой программой развития службы крови выполнены следующие этапы: отбор проблем для программной разработки; принятие решения о разработке целевой программы и ее формирования; предварительная экспертиза и оценка целевой программы. Этапы работы, планируемые к выполнению: утверждение целевой программы; управление реализацией целевой программы и контроль за ходом ее выполнения.

Проект Федеральной целевой программы «Развитие донорства крови и ее компонентов, производства препаратов крови в 2004–2009 гг.» разработан в установленные сроки, поддержан субъектами Российской Федерации, РАН и РАМН, рядом федеральных министерств, в том числе Минобороны России.

Тем не менее, Минэкономразвития России (16.01.02003 №МД-4/20) признало нецелесо-

Таблица 1

Структура участников консультативных советов (комитетов, рабочих групп) при органе исполнительной власти в сфере здравоохранения России и США

Количество представителей в органе*	1	2	3	4	5
Федеральный орган исполнительной власти	11	3	4	11	0
Федеральный орган законодательной власти	0	1	0	0	0
Федеральное государственное учреждение	9	7	6	8	0
Субъект РФ/Штат США	0	6	1	7	0
Муниципалитет	0	1	0	0	7
Промышленность и бизнес	0	0	0	1	2
Доноры и реципиенты крови	0	0	0	1	2
Общественные организации	0	1	0	1	7
Всего членов	20	19	11	29	18

Таблица 2

Итог работы консультативных органов по вопросам службы крови при федеральном органе исполнительной власти в сфере здравоохранения Российской Федерации в 2004–2006 гг.

Орган*	Период работы	Подготовлено нормативных документов
1	10.11.2005 – наст. время	0
2	07.12.2004 – наст. время	1
3	15.01.2004 – 09.03.2004	2
4	15.05.2002 – 09.03.2004	20

*Условные обозначения:

1. Координационный совет Минздравсоцразвития России по вопросам службы крови России.
2. Рабочая группа Минздравсоцразвития России по разработке предложений по совершенствованию работы службы крови в условиях реализации положений Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» (в редакции Федерального закона от 22 августа 2004 года №122-ФЗ).
3. Рабочая группа Минздрава России по разработке проекта Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов».
4. Рабочая группа Минздрава России по разработке мероприятий по совершенствованию работы службы крови, развитию донорства крови и ее компонентов.
5. Консультативный комитет Департамент служб здоровья и человека США по безопасности и доступности крови.



образной принятие программы, поскольку основной функцией федерального бюджета является финансирование текущих расходов и обеспечение текущих потребностей государства, в связи с чем программная часть федерального бюджета не может быть значительной. Минэкономразвития России считает целесообразным рассмотреть вопрос о создании отраслевой программы по проблеме развития донорства крови и ее компонентов и включении части предложенных мероприятий в действующие федеральные целевые программы по вопросам здравоохранения, а мероприятий, касающихся производства компонентов и препаратов крови, а также создания современных производств гемоконтейнеров и изделий службы крови, – в федеральные целевые программы, государственным заказчиком которых является Минпромнауки России.

Поскольку программный метод развития службы крови предусматривает согласованность действий на федеральном, региональном и местном уровнях, в сложившихся условиях концентрацию усилий специалистов службы крови и органов управления здравоохранением решено сконцентрировать на подготовке региональных целевых программ «Развитие донорства крови и ее компонентов, производства препаратов крови». С этой целью разработана «Методика подготовки и реализации региональных целевых программ развития донорства крови и ее компонентов, производства препаратов крови».

Для методического руководства при подготовке региональных целевых программ организации и развития донорства и службы крови субъектов РФ руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ 11.12.2002 направлено Информационное письмо Минздрава России №2510/12386-02-32 «О подготовке региональных целевых программ развития донорства и службы крови».

Апофеозом деятельности данной Рабочей группы можно считать совместное заседание Коллегии Министерства здравоохранения РФ и Президиу-

ма Российской академии медицинских наук, состоявшееся 11 ноября 2003 года после пятнадцатилетнего перерыва (предыдущее рассмотрение вопросов службы крови состоялось на Коллегии Минздрава СССР 18 мая 1988 года).

Заключение

Интересно отметить принципиальное различие комплектования консультативного органа: в России 90% более «советников» представляют федеральные органы власти или федеральные учреждения. В США, напротив, голосующие члены Комитета представляют муниципальные и общественные организации, а также бизнес-структуры (табл. 1). Возможно, именно меньшая доля представителей профессионального сообщества обуславливает недостаточно высокую эффективность консультативного органа (табл. 2).

С учетом отечественного и зарубежного опыта создание Консультативного совета по службе крови при органе исполнительной власти в сфере здравоохранения целесообразно на следующих принципах:

- ♦ заинтересованность федерального органа исполнительной власти в наличии Совета и политическая воля в поддержании деятельности Совета;
- ♦ четко сформулированные цель, принцип комплектования и регламент работы Совета;
- ♦ публичность и возможность широкого выдвижения кандидатов в члены Совета;
- ♦ гласность и доступность материалов работы Совета;
- ♦ ограниченный срок деятельности одного состава Совета;
- ♦ определенная периодичность заседаний;
- ♦ понятная система финансирования;
- ♦ поддержка штатными работниками аппарата органа власти;
- ♦ заблаговременное информирование о заседаниях Совета и повестке дня;
- ♦ возможность участия заинтересованных лиц в открытых заседаниях Совета.



Г.С.ШЕСТАКОВ,

д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М.Сеченова

А.О.МЯСНИКОВ,

аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА им. И.М.Сеченова

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ РАБОТЫ СТАНЦИЙ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Станция (отделение) скорой медицинской помощи является сложной функциональной системой. Управление деятельностью такой системы требует учета большого числа факторов, многие из которых невозможно измерить или сформулировать.

Сложность системы обусловлена спецификой работы станции скорой медицинской помощи, сезонными и суточными колебаниями потока поступающих вызовов, различием радиусов районов обслуживания, расположением баз госпитализации, различной плотностью проживания населения.

Кроме того, на результаты работ станций (отделений) скорой медицинской помощи, как и других лечебно-профилактических учреждений, существенную роль оказывает большое число социальных факторов и психологических особенностей поведения как пациентов, так и медицинских работников. Эти и другие составляющие деятельности станций не поддаются количественному измерению, но играют существенную роль в формировании конечных результатов деятельности.

Для оценки результатов работы и принятия управленческих решений необходимы показатели, отражающие параметры функционирования системы. Однако применяемые в настоящее время показатели не соответствуют современным требованиям оценки деятельности станций скорой медицинской помощи. Многие организаторы отмечают недостаточность информации (Л.А.Мыльникова, 2000), ее статистическую неопределенность (С.Ф.Багненко с соавт., 2002), невозможность применения для дифференцированной оплаты труда медицинского персонала бригад скорой помощи (М.М.Зиганшин, С.Н.Хунафин, 2001), отсутствие унифицированного подхода к оценке деятельности станций, их структурных подразделений и бригад скорой помощи (А.В.Логашов, В.В.Макаров, 2000., С.Н.Грязнов, 2002).

Применяемый в настоящее время показатель нагрузки на бригаду (число выездов выполненных одной бригадой в течение суток) недостаточно информативен, так как разное

© Г.С.Шестаков, А.О.Мясников, 2007 г.



число вызовов, выполненных одной бригадой, может быть обусловлено различными условиями или недостаточно качественным уровнем управления. При этом в условиях одной станции (подстанции) для выполнения определенного числа выездов необходимо одно количество работы, а в условиях другой станции (подстанции) для выполнения того же числа выездов – другое количество работы. Показатель объема работы, выполняемой одной бригадой в течение суток получаемый при моделировании работы станции, позволяет определять сравниваемые значения объемов выполняемой работы в различных условиях.

Современные условия требуют применения других методик, нормативов и показателей для оценки работы медицинских учреждений и работающего в них персонала и внедрения экономических механизмов роста эффективности их работы.

Сложность измерения и оценки медицинского труда может быть решена с помощью комплексных оценок. Методики определения таких интегрированных показателей и нормативов все чаще применяются в больницах, амбулаторно-поликлинических и других медицинских учреждениях.

Определение комплексных итоговых показателей работы столь функционально сложных медицинских учреждений, как станции скорой медицинской помощи, чрезвычайно актуально, так как без их применения невозможно решить задачи достаточного обеспечения финансовыми, материальными и кадровыми ресурсами, оптимального распределения бригад скорой помощи как по территории большого города, так и в муниципальных образованиях, оплаты труда работников этой службы в зависимости от объемов выполненной работы.

Определенный нами комплексный показатель работы станций (отделений) скорой медицинской помощи, их структурных подразделений, работающих в их составе бригад и медицинского персонала позволяет решать эти задачи.

Для определения достаточной эффективности работы станций нами был выбран метод математического моделирования работы станций скорой медицинской помощи, их структурных подразделений (подстанций), бригад и медицинского персонала. Такой метод позволяет определить комплексный показатель, являющийся относительной расчетной величиной, характеризующей количественную и качественную меру среднесуточных затрат труда при выполнении поступающих вызовов.

Моделирование работы станции (подстанции) и отделения скорой медицинской помощи позволяет оценить способность системы реагировать с определенной скоростью на поступающие сигналы с определенной территории. При этом параметры самой территории могут быть самые различные (радиус территории и возможность передвижения автотранспорта с определенной скоростью, плотность проживания населения и его возрастно-половой состав, частота обращений, уровень развития других видов медицинской помощи, их качество и т.п.).

В результате математического моделирования получается комплексный показатель, который характеризует скорость реагирования системы, выраженную в объеме выполненной работы, измеряемой в относительных единицах. При этом используется ограниченное число параметров, значения которых являются суммарной величиной влияния всего многообразия факторов. Поэтому в качестве первоначального показателя определяется величина объема работы, выполненного станцией (подстанцией) или отделением скорой медицинской помощи в течение суток. При этом в качестве исходных параметров необходимо иметь данные о среднесуточном количестве выполненных выездов станцией (подстанцией) в течение месяца, квартала или года, средних значениях времени затраченных на выполнение одного выезда, среднесуточном числе вызовов выполненных одной бригадой, и средних значениях пробега автотранспорта при выполнении одного выезда.





Наибольшее влияние имеют значения пробега автотранспорта при выполнении одного выезда. При увеличении пробега автотранспорта, которое может быть обусловлено некачественным управлением работой бригад, увеличением удельного веса госпитализаций в удаленные стационары, отсутствием кратчайших путей движения к месту вызова, уменьшается общее число выполненных вызовов, увеличивается среднее время выполнения одного выезда и уменьшается число вызовов, выполняемых бригадой в течение суток. В результате снижается объем выполняемой работы станцией.

Средние значения затрат времени на выполнение одного выезда – один из основных параметров, влияющих на величину объема работы, выполняемого станцией (подстанцией). При этом среднее время выполнения одного выезда имеет две составляющих части: первая – время, затраченное на движение бригады к месту вызова и движение после выполнения выезда от места вызова или после доставки





больного в стационар; вторая – время, затраченное непосредственно на оказание помощи больному или пострадавшему, которая не может быть изменена в сторону уменьшения, так как это приведет к снижению качества диагностики и объемов медицинской помощи. Снижение времени, необходимого на передвижение бригад к месту вызова и после его окончания при не изменяющемся уровне потока вызовов, приведет к снижению объема выполняемой работы, а при росте числа обращений обеспечит его увеличение за счет большего числа выполненных выездов, увеличения числа выездов, выполненных каждой бригадой, и снижения показателя пробега автотранспорта при выполнении одного выезда. Основным условием снижения временных затрат на передвижение бригад при выполнении вызовов является уровень качества управления бригадами и использование рациональных путей движения.

Среднее число вызовов, выполненное одной бригадой в течение суток, может увеличивать среднесуточный объем работы станции (подстанции) при снижении пробега автотранспорта на движение к месту вызова и после его выполнения, а также при снижении временных затрат на движение.

Таким образом, применение при моделировании деятельности станции скорой помощи ограниченного числа параметров, характеризующих работу бригад, дает возможность получить один комплексный показатель объема работы станции (подстанции) или отделения скорой помощи в течение суток в определенном промежутке времени (месяц, квартал, год).

Возможность измерения объема работы, выполняемого станцией скорой медицинской помощи, позволяет определить в относительных единицах среднесуточный объем работы одной бригады. Такой показатель вычисляется как частное от деления общего объема работы, вы-

полненного станцией (подстанцией) за сутки, на среднесуточное число работающих бригад.

Данные, характеризующие объем работы, выполненной одной бригадой станции скорой медицинской помощи в различных населенных пунктах, позволяют сделать заключение, что наибольший объем работы выполняли бригады Самарской станции, а наименьший – пос. Черноголовка, Больницы РАН Московской области. Сравнительная оценка работы станций свидетельствует о том, что станции скорой помощи Жуковского района Калужской области выполняли среднесуточный объем работы в 1,26 раза больше, чем г.Тюмени, а г.Челябинска – в 1,28 раза. Бригады Московской станции выполняли в 2,46 раза больше среднесуточный объем, чем бригада станции скорой помощи г.Тюмени, Мытищинской станции Московской области – в 2,78 раза, Калужской – 2,86 раза, Тверской станции – в 3,82 раза, а Самарской станции – в 9,13 раза больше, чем Тюменской. При этом среднесуточная нагрузка на бригаду на Калужской станции была наибольшей (16 выездов), а нагрузка на бригаду станции пос. Черноголовка была наименьшей (10,5 выездов).

Отношение удельного веса выездов с опозданием и значений комплексного показателя работы бригад показывает, что при значениях от 800 до 1000 единиц станции (подстанции) и отделения скорой медицинской помощи обеспечивают более 95% выездов без опоздания. При меньших значениях комплексного показателя удельный вес выездов с опозданием практически не снижается, а объем выполняемой бригадами работы уменьшается большими темпами, то есть при выполнении объема работы менее 800 единиц имеет место избыточное число бригад, так как поступающее число вызовов может быть выполнено меньшим количеством бригад без увеличения доли выездов с опозданием.

Комплексный показатель, характеризующий объем работы, выполненной одной бригадой в течение суток, позволяет определить качество управления бригадами оперативным отделом станции, оптимально необходимое число бригад для станций и отделений скорой медицинской помощи, разделить бригады скорой помощи по территории города для обеспечения равномерной нагрузки на брига-





→ ду по объему выполненной работы независимо от различных факторов, что создаст условия для оказания своевременной экстренной медицинской помощи. Значения объемов работы медицинского персонала выездных бригад скорой помощи, получае-

мые при моделировании, позволяют объективно оценивать работу каждого медицинского работника в течение месяца (квартала, года) и производить оплату труда в соответствии с объемом выполненной работы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В. Основные проблемы организации экстренной медицинской помощи на современном этапе // Скорая медицинская помощь. – 2002. – № 3. – Т. 3. – С.8–10.
2. Зиганшин М.М., Хунафин С.Н. Комплексная оценка труда врачей и фельдшеров бригад и деятельности станций (отделения, подстанции) скорой медицинской помощи // Скорая медицинская помощь. – 2001. – № 3. – Т. 2. – С.24–25.
3. Логашов А.В., Макаров В.В. Опыт работы станции скорой помощи Нижнего Новгорода и взаимодействие с отделениями скорой медицинской помощи ЦРБ // Материалы Международной научно-практической конференции, 18–19 апреля 2000 года. – М., 2000. – С.38–43.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ЦИФРАХ....

→ За последние 10 лет число вызовов скорой медицинской помощи увеличилось на 30%. Только ложные и безрезультатные вызовы в России в 2002 г. составляют 5,3%. В структуре выполненных вызовов 7–10% составляют обращения по поводу алкогольного опьянения. Стоимость одного вызова в РФ 2002 г. составила 408,1 руб., в 2004 г. – 550 руб., в 2005-м – 856,3 руб., в 2006-м – 913,6 руб. при нормативе обращаемости 318 вызовов в год на 1 тыс. человек.

В 2007 г. эта цифра будет еще выше, поскольку стоимость вызова значительно увеличат новый, хорошо оснащенный аппаратурой санитарный транспорт, выделенный в рамках ПНП «Здоровье», повысившаяся заработная плата выездного медперсонала. Выполнение несвойственных функций снижает и квалификацию доктора, так как в значительной части вызовов не требуется не только врачебного осмотра, но и медицинской помощи. Такая ситуация привела к тому, что полностью не владеют венесекцией 34,4% врачей, катеризацией вен – 33,7%, пункцией сердца – 24,8%, интубацией трахеи – 39,4%, аппаратной ИВЛ – 22,5%, дефибрилляцией – 27,2%, массажем сердца – 4,2%. Вопросы неотложной кардиологии знают 69,7% врачей, реаниматологии – 57,8%, токсикологии – 50,9%, помощь при инфаркте миокарда правильно могут оказать всего 26,5% врачей.

Виктор Салеев, старший врач СМП, главный специалист по СМП Минздрава республики Мэри Эл.

Источник: МГ №6 – 26.01.2007



А.А.СЫСТЕРОВА,

к.м.н., руководитель внебюджетной службы Областного государственного учреждения здравоохранения «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г.Новосибирск

К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИИ СИСТЕМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Развитие здравоохранения в условиях рыночных отношений предполагает проведение реформы заработной платы, которая является основой создания мотивационной системы и будет соответствовать требованиям современной рыночной экономики.

Как указывает ряд авторов, необоснованно высокая или, наоборот, заниженная заработная плата в учреждениях различной формы собственности может вызвать нежелательное, с точки зрения интересов общества, перемещение рабочей силы [1].

Одновременно, согласно данным социологических исследований, сложность подготовки специалистов, социальная значимость работы, особые психологические аспекты работы в учреждениях здравоохранения выше, чем в экономике в целом. При этом низкая заработная плата медицинских работников ведет к падению престижа профессии.

Известно, что в США, странах Западной Европы заработки врача не уступают, а зачастую и превышают заработную плату специалистов технического профиля в среднем на 15–20% [1].

Усовершенствование существующей системы начисления заработной платы в лечебно-профилактическом учреждении – процесс достаточно сложный, трудоемкий и растянутый во времени, но во многих случаях необходимый, потому что позволяет проводить более гибкую политику (по сравнению с тарифной сеткой) системы оплаты труда в коллективе.

Традиционно лечебно-профилактические учреждения работают в рамках тарификации для бюджетных организаций в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.10.1993 №337 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения». Сегодня недостатки данной системы проявляются в заниженном уровне дохода медицинского персонала в бюджетной организации относительно других категорий работников.

Еще вчера экономисты лечебно-профилактического учреждения были ограничены в возможностях материального поощрения человека из-за отсутствия фонда оплаты труда или его экономии, в результате чего проблемы в области управления персоналом накапливались, что отражалось на показателях текучести кадров, снижении уровня исполнительской дисциплины в коллективе и прочее.

© А.А.Сыстерова, 2007 г.



Также одной из основных причин реформирования системы оплаты труда в лечебно-профилактическом учреждении может быть непрозрачность механизмов определения заработной платы и соответственно возникновения конфликтов внутри трудового коллектива. Создание прозрачного и понятного для сотрудников механизма оплаты труда ведет к сокращению числа негативных обращений персонала и в конечном итоге достижению производственных показателей лечебно-диагностического подразделения.

Чтобы не допустить этот момент, главный врач лечебно-профилактического учреждения должен своевременно провести реорганизацию системы оплаты труда с последующим выбором оптимальной схемы оплаты для каждой категории сотрудников: от руководителей лечебно-диагностических подразделений до технических сотрудников административно-хозяйственной части.

Сегодня руководители кадровой, экономической и финансовой служб лечебно-профилактического учреждения должны проанализировать существующую тарифную систему оплаты труда с целью выявления недостатков, а также структуру (в плане должностей) текучести кадров и вакансий, которые долго не заполняются из-за невысокой заработной платы. Для оценки должностей необходимо сделать разбивку относительно распределения работ по категориям и определения их всех в относительных показателях с учетом опыта, стажа работы, уровня образования, напряженности и т.д.

Существующие системы оплаты труда – сдельная, повременная, премиальная, прогрессивная, коллективная (бригадная) – не всегда являются приемлемыми в лечебно-профилактическом учреждении, тем более, что труд медицинского персонала зачастую нельзя измерить.

Материальное стимулирование подразумевает постоянную составляющую, которая выплачивается за выполнение должностных обязанностей, и переменную, зависящую от того, насколько успешно сотруд-

ник выполняет свои функции. Если сотрудник по тем или иным причинам не получает поощрения, зависящего от результатов его труда, то он понимает, что за постоянную часть заработной платы не стоит прикладывать дополнительных усилия и старания для решения поставленных задач.

В здравоохранении объективно трудно установить качественные и количественные показатели, которые учитываются при расчете заработной платы, потому что конечный результат порой бывает очень неоднозначным. Возможно, не каждого сотрудника есть смысл мотивировать переменной частью заработной платы, но специалисты должны как одна команда стремиться к достижению конечной цели.

Одним из путей решения задачи стимулирования труда медицинских работников стало внедрение «Положения об оплате труда работников ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», которое разработано на основании Трудового кодекса Российской Федерации; Постановления Правительства Российской Федерации от 14.10.1992 №785 «О дифференциации в уровнях оплаты труда работников бюджетной сферы на основе Единой тарифной сетки»; Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.10.1993 №337 «Об утверждении положения об оплате труда работников здравоохранения» и других законодательных актов.

Основной целью Положения является регулирование оплаты труда в пределах полномочий ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» и определение источников, размеров, порядка установления и лишения выплат стимулирующего характера, предусмотренных действующим законодательством. Новое Положение основано на учете индивидуального вклада персонала больницы, в том числе хозяйственных и вспомогательных служб.

Согласно «Положению о распределении заработной платы», индивидуальные дифференцированные доплаты и надбавки (переменная часть заработной



платы) стимулирующего характера выплачиваются сотрудникам учреждения за увеличение объема и качественное выполнение работ.

Критерии распределения заработной платы предусматривают, использование в работе передовых методов, новых методик и технологий; выездную и консультативную работу с районами области; напряженность в труде; особый режим в работе, связанный с необходимостью быстрого решения каких-либо новых или текущих задач; высокие достижения в работе, выполнение особо важных или срочных работ (рис.1).

Так как величина индивидуальных доплат формируется за счет экономии средств на оплату труда, то она не является постоянной, она прямо пропорциональна размеру экономии фонда оплаты труда. При расчете планового фонда оплаты труда учреждения учитываются необходимое количество постов, подтвержденное расчетными нормативами, необходимая штатная численность, также подтвержденная расчетными нормативами. В связи с интенсификацией труда на индивидуальных рабочих местах, в случаях неполной укомплектованности медицинским персоналом и рядом других подобных причин складывается экономия фонда оплаты труда фактического по отношению к расчетному плановому. Размер доплат дифференцирован для подразделений и служб с учетом коэффициента укомплектованности, сложности выполняемых работ, уровня квалификации сотрудников, летнего отпускного периода и не может в целом по больнице выходить за рамки утвержденного фонда оплаты труда.

Показатели исполнения данных функций медицинским персоналом являются «прозрачными» и хоро-

шо понятными для системы мотивации. Каждый сотрудник понимает, что конкретно он обязан сделать для получения надбавки к заработной плате.

Размер индивидуальных дифференцированных доплат и надбавок руководителям служб, отделений определяется главным врачом. Внутри подразделений размер доплат определяет руководитель подразделения. При этом учитываются объем выполняемой дополнительной работы сотрудниками за отчетный период как по количественным, так и по качественным показателям, сложность работы, соблюдение трудовой дисциплины и другие факторы.

В каждом подразделении разрабатывается и утверждается перечень повышающих и понижающих коэффициентов, влияющих на размер индивидуальных доплат. В качестве критериев, применяемых для определения размера надбавок и доплат, используются количественные и качественные показатели деятельности. В отдельных случаях размер индивидуальных доплат и надбавок предельными размерами не ограничивается. Доплаты и надбавки не выплачиваются при ухудшении показателей работы.

Все доплаты устанавливаются приказом по больнице на определенных срок, но не более чем на один год. При отсутствии экономии фонда оплаты труда доплаты и надбавки не устанавливаются. В данном случае оплата труда осуществляется в соответствии с нормативным документом в размере окладов Единой тарифной сетки с учетом всех установленных надбавок и доплат.

В данном Положении также обозначены вопросы оплаты труда за работу в праздничные и выходные дни, оплаты дежурств, оплаты за работу по совместительст-

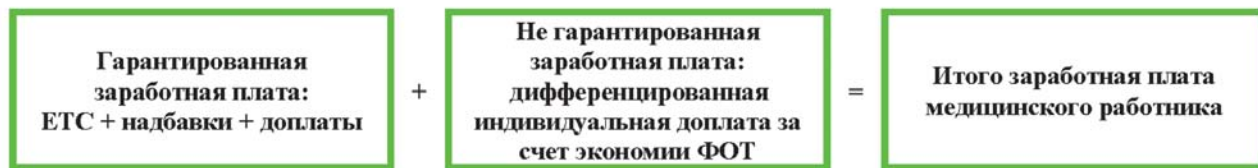


Рис.1. Критерии распределения заработной платы





Рис.2. Порядок и условия оплаты труда медицинского персонала ОКБ

ву, оплаты ежегодных и дополнительных отпусков, компенсации за дни неиспользованного отпуска, выплат выходного пособия, оплаты сверхурочной работы, оплаты труда внештатных сотрудников и т.д.

Помимо вышеперечисленного, в заработную плату включаются выплаты стимулирующего характера (премирование) на основании «Положения о премировании работников ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница». Основной целью данного Положения является достижение единства интересов работников различных категорий в получении высоких конечных результатов работы всего коллектива на основе учета и поощрения трудового вклада каждого подразделения или отдельного работника, исходя из особенностей их труда.

Премии – это выплаты работникам денежных сумм сверх основного заработка с целью поощрения достигнутых успехов в работе и стимулирования дальнейшего их роста. Премирование осуществляется также за счет экономии средств на оплату труда. Сумма премии распределяется главным врачом. Размеры премий, выплачиваемых одному работнику, предельными размерами не ограничиваются.

В Положении о премировании предусмотрены следующие моменты:

- ♦ источники премирования;
- ♦ сумма и размер премии с учетом вклада;
- ♦ круг премируемых лиц;
- ♦ условия и критерии премирования;
- ♦ сроки и периодичность выплат.

Сегодня внедрение такой системы оплаты труда в больнице позволяет сделать ее понятной и легко ад-

министрируемой, в том числе с учетом условий оплаты труда, а также получить стойкий экономический эффект в виде:

- ♦ точности планирования фонда оплаты труда, в том числе с учетом отпускных;
- ♦ снижения социальной напряженности в коллективе (в соответствии с коллективным договором учреждения);
- ♦ снижения текучести кадров с 8,8% в 2002 году до 4,7% в 2005 году;
- ♦ заполнением вакантных должностей;
- ♦ автоматизации расчета заработной платы с обязательной интеграцией в системе кадровой службы.

Организация внебюджетных видов деятельности в лечебно-профилактических учреждениях и соответственно оплаты труда персонала способствует повышению эффективности работы, более рациональному использованию рабочего времени, заинтересованности коллектива конкретного лечебно-диагностического подразделения в успешной работе, повышению культуры обслуживания больных и, конечно же, материальной заинтересованности персонала.

Одним из основных документов, на основании которого осуществляется оплата труда персоналу за оказанные платные услуги в Областной клинической больнице, является «Временное положение о предоставлении платных медицинских услуг в Областной клинической больнице» (далее – Положение), в котором одним из основных разделов является вопрос начисления заработной платы персоналу, непосредственно принимающему участие в оказании медицинских услуг на платной основе.



В Положении одним из основных является раздел «Формирование и распределение доходов», где установлены порядок и условия оплаты труда медицинского персонала ОКБ (рис. 2).

Положением определено, что 50% заработанных средств идут на заработную плату (I и II статьи) персоналу, непосредственно оказывающему медицинские услуги на возмездной основе.

Из прибыли от платных услуг после уплаты установленных налогов формируется резервный фонд главного врача, средства которого направляются на материальное поощрение и социальные выплаты, которые носят стимулирующий характер и выплачиваются по итогам работы лечебно-диагностических подразделений по согласованию с профсоюзным комитетом в соответствии с коллективным договором.

Для отдельных диагностических подразделений Областной клинической больницы определяется процент начисления согласно калькуляции на данный вид услуги и с учетом амортизационных расходов на содержание (в данном случае это касается дорогостоящего медицинского оборудования).

Отличным от общей схемы распределения заработной платы в стационаре является начисление заработной платы врачам-консультантам. Нами определено, что 80% стоимости консультативной помощи (стоимость 1 приема от 300 до 500 рублей в зависимости от категории) идет в начисление врачу-консультанту. С целью повышения мотиваций непосредственно консультантам еженедельно выплачивается заработная плата.

Внутри самих лечебно-диагностических подразделений распределение заработанных средств между сотрудниками подразделений производится соглас-

но утвержденному порядку руководителями этих подразделений (заведующими отделениями и старшими медицинскими сестрами).

В связи с тем, что деятельность отдельных подразделений Областной клинической больницы направлена на бесперебойную организацию лечебно-диагностического процесса (служба питания, медицинского обеспечения, аптека, хозяйственная часть и др.), персоналу данных подразделений начисляется заработная плата за косвенное участие в лечебном процессе.

При внесении изменений в порядок распределения заработной платы издается приказ главного врача. Обращаем внимание, что вопросы, касающиеся заработанных средств, воспринимаются коллективом очень неоднозначно. Поэтому данный порядок получает согласование с профсоюзной организацией Областной клинической больницы. Разработанная нами система распределения заработной платы показала свою эффективность. В то же время возрастающий объем внебюджетных видов деятельности, своевременность выплат заработной платы персоналу лечебно-профилактического учреждения, «прозрачность» системы организации – все это в конечном итоге является одним из эффективных способов повышения мотивации к труду врачебного, среднего и младшего персонала больницы.

Анализ сложившейся системы оплаты труда медицинских работников в больнице показывает, что оплата труда позволяет влиять на качество работы и сама в свою очередь стимулирует медицинских работников к улучшению их деятельности, повышению квалификации, повышению культуры работы.

Начисляется заработная плата за косвенное участие в лечебном процессе.



ЛИТЕРАТУРА

1. Солтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий/Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
2. Кузьменко М.М., Баранов ВВ., Шиленко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики/Под ред. Э.А.Нечаева, Е.Н.Жильцова. – М.: Медицина, 1994. – 304 с.



Н.Г.КУРАКОВА,

д.б.н., шеф-редактор журнала «Менеджер здравоохранения», главный специалист ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава»

А.В.ТУЛИКОВ,

эксперт, секретарь экспертного совета Программы ЮНЕСКО «Информация для всех» в России

ПРОБЛЕМЫ ИНТЕГРАЦИИ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В МИРОВОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО

Сегодня более трех четвертей сети Интернет говорит на английском языке. Английский язык является разговорным на 90% международных медицинских конференций. Более 95% профессиональных медицинских ресурсов (баз данных, каталогов, атласов) также ориентированы на англоязычного пользователя.

Уровень доступности русскоязычного сегмента профессиональной медицинской информации, представленного профессиональными базами данных, такими как МЕДИЦИНА (ВИНИТИ РАН), базы данных неопубликованных источников информации (диссертаций и отчетов по НИР и НИОКР), полнотекстовые публикации русскоязычных медицинских периодических изданий, сайты издательств, специализирующихся на выпуске медицинских книг, следует признать катастрофически низким.

В первую очередь это связано с проблемой языкового барьера, но и в неменьшей степени с низким уровнем подготовленности русскоязычного сегмента профессиональной медицинской информации к интеграции в международное информационное пространство. В русскоязычном сегменте Интернета нет ни общих (платных или бесплатных) баз, ни всеобъемлющего мастер-списка изданий, представленных в Сети. Большинство медицинских сайтов профессиональных изданий либо обновляются нерегулярно, либо не имеют необходимого объема информации (только заглавия или аннотации статей). До недавнего времени наиболее полный каталог ссылок на сайты русскоязычных медицинских журналов можно было найти по адресу: <http://bmn.medstalker.com/mylink/rusmedjournal.htm>, однако в настоящее время сайт находится на реконструкции, и доступ к каталогу ограничен.

Для повышения индекса цитирования русскоязычной периодики и книг по медицине и здравоохранению в международных профессиональных информационных ресурсах, таких как MEDLINE (www.pubmed.com), Thieme-connect (www.thieme-connect.com), Interdisciplinary – Dissertations & Theses, цитатные базы данных (Science Citation Index), международные базы данных электронных книг и книжных серий, необходимо прежде всего провести каталогизацию и систематизацию национальных медицинских информационных ресурсов и создать национальный Web-навигатор и электронный каталог таких ресурсов.

© Н.Г.Куракова, А.В.Туликов, 2007 г.



Целесообразна организация Центра экспертизы и сертификации источников медицинской информации, в том числе в электронных, мультимедийных и софтовых формах.

Русскоязычные периодические журналы должны быть включены в международные системы поиска журналов, такие как:

- ♦ **Ulrich's International Periodical Directory** (<http://www.ulrichsweb.com>) – **самая крупная система поиска периодических изданий. Позволяет найти все выходные данные о журнале.**

- ♦ **Books And Periodicals Online** (<http://www.booksandperiodicals.com>) **дает ссылки более чем к 4500 полнотекстовым источникам.**

- ♦ **Сервер PubList** (<http://www.publist.com>) **Ulrich's International Periodical Directory** (<http://www.ulrichsweb.com>) **позволяет (после бесплатной регистрации) производить поиск более чем 150 000 журналов, бюллетеней и других периодических изданий, осуществлять алфавитный и тематический просмотры журналов по трем сотням рубрик, вести основной поиск по названию издания. Используя расширенный поиск, можно производить поиск по названию, издательству, стране и ISSN. Результаты поиска могут содержать ссылку на сервер журнала.**

- ♦ **Сервер Highwire Стэнфордского университета** (<http://highwire.stanford.edu>) **обеспечивает доступ почти к 13 миллионам статей более чем из 4500 индексируемых в Medline журналов, что составляет более 600 тысяч полнотекстовых статей.**

В настоящее время русскоязычные периодические издания по медицине и здравоохранению практически не представлены в ведущих международных каталогах журналов:

- ♦ **<http://www.isinet.com> – сайт фирмы, которая выпускает библиографические программы EndNote, ProCite и другие. На сайте поддерживается мастер-лист журналов: <http://www.isinet.com/cgi-bin/jrnlst/jloptions.cgi?PC=master>.**

- ♦ **<http://www.freemedicaljournals.com> Free Medical Journals – ресурс, который в настоящее время насчитывает 1350 ссылок на доступные в Сети полнотекстовые медицинские журналы. Есть несколько видов сортировки: по специальности, по алфавиту. Доступны журналы на языках, отличных от английского.**

- ♦ **<http://www.medbioworld.com/med/journals/med-journals.html> – один из наиболее полных списков медицинских журналов (5400 ссылок), сортировка по 80 категориям специальностей.**

- ♦ **http://www3.mdanderson.org/library/online_journals/jrnls.html – проект The University of Texas M. D. Anderson Cancer Center. Сортировка медицинских журналов по алфавиту и поиск.**

- ♦ **<http://scilib.ucsd.edu/bml/ejournals/index.html> – Electronic journals – список биомедицинских журналов с ссылками на сервере библиотеки Калифорнийского университета.**

- ♦ **http://kib.ki.se/tools/journals/index_en.html – список журналов со ссылками на сервере библиотеки Каролинского университета, Швеция.**

- ♦ **<http://www.medbioworld.com/country/countries.html> – ссылки на медицинские журналы 54 стран (кроме США), всего 850 наименований.**

- ♦ **<http://www.pubmedcentral.nih.gov> – проект Национальной медицинской библиотеки США. Собрание полнотекстовых биомедицинских журналов со свободным on-line-доступом.**

В развитии национальных медицинских информационных ресурсов и интеграции их в международное информационное пространство заинтересованы не только отдельные авторы и лица, осуществляющие деятельность в сфере медицины и здравоохранения, но также владельцы электронных библиотек и изданий.

Большинство российских электронных коллекций, доступ к которым предоставлен в сети Интернет, создается отдельными физическими лицами и организациями собственными силами в отсутствие необходимой квалификации и знаний, без учета дости-





жений в сфере библиотечно-информационного дела, которые в большинстве своем закреплены в национальных стандартах серии СИБИД.

Стремление научных электронных медицинских изданий стать неотъемлемой частью международного информационного пространства подтверждается тем, что из утвержденного перечня из 28 научных электронных журналов, в которых могут быть опубликованы работы, отражающие основные научные результаты диссертации, 5 посвящены предметной сфере медицины и здравоохранения. Данный перечень состоит из журналов, которые прошли регистрацию в НТЦ Информрегистр в соответствии с порядком, утвержденным данным учреждением по согласованию с Рособнабзором на основании Постановления Правительства № 74 от 30 января 2002 года (в ред. от 20 апреля 2006 года). Для регистрации такие издания должны соответствовать определенным требованиям, подтверждающим их устойчивость и компетенцию.

Указанный перечень электронных научных журналов следует отличать от аналогичного перечня ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, определяемого Высшей аттестационной комиссией, в которых результаты диссертационных исследований должны быть опубликованы. Перед защитой диссертации соискателю необходимо, кроме обязательных публикаций в ведущих журналах, иметь в наличии и другие опубликованные работы. Возможность опубликования материалов в электронных журналах в силу отсутствия в таковых жестких ограничений по объему как отдельных работ, так и издания в целом является исключительно востребованной.

Однако существование двух различных перечней в настоящее время приводит к тому, что в редакции электронных научных журналов приходится огромное количество материалов, авторы которых находятся в заблуждении относительно статуса таких изданий. Несмотря на усилия редакций и руководства НТЦ Информрегистр, до сих пор ни один

электронный научный журнал не внесен в перечень рецензируемых научных журналов и изданий. Тем самым правовое положение и научный статус различных изданий ставятся в зависимость не от качества публикуемых материалов и соответственно качества работы и компетенции редакции и рецензентов, а от формы представления журнала. Внесение медицинских электронных научных журналов в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий будет играть важную роль в развитии отечественной науки и способствовать постепенному вовлечению российского здравоохранения в международное информационное пространство.

Электронные периодические издания и библиотеки в столь жизненно важных сферах, как здравоохранение и медицина должны быть основаны не только на профессиональной компетенции их работников, но также на международном опыте.

Так, 26 апреля 2006 года Международная федерация библиотечных ассоциаций и учреждений и Международная ассоциация издателей приняли совместное Заявление «О дезавуировании или удалении статей из научных изданий, размещенных в Интернете». Русская версия Заявления, подготовленная МОО ВПП ЮНЕСКО «Информация для всех», размещена по адресу: <http://www.ifla.org/VI/4/admin/joint-ifla-ipa-statementJuly2006-ru.pdf>.

Особое значение в заявлении уделяется последствиям для жизни и здоровья граждан, которые могут иметь место при наличии в публикуемых статьях, в первую очередь в области медицины и здравоохранения, неверных или неточных данных. С учетом требований авторского права опубликованные статьи должны оставаться сохранными, нетронутыми и неизменными. Однако при возникновении в том числе угрозы жизни и здоровью в результате применения методов и способов, изложенных в статье, такая статья может быть удалена или дезавуирована (остается в открытом доступе, но с соответствующей пометкой).



В качестве примера эффективной реализации политики удаления и дезавуирования статей следует отметить Национальную медицинскую библиотеку США (www.nlm.nih.gov). На данном ресурсе ведется подробный архив информации обо всех изменениях в публикациях, а также об обстоятельствах, которые к таким изменениям привели. При этом отдается предпочтение практике дезавуирования, но не удаления статей.

Именно авторское право во многих случаях ограничивает возможности владельцев электронных библиотек и издательств по предоставлению в открытый доступ медицинских информационных ресурсов. И здесь коммерческие интересы правообладателей нередко вступают в противоречие с интересами общества не только на свободный доступ к информации, но также на своевременную и качественную медицинскую помощь, соответствующую последним разработкам в данной области знаний.

В этой связи показателен опыт США, где еще в 1976 г. произошло признание ограничений авторских прав в интересах библиотек и архивов при воспроизведении и распространении охраняемых авторским правом произведений. На обособленное включение в Закон США указанных ограничений во многом повлияло решение Претензионного Суда США по делу Уильямс и Уилкинс против США (Williams and Wilkins Co. v. United States).

Уильямс и Уилкинс, издатели специализированных медицинских журналов, предъявили иск Национальной Библиотеке Медицины (NLM) и Национальному Институту Здоровья (NIH). По мнению издателей, государственные учреждения нарушили авторское право, изготовив неправомерные фотокопии статей из опубликованной издателями периодики и предоставив фотокопии медицинским исследователям. Американский Претензионный Суд указал на то, что медицина в целом и медицинские исследования были бы в значительной степени ущемлены в случае признания за государственными учреждениями нарушения.

В своем решении судья Дэвис заявил: «Суд основывается на существе и объеме использования NIH и NLM охраняемых законом произведений в соответствии с предоставленными записями. При этом суд не выявил каких-либо нарушений, поскольку оспариваемое использование «справедливо» ввиду комбинации всех факторов, приведенных в решении и обуславливающих «справедливость» или «несправедливость» подобного использования. По мнению суда, фотокопии не способны нанести существенный вред истцу. Между тем несоизмеримый ущерб может быть нанесен медицинскому и научному исследованию в случае, если фотокопирование данного вида признать незаконным. При этом существует объективная необходимость в рассмотрении Конгрессом проблемы фотокопирования».

В настоящее время в мировой практике отсутствуют примеры предоставления ограничений авторского права в целях распространения именно медицинской информации. Политика ограничений совершенствуется одновременно с развитием науки и техники, при этом не зависит от характера и содержания произведения, охраняемого авторским правом.

Так, в США, кроме классических случаев репродуцирования произведений для библиотек и архивов предоставлена возможность воспроизведения произведения в цифровой форме, обхода технических мер защиты и некоторых других правомочий, которые могут осуществляться без разрешения правообладателя и без выплаты вознаграждения, но при определенных законом условиях. Однако ограничения, которыми предусматривалось бы использование произведения в сети Интернет, в США отсутствуют.

В Европе при введении ограничений авторских прав при использовании произведения в сети Интернет также отдают приоритет интересам авторов. Один из немногочисленных опытов ограниченного использования произведений в сети Интернет, налицует в Англии, где национальная библиотека уполномочена воспроизводить произведения нацио-





нальных авторов, размещенных в Интернете. Этот опыт играет исключительно важную роль, поскольку в большинстве своем электронные издания не каталогизируются традиционными библиотеками. В этой связи доступ, в том числе к медицинским информационным ресурсам в сети Интернет, связан с уровнем компьютерной грамотности отдельных пользователей.

Наиболее сбалансированным следует признать законодательство Австралии, где предусмотрена возможность сетевой (on-line) доставки произведений библиотеками. Однако и в этом случае необходимо соблюдение определенных формальностей и доставленная копия не может храниться более установленного периода времени. Кроме того, контроль за соблюдением законодательства об авторском праве как в Англии, так и Австралии ведется не только соответствующими органами власти, но также обществами коллективного управления имущественными правами авторов и непосредственно авторами.

Российская правовая система все более сближается с европейской. Так, в четвертой части Гражданского кодекса, принятой 18 декабря 2006 года и вступающей в силу с 1 января 2008 года, введено новое смежное право изготовителя баз данных, которое является результатом восприятия соответствующей Директивы ЕС. Данное обстоятельство не может не учитываться при создании электронных библиотек и изданий в сфере медицины и здравоохранения, которые, по существу, содержат базы данных.

Ограничения авторских прав, которые содержатся в четвертой части Гражданского кодекса, за некоторыми исключениями практически дословно перенесены из действующего Закона об авторском праве и смежных правах № 5351-1 от 9 июля 1993 года. При этом положения данного закона основаны на Тунисском модельном законе об авторском праве для развивающихся государств 1976 года и уже в то время слабо отвечали потребностям общества.

Попытка построения более сбалансированного законодательства наличествовала после вступления

в силу поправок от 20 июля 2004 года к данному закону, которыми было закреплено «новое» ограниченное право библиотек предоставлять во временное безвозмездное пользование экземпляры произведений, в том числе выраженных в цифровой форме. Последнее допускается только при соблюдении трех условий: во-первых, экземпляр произведения должен быть введен в гражданский оборот, притом законным путем; во-вторых, использование произведения допускается только в помещении библиотеки; в-третьих, библиотека должна исключить возможность создания копии произведения в цифровой форме.

Редакция основывалась на законодательстве зарубежных, главным образом англосаксонских, государств. При этом изъятие было сформулировано таким образом, что ограничило более права библиотек, нежели правообладателей, исказив истинное его назначение. Кроме того, положения закона относятся только к библиотекам — юридическим лицам, соответствующим дефинициям Федерального закона «О библиотечном деле» № 78-ФЗ от 29.12.1994. Поэтому большинство электронных библиотек, а также библиотек структурных подразделений, например, образовательных учреждений, данным правомочием не обладают.

И тем не менее, несмотря на несовершенство российского законодательства, интеграция национальных медицинских информационных ресурсов в международное информационное пространство должно быть основано на строгом и неукоснительном соблюдении закона, в первую очередь законодательства об авторском праве.

Актуальность соблюдения авторского права в библиотечно-информационной сфере подтверждается тем, что в августе 2005 года между ЮНЕСКО и eIFL.net было подписано соглашение о реализации проекта «Защита доступа к знаниям: авторские права и библиотеки», финансируемого программой ЮНЕСКО «Информация для всех». Территория реализации проекта ограничена постсоветским прост-



ранством. Проект имеет целью способствовать пониманию и развивать возможности, знания и ресурсы в решении текущих проблем авторского права, определять соотношение указанных проблем с применением ИКТ.

Предполагается, что в России данный проект будет реализовываться некоммерческим партнерством «Национальный Электронно-Информационный Консорциум» (НИЭКОН), которое стало результатом объединения двух проектов: проекта «Научная электронная библиотека», проводимого Российским фондом фундаментальных исследований, имевшим изначально естественно-научную направленность и ориентированного на академические институты, и проекта «Электронная информация для библиотек» Института «Открытое Общество», ориентированного на журналы по социальным наукам и гуманитарные журналы.

Вызывает опасения тенденция создания электронных библиотек и архивов в сфере медицины и здравоохранения на элементарном оцифровывании и предоставлении в открытый доступ соответствующих материалов без разрешения правообладателя. Следует признать недопустимой откровенную торговлю в Интернете неопубликованными диссертациями и отчетами о НИР.

После вступления в силу четвертой части Гражданского кодекса, многие лазейки, которые в настоящее время позволяют обходить закон, будут закрыты для недобросовестных лиц. В первую очередь будет жестко ограничена деятельность обществ коллективного управления имущественными правами авторов, которые в настоящее время могут предоставлять лицензии на использование произведений от имени тех авторов, которые не заключали с ними договор.

Однако не все правонарушения в данной сфере основаны на грубом пренебрежении нормами права. Во многих случаях соответствующие лица не обладают необходимыми правовыми познаниями и основывают свою деятельность на альтруистических

мотивах – предоставляют открытый доступ к значимым, по их мнению, источникам информации. Среди таких лиц нередко распространено ложное мнение о свободной возможности оцифровки произведений и размещении таких произведений в Интернете до тех пор, пока правообладатель не запретит им подобное использование.

Поэтому необходимы не только последовательное совершенствование методической базы таких электронных библиотек и изданий, но также правовое просвещение и разработка методических рекомендаций для лиц, которые обеспечивают их функционирование и ресурсную поддержку. Так, размещение публикаций в электронном издании должно осуществляться на основании договора с автором. Однако данный договор следует заключать в письменной форме, поскольку устная форма, предусмотрена лишь для традиционных печатных периодических изданий.

Таким образом, решение названных проблем следует проводить в комплексе. Необходимы последовательная регистрация и иные формы включения российских электронных изданий по проблемам медицины и здравоохранения в ведущие международные списки и каталоги, активное участие российских авторов в распространении за рубежом произведений по актуальным проблемам медицины и здравоохранения, совершенствование методической базы электронных библиотек и изданий, соблюдение законодательства об авторском праве при формировании и распространении соответствующих информационных ресурсов.

Пока же все проблемы, перечисленные в статье, не решены, авторам, готовящим публикации в зарубежные периодические издания, мы рекомендуем использовать полезный ресурс, на котором собраны ссылки не просто на сайты 3500 медицинских журналов, а на страницы с требованиями для авторов (Instructions to authors): <http://ezproxy.mco.edu:2048> (альтернативный адрес доступа: <http://www.mco.edu/lib/instr/libinsta.html>).



Ф.Н.КАДЫРОВ,

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

И.С.ХАЙРУЛЛИНА,

ЭКОНОМИСТ

АВТОНОМНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ОТ РЕДАКЦИИ:

Принятие давно ожидаемого закона «Об автономных учреждениях» вызвало многочисленные вопросы наших читателей. В первом номере нашего журнала за этот год в рубрике «Вопросы и ответы» мы уже обращались к этой теме. Сегодня приводим более обстоятельную информацию по проблеме возможности создания и условий функционирования автономных учреждений в здравоохранении.

С принятием Закона «Об автономных учреждениях» у многих руководителей учреждений здравоохранения были связаны весьма серьезные планы. Эти надежды были разрушены одной из заключительных статей закона. П.3 статьи 20 гласит: «Изменение типа существующих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения не допускается».

У многих этот пункт вызвал недоумение: ведь в средствах массовой информации активно обсуждались перспективы внедрения в здравоохранение не только автономных учреждений, но государственных (муниципальных) автономных некоммерческих организаций. Тем более, что в статье 2 принятого Закона говорится, что автономное учреждение – это некоммерческая организация, созданная для выполнения работ, оказания услуг в сферах науки, образования, здравоохранения и т.д.

Как это понимать? Допустимо ли все-таки создание автономных учреждений в сфере здравоохранения?

Указанные статьи закона означают, что создание автономных учреждений в сфере здравоохранения возможно, но не путем изменения организационно-правовой формы существующих бюджетных (государственных или муниципальных) учреждений здравоохранения. Проще говоря, новые автономные учреждения создавать можно, а изменять статус бюджетных учреждений нельзя.

Уточним, что речь идет о недопустимости создания автономного учреждения непосредственно путем изменения типа государственных или муниципальных учреждений здравоохранения.

Вместе с тем это вовсе не означает, что у автономных учреждений вообще нет никаких перспектив в здравоохранении.

© Ф.Н.Кадыров, И.С.Хайруллина, 2007 г.



Теоретически не исключена возможность закрытия существующего бюджетного учреждения здравоохранения и создания на его базе нового автономного учреждения либо в качестве другого варианта – создание автономного учреждения с последующей передачей ему имущества существующего государственного или муниципального учреждения. Соответственно государственное или муниципальное учреждение, лишенное имущество, должно быть в итоге закрыто.

Но прежде, чем оценивать перспективы, рассмотрим некоторые ключевые моменты, соблюдение которых необходимо для создания организации в данной организационно-правовой форме.

В соответствии с Законом «Об автономных учреждениях» создание автономных учреждений предполагает передачу имущества автономному учреждению на праве оперативного управления. Это означает, что автономное учреждение в отношении закрепленного за ним имущества осуществляет права владения, пользования и распоряжения им в пределах, установленных Законом, в соответствии с определенными уставом целями своей деятельности, заданиями собственника и назначением имущества. Право автономного учреждения на распоряжение имуществом требует отдельного рассмотрения. Автономное учреждение не вправе самостоятельно распоряжаться недвижимым и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним учредителем при создании, а также приобретенным автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. Согласно п.3 статьи 3 Закона, «под особо ценным движимым имуществом понимается имущество, без которого осуществление автономным учреждением своей уставной деятельности будет существенно затруднено».

Таким образом, схожесть между существующим ныне бюджетным учреждением и создава-

емым автономным учреждением в том, что управление имуществом автономного учреждения остается в ведении органа исполнительной власти, на который возложено управление государственным или муниципальным имуществом. Однако имуществом, не относящимся к категории недвижимого и особо ценного движимого, автономное учреждение приобретает возможность распоряжения без согласования с собственником.

В связи с этим для создания автономного учреждения необходим утвержденный Правительством РФ порядок определения видов особо ценного движимого имущества. Другими словами, для реализации закона должны быть изданы подзаконные акты – постановления Правительства РФ, определяющие порядок реализации отдельных положений закона.

Необходимо также отметить, что Закон «Об автономных учреждениях» устанавливает право автономного учреждения самостоятельно распоряжаться имуществом (в том числе недвижимым), приобретенным им на доходы от своей деятельности.

Как видим, формально юридических препятствий для реализации схемы с созданием автономных учреждений нет. Однако нормативная база по данному вопросу отработана недостаточно. Не было и практики создания автономных учреждений. На настоящий момент все возможные проблемы, связанные с созданием автономных учреждений, еще не определены. Требуются разработка и принятие нормативных документов, необходимых для урегулирования принципиальных моментов, касающихся создания и функционирования автономных учреждений. Один из таких документов уже упомянут ранее. Помимо этого, необходимо определение и утверждение порядка подачи заявок на создание новых автономных учреждений, порядка реализации прав собственника и пр.



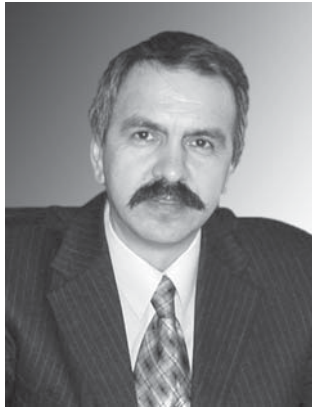
В РЕДАКЦИЮ ПРИШЛО ПИСЬМО

«Просим дать разъяснение, что понимается под одноименными товарами, работами и услугами при размещении заказов на поставку лекарственных препаратов, расходных материалов и перевязочных средств в соответствии с ФЗ от 21.07.2005 №94 «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение услуг для государственных и муниципальных нужд». У каждого проверяющего и контролирующего органа свое понимание этого закона. Конкурсная комиссия, созданная при администрации, понимает под одноименным товаром все, что приобретает больницей за счет статьи «Медикаменты». Просим разъяснить, каким нормативным документом следует пользоваться при отнесении разных лекарственных и перевязочных средств, а также расходных материалов к одноименным».

ОТВЕТ РЕДАКЦИИ:

В соответствии с разъяснениями Минэкономразвития России (Письмо № Д07-782 от 25.04.2006) при отнесении товаров к одноименным следует руководствоваться ГОСТ Р 51303-99 «Торговля, термины и определения», Постановлением Госкомстата России от 25.03.2002 №23 «Об утверждении «Основных положений о порядке наблюдения за потребительскими ценами и тарифами на товары и платные услуги, оказанные населению, и определения индекса потребительских цен», из которых следует, что под одноименными понимаются аналогичные по техническим и функциональным характеристикам товары, работы, услуги определенного вида, которые могут отличаться друг от друга незначительными особенностями (детальями), не влияющими на их основные потребительские качества, и которые являются однородными по своему потребительскому назначению.

Это означает, что нельзя все закупаемые учреждением медикаменты относить к группе одноименных товаров лишь на том основании, что они относятся к медикаментам. Медикаменты, имеющие различный состав и фармакологические свойства, не могут быть отнесены к одноименным товарам, поскольку имеют различные потребительские качества. Это же относится и к расходным материалам.



НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЮТ

← заместитель председателя
Комитета по здравоохранению
Санкт-Петербурга
д.э.н., профессор Ф.Н.Кадыров

ведущий специалист →
Комитета по здравоохранению
Санкт-Петербурга О.Г.Коган



→ **В условиях имеющегося дефицита и несвоевременности финансирования медицинской помощи в системе ОМС имеет ли право учреждение часть медицинских услуг, входящих в программу ОМС, оказывать на платной основе или условия содоплат?**

По желанию гражданина любая услуга, в том числе и входящая в программу ОМС, может быть оказана на платной основе. В условиях недостаточного финансирования, чтобы не допустить нарушения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, целесообразно четко определить порядок предоставления наиболее затратных услуг, ввести квоты, листы ожидания госпитализации и т.д. При этом следует учесть, что при состояниях, угрожающих жизни, медицинская помощь должна быть предоставлена бесплатно.

→ **Должно ли проводиться в стационаре бесплатно в рамках программы ОМС предоперационное обследование, проводимое пациенту в условиях стационара при плановой госпитализации («рутинные» виды исследований: анализы крови, эндоскопические рентгенологические исследования, дополнительные консультации и т.д.)?**

Следует различать исследования, которые пациент должен выполнить на догоспитальном этапе в амбулаторных условиях по месту жительства на этапе подготовки к плановой госпитализации (клинические анализы мочи и крови, ЭКГ, флюорография и т.д.), и исследования, входящие в предоперационный комплекс, которые проводятся в стационаре в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. В первом случае затраты на выполнение исследований входят в стоимость оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Во втором случае – в стоимость стационарного лечения.

Какие конкретно исследования должны выполняться на догоспитальном этапе в амбулаторных условиях, определяется нормативными документами, устанавливающими порядок плановой госпитализации, включая перечень видов исследований, которые пациент должен выполнить на догоспитальном этапе в амбула-





При обращении пациента по его желанию за амбулаторной консультацией к врачу стационара возможно ли проведение консультации на платной основе либо она должна быть осуществлена врачом стационара бесплатно, в рамках программы ОМС?



В соответствии с территориальной программой госгарантий осуществляется «проведение профилактических флюорографических обследований взрослому населению области, обратившемуся в амбулаторно-поликлинические учреждения по поводу заболеваний, входящих в программу». Проведение профилактического рентгенологического (флюорографического) обследования в условиях стационара при плановой госпитализации для оперативного лечения должно ли проводиться бесплатно, в рамках программы ОМС, или оно выходит за рамки этой программы?

торных условиях по месту жительства. Если эти требования пациентом не были выполнены, то стационарное учреждение вправе предложить пациенту выполнение этих исследований непосредственно в стационаре с возмещением затрат за счет средств пациента.

Что касается предоперационного комплекса исследований и дополнительных консультаций, необходимость в которых возникла для уже госпитализированного в стационар пациента, они проводятся в стационаре бесплатно при наличии медицинских показаний.

В обязанности врача стационара не входит оказание бесплатной медицинской помощи амбулаторным пациентам. Если в структуре стационара не предусмотрено амбулаторно-консультативное отделение, оказывающее амбулаторную помощь по установленным в системе ОМС тарифам, то такая консультация проводится на платной основе.

При плановой госпитализации (в случае, если это предусмотрено нормативными документами и пациент ознакомлен с необходимостью выполнения рентгенологического (флюорографического) исследования) данные исследования должны выполняться на догоспитальном этапе в амбулаторно-поликлинических условиях. Если эти требования пациентом не были выполнены, то стационарное учреждение вправе предложить пациенту выполнение этих исследований непосредственно в стационаре с возмещением затрат за счет средств пациента. Если не существует нормативного документа, определяющего, какие именно исследования пациенту следует пройти в поликлинике, стационар не вправе устанавливать свои требования.



Предусматривает ли Программа ОМС оказание врачом бесплатной медицинской помощи в дополнительное рабочее время, если это не связано с совмещением, вызовом на работу по производственной необходимости, а обусловлено дополнительной нагрузкой, связанной с оказанием платных медицинских услуг не в ущерб бесплатной медицинской помощи, оказываемой в основное рабочее время?

Программа ОМС предусматривает виды помощи, оказываемые гражданам бесплатно за счет средств ОМС. Все, что касается рабочего времени, регулируется трудовым законодательством (прежде всего Трудовым кодексом РФ).

Оказывать бесплатную медицинскую помощь в дополнительное время (не являющееся рабочим временем, оплачиваемым за счет средств ОМС) врач не обязан.



При применении дорогостоящего шовного материала (викрил, ПДФ, пролен) возможно ли проведение этих операций на платной основе, если учесть, что стоимость этих материалов значительно превышает стоимость медикаментов в структуре тарифа ОМС на операцию, а зачастую приближается к величине тарифа на операцию?

Возможность оплаты дорогостоящего шовного материала определяется тем, включены ли указанные виды шовного материала в утвержденный перечень медикаментов и расходных материалов, предоставляемых пациентам бесплатно при оказании медицинской помощи в рамках ОМС.

Если нормативно этот вопрос никак не урегулирован, то учреждение вправе ориентироваться на расходные материалы, которые ему финансово доступны (с учетом имеющегося финансирования), и предлагать пациенту приобрести более дорогостоящие материалы на альтернативной основе за плату. При этом сама операция должна проводиться бесплатно. Оплата всей стоимости операции может быть произведена пациентом по его желанию, если стационар имеет разрешение органа управления здравоохранением на оказание подобного рода платных услуг.



В условиях гарантированности бесплатной медицинской помощи только ли лечебное учреждение несет ответственность за обеспечение и соблюдение принципа бесплатности?

Ответственность за обеспечение предоставления гарантированного объема бесплатной медицинской помощи лежит на органах, призванных финансировать данное медицинское учреждение.

Медицинское учреждение несет ответственность за рациональное использование выделяемых ему средств. Тем не менее, действующее законодательство не снимает с учреждения ответственности за соблюдение требований нормативных документов, регламентирующих оказание бесплатной медицинской помощи.



Медицинские выставки и конференции в апреле 2007 г.

Дата проведения	Место проведения	Название выставки и конференции	Организатор
4 апреля	Романов пер., д.2, г.Москва	Научно-практическая конференция «Реабилитация урологических больных»	ФГУ УНМЦ УДП РФ, фирма «Медицина»
4–6 апреля	Центральный дом предпринимателя, г.Москва	Выставка-конференция по медицинским информационным технологиям «MedSoft-2007»	«АРМИТ»
4–6 апреля	г.Ростов-на-Дону	Специализированная выставка «Современная медицина – 2007»	ВЦ «Плаза-Экспо»
4–6 апреля	г.Санкт-Петербург	1-й Междисциплинарный научный конгресс «Человек и алкоголь»	ОО «Человек и его здоровье»
5–6 апреля	ул. Новый Арбат, д. 36/9, г.Москва	V Научно-практическая конференция «Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений»	ИВА «ИнфоМедФармДиалог»
5–7 апреля	г.Набережные Челны	3-я Всероссийская выставка «Медицина. Здоровье. Активный отдых»	ВП «Экспо-Кама»
5–7 апреля	г.Сочи	VII Специализированная выставка «Красота и грация»	ВК «Сочи-Экспо ТПП г.Сочи»
10–12 апреля	ЦВЗ «Манеж», г.Москва	Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России» Форум «Питьевые воды России»	ООО «Экспопресс Конференции»
10–13 апреля	ГДК, ЦВЗ «Манеж», г.Москва	III Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России»	Исполнительная дирекция форума
12–14 апреля	ВК «Майер Джей Экспо», ЦВК «Экспоцентр», г.Москва	Международный форум «Детское школьное и оптимальное питание»	ЦВК «Экспоцентр»
14 апреля	Зал Церковных соборов Храма Христа Спасителя, г.Москва	VI Торжественная церемония вручения наград премии «Профессия – жизнь»	Международная премия «Профессия – жизнь»
16–20 апреля	РАГС, просп. Вернадского, д. 84, г.Москва	XIV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство»	РИЦ «Человек и лекарство»
19 апреля	Романов пер., д. 2, г.Москва	Научно-практическая конференция «Гематология. Современное состояние и проблемы»	ФГУ УНМЦ УДП РФ, фирма «Медицина»



Дата проведения	Место проведения	Название выставки и конференции	Организатор
22–25 апреля	г.Москва	«V Всемирный конгресс по иммунопатологии и аллергии» «V Европейский конгресс по астме»	Всемирная организация по иммунопатологии, Союз аллергологов и иммунологов СНГ, Институт иммунофизиологии
23–24 апреля	ГК «Президент-Отель», г.Москва	Всероссийская конференция «Производители лекарственных средств на фармацевтическом рынке России. Стратегии развития»	«КСТ групп»
23–27 апреля	г.Санкт-Петербург	«Поленовские чтения». Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 150-летию В.М.Бехтерева	ОО «Человек и его здоровье»
23–29 апреля	Турция	«Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» IX Конгресс с международным участием	ООД «Медицина за качество жизни»
25–27 апреля	г.Томск	10-я Межрегиональная специализированная выставка-ярмарка «Медицина. Здравоохранение. Фармацевтика»	ОАО ТМДЦ «Технопарк»
25–27 апреля	г.Самара	2-й Региональный научный форум «Дитя и мама»	«RTE-Group»
25–28 апреля	ВВЦ, пав. 57, г.Москва	«Экологически чистая (натуральная) продукция». 18-я выставка. Конкурс. Конференция	Международный экологический фонд
26–27 апреля	РАГС, г.Москва	Выставка «Диагностика, профилактика и лечение инфекционных болезней». «Итоги и перспективы обеспечения эпидемиологического благополучия населения России» в рамках IX съезда Всероссийского научно-практического общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов	ООО «Экспресс Конференции»
26–27 апреля	г.Санкт-Петербург	Научно-практическая конференция Северо-Западного региона РФ «Эндокринная патология и сердечно-сосудистая система: проблемы, задачи, пути решения»	ОО «Человек и его здоровье»
27–29 апреля	ОК «Дагомыс», г.Сочи	«III Всероссийский конгресс по андрологии». Выставка медицинской продукции и оборудования	Управление делами ПААР
Апрель	г. Ростов-на-Дону	«Медфармконвенция – 2007» . Региональные медико-фармацевтические научно-образовательные конференции и профессиональные научные курсы	МЗ и СР РФ





**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**

**ГОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ Росздрава» (РГМУ)**

Руководителям органов
управления здравоохранения субъектов
Российской Федерации

117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1,
тел.: (495) 434-03-29, 434-14-22,
факс: (495) 434-47-88
E-mail: rgmu@rsmu.ru

_____ № _____

На № _____ от _____

Кафедра управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования ФУВ ГОУ ВПО РГМУ (заведующий кафедрой – академик РАМН, профессор Стародубов В.И.) проводит цикл профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» для организаторов здравоохранения. В программе: актуальные вопросы управления, экономики здравоохранения, обязательного и добровольного страхования, качества медицинской помощи, лицензирования и аккредитации медицинской деятельности.

Срок обучения: с 10.09.2007 г. по 14.12.2007 г.

Предварительные заявки на обучение направлять:

- ♦ по электронной почте: uz@rsmu.ru
- ♦ по факсу (телефону):

тел./факс: (495) 619-59-03 – Галанова Галина Ивановна;

тел./факс: (495) 434-17-56 – Зарубина Анна Витальевна, Морозова Елена Владимировна

**Заведующий кафедрой управления,
экономики здравоохранения и медицинского страхования ФУВ,
д.м.н., профессор, академик РАМН**

В.И.Стародубов



ФОРУМ «МЕДИЦИНА-2007»

ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИНФОРМАТИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ В РЕГИОНАХ РОССИИ:
ПРОБЛЕМЫ КООРДИНАЦИИ И ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА»

Время проведения: с 6 по 8 июня 2007 года

Место проведения: Москва, Центр Международной Торговли

Организаторы: МЕДИЭкспо, Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Поддержка: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство здравоохранения Московской области, Департамент здравоохранения города Москвы, Российская академия наук, Российская академия медицинских наук, Международная академия информатизации, Ассоциация медицинской информатики.

Основные вопросы конференции:

1. Информационное обеспечение управления системой здравоохранения на современном этапе.
2. Проблемы интеграции автоматизированных информационных систем федерального и регионального уровня.
3. Мониторинг реализации национального проекта «Здоровье» на территориях РФ с использованием ИКТ.
4. Проблемы координации и интеграции ИТ-проектов здравоохранения и социальной сферы на региональном уровне.
5. Информатизация медицинских специализированных служб на территориях.
6. Взаимодействие автоматизированных информационных систем территориального уровня с муниципальными и учрежденческими системами.

Программа конференции (проект):

6 июня 2007 г.:

Пленарное заседание: Информационные системы федерального здравоохранения

Заседание 1. Информационные системы регионального здравоохранения

Круглый стол: «Роль МИАЦ в процессе мониторингования ПНП «Здоровье».

7 июня 2007 г.:

Заседание 2. Информационные системы муниципального здравоохранения.

Заседание 3. Медицинские информационные системы для стационарной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Заседание 4. Системы поддержки принятия врачебных решений.

Круглые столы: «Электронный паспорт здоровья», «Правовое регулирование вопросов сбора, передачи, хранения персонифицированных данных»

8 июня 2007 г.: презентации АИС разработчиков- участников выставки

Проект конференции включен в план научно-практических мероприятий Минздравсоцразвития России на 2007 год. Тезисы, представленные на Конференцию, будут опубликованы в специальном номере журнала «Врач и информационные технологии». Условия публикации тезисов и форма заявки – на сайте www.idmz.ru.





www.MVK.ru
(495) 995-05-95

13-16 марта | **Москва, КВЦ «Сокольники»**

MEDprojectexpo

2-я МЕЖДУНАРОДНАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА КОМПЛЕКСНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ, СТРОИТЕЛЬСТВА И ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

MEDclinic

2-й Международный конгресс «Современная клиника»

ДИРЕКЦИЯ ВЫСТАВКИ:
Москва, Сокольнический Вал, 1
Тел./факс: (495) 982-50-65
e-mail: knp@mvk.ru

ОРГАНИТЕТ КОНГРЕССА:
Тел. (495) 228-79-36, e-mail: info@rusmq.ru

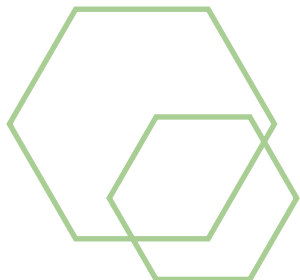
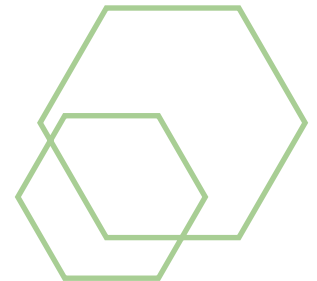
Организатор: Выставочный холдинг MVK

При поддержке: Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Генеральный партнер: Неприбыльное партнерство содействия развитию системы здравоохранения и медицины

Региональные представительства Выставочного холдинга MVK:

ММК-ВОЛГА Тел./факс: +7 (843) 258-75-89	ММК-УРАЛ Тел./факс: +7 (343) 371-24-76
ММК-СИБИРЬ Тел./факс: +7 (383) 235-53-47	ММК-ЮГ Тел./факс: +7 (863) 234-52-45



3-й Международный форум MedSoft-2007

Выставка и конференция «Медицинские информационные технологии»

4-6 апреля 2007 г. Москва, Центральный дом предпринимателя

ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИИ:

- Компьютерные системы для исследований и диагностики (функциональная и лучевая диагностика, лабораторные исследования и др.)
- Системы компьютеризации массовых обследований и профилактики
- Компьютерные системы в стоматологии
- Системы управления деятельностью медицинских учреждений и органов управления здравоохранением. Региональные системы
- Компьютерные системы медицинского страхования
- Телемедицинские системы
- Медицинский Интернет
- Обучающие системы. Электронные атласы. Мультимедийные средства
- Интеллектуальные медицинские системы
- Электронные истории болезни и амбулаторные карты
- Системы для научных исследований
- Системы обработки изображений
- Компьютерные системы в фармации и многое другое

Вход на выставку свободный, участие в мероприятиях деловой программы бесплатное.

Адрес: Центральный дом предпринимателя, ул. Покровка, 47/24
 Проезд: ст. м. «Красные ворота», «Курская». Информация по тел.: (495) 400-10-62
 Программа конференции и список участников выставки опубликованы на сайте: www.armit.ru

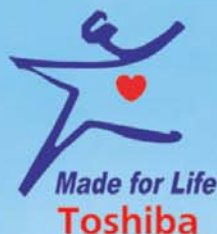


ГРУППА КОМПАНИЙ
МЕДКОР

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНАЯ
МЕДИЦИНА

(495) 775-65-65

www.medcore.ru



FUJINON
FUJIFILM

STERIS®

MINDRAY

BANDEQ

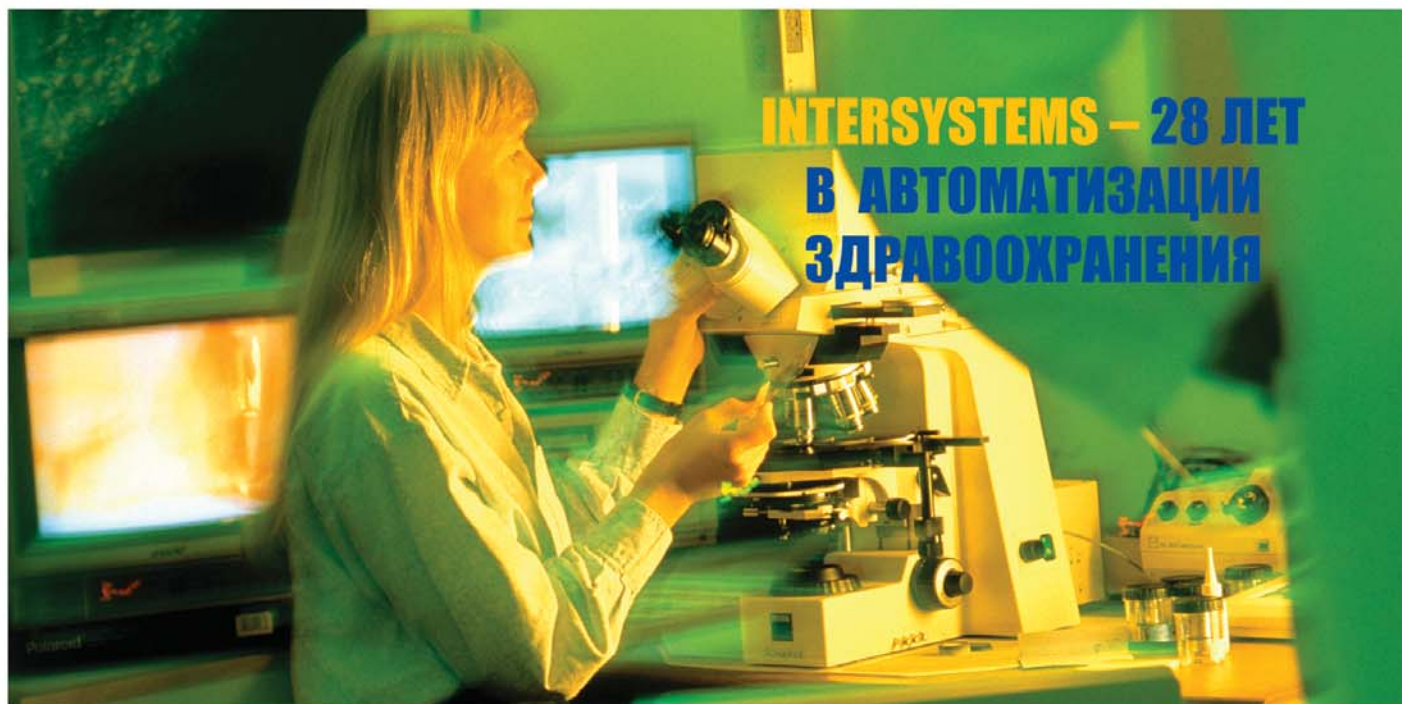
tyco
Healthcare

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"**



ВО ВСЕХ ЛПУ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ УСПЕШНО ВНЕДРЕНА МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА НА ОСНОВЕ СУБД CASHÉ КОМПАНИИ INTERSYSTEMS

Говорит
Ашенбреннер
Инна Викторовна,
начальник управления
информатизации
Пензенской области

“ При выборе комплексной информационной системы для всех ЛПУ области мы изначально ориентировались на решение, базирующееся на технологиях компании InterSystems, а именно СУБД Cashé. У компании InterSystems есть огромный, почти 30-летний, опыт в автоматизации здравоохранения, это очень важно. Cashé показала себя как надежная, стойкая, очень быстрая система, особенно в работе с большими объемами данных, например огромные истории болезни за несколько лет. Преимущество применения системы на базе Cashé заключается также в легкости ее сопровождения и низких требованиях к аппаратным ресурсам.”

Внедрение информационной системы позволило:

- обеспечить каждого медицинского работника необходимыми ему информационными ресурсами;
- усовершенствовать систему управления ЛПУ;
- контролировать работу подразделений и правильность организации процессов лечения;
- уменьшить затраты времени на ведение первичной медицинской документации, составление отчетов и ведение журналов;
- обеспечить мгновенный доступ к архивным историям болезни, амбулаторным картам;
- повысить качество медицинской документации;
- уменьшить количество ошибок при выполнении назначений.

INTERSYSTEMS

Филиал корпорации InterSystems International Corp. 123610, Россия, Москва, Краснопресненская наб., 12
Тел.: +7 495 967 00 88 • Факс: +7 495 967 00 18 • InterSystems.ru/healthcare/