

ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№9. 2007



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >

Прямые поставки медицинского оборудования из Германии

Фирма «LOTUS»

- компьютерные томографы
- рентгентехника (в том числе, магниторезонансная)
- маммографы
- приборы для коронароангиографии, эндоскопии (стекловолоконной и ригидной)
- УЗ-диагностические приборы для эхокардиографии, эндозонографии, допплер-исследования сосудов



- инсталляция
- обучение персонала
- гарантийное обслуживание
- постгарантийное обслуживание

E-mail: tchaitchenets@gmx.de,
www.chaichenets.ru

**«LOTUS» Med Technik,
Komplexe, Systemen
Tel.: +49 1728526835**



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- Значение учредительных документов в обеспечении качества структуры учреждения здравоохранения**
- Экономические предпосылки к внедрению формуллярной системы**
- О критериях высокотехнологичных медицинских услуг**
- Новое в законодательстве об оплате труда**
- Влияние заболеваемости на экономику бизнес-структур в России**



Ежемесячный научно-практический журнал

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:

О реализации в субъектах Российской Федерации пиilotного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения

Р.А.Хальфин, Д.В.Рейхарт, Г.Ч.Махакова,
А.В.Кротов, Ю.Е.Михеева

4-9

Реализация试点ного проекта как отработка механизмов модернизации системы здравоохранения

Материалы совещания Минздравсоцразвития России
по обеспечению реализации试点ного проекта,
направленного на повышение качества услуг в сфере
здравоохранения, Москва, 22 августа 2007

10-20

Приоритетный национальный проект «Здоровье»: первые уроки

Д.В.Пивень

21-27

Оценка финансирования здравоохранения, в том числе Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году. Часть 2

В.О.Флек, Д.А.Соколов

28-36

Обеспечение населения Российской Федерации высокотехнологичными видами медицинской помощи: история, действительность, перспективы

В.И.Перхов

37-43

Информационно-аналитическое обеспечение организации предоставления населению высокотехнологичной медицинской помощи

П.П.Кузнецов, А.П.Столбов

44-48

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

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

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

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

127254, г.Москва,
ул. Добролюбова, д. 11, офис 234
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92, 639-92-45

Главный редактор:

академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:
д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru

Шеф-редактор:
д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

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

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:
ООО «Допечатные технологии»

Литературный редактор:
С.П.Кравцова

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — 20102
Полугодовая — 82614

Отпечатано в
тиографии «Стрит Принт»
Заказ № 1429

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,

д.м.н., профессор по научной и лечебной работе Иркутского ГИУВ, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения

ПОЛЯКОВ Игорь Васильевич,

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

РУТКОВСКИЙ Олег Всеволодович,

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

ТОГУНОВ Игорь Алексеевич,

д.м.н., профессор кафедры управления Владимирского филиала Российской академии государственной службы при Президенте РФ

ОРЛОВ Олег Игоревич,

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

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,

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

ФЛЕК Виталий Олегович,

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

Проблемы перинатальной смертности в России

В.А.Глушenkova, И.С.Цыбульская,
Л.П.Суханова

49-54

Административный регламент предоставления медицинских услуг в учреждениях системы здравоохранения — стандартизованный ведомственный контроль качества

В.А.Данилов, Д.А.Шипунов,
В.Ф.Задорин, В.В.Задорин

55-58

Состояние и основные направления развития информатизации управления здравоохранением на региональном уровне

В.К.Гасников, Т.В.Зарубина, Н.Г.Куракова,
Г.С.Лебедев, В.Н.Савельев

59-67

Совершенствование системы обеспечения населения региона профильным санаторно-курортным лечением

68-70

Органайзер

71

Консультирует МЗ

С.В.Гусева. О некоторых вопросах применения бюджетной классификации с учетом грядущих изменений

72-76

Вопросы и ответы

С.В.Гусева, главный специалист
Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга

77-80



Р.А. Хальфин,

заместитель Министра здравоохранения и социального развития РФ

Д.В. Рейхарт,

и.о. директора Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Г.Ч. Махакова,

директор Департамента развития медицинской помощи и курортного дела

А.В. Кротов,

заместитель Департамента развития медицинской помощи и курортного дела

Ю.Е. Михеева,

референт Департамента развития медицинской помощи и курортного дела

О РЕАЛИЗАЦИИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА, НАПРАВЛЕННОГО НА ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УСЛУГ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В соответствии с Перечнем поручений Президента Российской Федерации по вопросам развития российского здравоохранения и образования № Пр-488 от 28 марта 2006 г., Правительству Российской Федерации поручено осуществить следующие меры:

— продолжить работу по подготовке и принятию нормативных правовых актов по стандартизации медицинской помощи, оснащения и кадрового обеспечения медицинских учреждений;

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

— определить источники и порядок финансирования расходов на проведение указанных мероприятий в субъектах Российской Федерации;

— выработать механизм взаимодействия между федеральным уровнем, уровнем субъекта Российской Федерации и муниципальным уровнем как в части управления отраслью, так и в части источников ее финансирования, на

основе системы персонифицированного учета расходов в сфере социального страхования, связанной с медицинской, санаторно-курортной, лекарственной помощью населения.

В течение 2006 года в целях реализации Перечня поручений Президента Российской Федерации по вопросам развития российского здравоохранения и образования проводился отбор субъектов Российской Федерации для участия в пилотном проекте, направленном на повышение услуг в сфере здравоохранения.

Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации были разработаны критерии отбора субъектов Российской Федерации для участия в пилотном проекте, в основу которых положены макроэкономические, финансовые и организационные показатели, а также принято во внимание наличие систем учета оказанных объемов медицинских услуг и контроля качества оказанной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Кроме этого, учитывался ряд социально-экономических параметров субъектов Российской Федерации и показателей, характеризующих состояние здравоохранения в субъектах Российской Федерации:

© Р.А. Хальфин, Д.В. Рейхарт, Г.Ч. Махакова, А.В. Кротов, Ю.Е. Михеева, 2007 г.



- 1.** Размеры Валового регионального продукта (ВРП) на душу населения;
- 2.** Показатель младенческой смертности (на 1 000 родившихся живыми);
- 3.** Фактическое подушевое финансирование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 1-го человека в год;
- 4.** Соотношение величины платежей за 1-го неработающего гражданина к величине средств единого социального налога (ЕСН) на 1-го работающего гражданина;
- 5.** Фактическое подушевое обеспечение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 1-го жителя в год в части амбулаторно-поликлинической помощи;
- 6.** Фактическое подушевое обеспечение территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в год на 1-го жителя в части стационарной помощи;
- 7.** Соотношение подушевого финансового обеспечения стационарной помощи и амбулаторно-поликлинической помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- 8.** Объем платных медицинских услуг на душу населения в субъекте Российской Федерации;
- 9.** Число больничных коек на 10 000 населения в субъекте Российской Федерации;
- 10.** Средняя длительность пребывания на койке в субъекте Российской Федерации;
- 11.** Среднее число амбулаторно-поликлинических посещений на 1 жителя в год в субъекте Российской Федерации;
- 12.** Доля средств обязательного медицинского страхования в финансировании территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

На основании разработанной Министерством расчетной модели с применением математических формул каждый субъект Российской Федерации (89), в соответствии с выбранными параметрами с учетом среднего значения в целом по Российской Федерации, набрал определенное количество баллов и получил согласно имеющимся результатам определенный ранг.

Набранные баллы 69 субъектов Российской Федерации оказались выше среднего значения по Российской Федерации.

В соответствии с заданными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации параметрами для субъектов Российской Федерации, были получены заявки на участие в pilotном проекте от 42 субъектов Российской Федерации, желающих участвовать в试点ном проекте.

В качестве квалификационных критериев отбора试点ных субъектов Российской Федерации Министерством были использованы: готовность субъекта Российской Федерации к софинансированию расходов на проведение试点ных проектов; наличие системы учета оказанных объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования; опыт работы по региональным стандартам оказания медицинской помощи для перевода учреждений здравоохранения региона на работу по федеральным стандартам оказания медицинской помощи; соответствие нормативной правовой базы, принятой по обязательному медицинскому страхованию в субъекте Российской Федерации (территориальных правил обязательного медицинского страхования, территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и т.д.), федеральному законодательству в области здравоохранения.

С учетом применения вышеуказанных критериев Министерством из числа этих субъектов Российской Федерации были отобраны 19 субъектов Российской Федерации, соответствующих требованиям试点ного проекта.





На заседаниях президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике (Протоколы № 13 от 1 декабря 2006 г. и № 15 от 23 января 2007 г.) были рассмотрены итоги отбора Министерством субъектов Российской Федерации для участия в пилотном проекте в сфере здравоохранения в 2007 году на условиях:

— софинансирования с учетом уровня бюджетной обеспеченности — в Белгородской, Владимирской, Калужской, Калининградской, Вологодской, Ленинградской, Томской областях, Хабаровском крае, Республике Чувашия;

— предоставления федеральных грантов — в Астраханской, Тверской, Ростовской, Самарской, Свердловской областях, Краснодарском, Пермском крае, Республике Татарстан;

— финансирования за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, предусмотренных в 2007 году на текущее финансирование здравоохранения, — в Тюменской области и Ханты-Мансийском автономном округе.

Высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации, участвующих в пилотном проекте на условиях софинансирования, подтвердили свою готовность к софинансированию и до 1 января 2007 года предусмотрели необходимые средства в бюджетах субъектов Российской Федерации.

В соответствии со статьей 16 Федерального закона № 243-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год» от 29.12.2006, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в 2007 году направляет средства в сумме 4 000 000,0 тыс. рублей, перечисляемые из федерального бюджета, на проведение в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, а также остатки средств

бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 1 января 2007 года, образовавшиеся в результате неполного использования в 2006 году ассигнований на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанную неработающим пенсионерам в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования и финансируемой за счет средств федерального бюджета, после завершения в первом квартале 2007 года расчетов по дополнительной оплате амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в 2006 году.

Общий объем финансовых средств, предусмотренный на финансирование пилотного проекта, составляет 5 434 280 тыс. рублей.

Предусмотренные в рамках пилотного проекта преобразования в сфере здравоохранения базируются на посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации в 2004–2005 годах, поручении Президента Российской Федерации по вопросам развития российского здравоохранения и образования № Пр-488 от 28 марта 2006 года, поручении Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации 2 октября 2006 года № Пр-1946ГС от 8 ноября 2006 г.

Поставленные в поручениях Президента Российской Федерации задачи носят масштабный характер — на их реализацию потребуется не менее одного календарного года.

Федеральным законом «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на период 2009 и 2010 годов», одобренном Советом Федерации РФ, зафиксирована норма продления реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, на первое полугодие 2008 года.

Софинансирование со стороны субъекта Российской Федерации — стимулирование регионов к проведению структурных преоб-



разований в сфере здравоохранения: софинансирование со стороны бюджетов субъектов Российской Федерации составляет 2 985 397 тыс. рублей.

Таким образом, общий объем финансовых средств, направляемых на финансирование пилотного проекта, составит 8 419 677 тыс. рублей.

Правительством Российской Федерации принято соответствующее постановление № 296 «Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации» от 19.05.2007 г.

см. стр. 2 Приложения к журналу

Постановлением Правительства Российской Федерации утверждаются:

- правила финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения;

- перечень субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения;

- направления реализации пилотного проекта.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации № 296 от 19.05.2007 г. Министерством разработан приказ № 360 от 25.05.2007 г. (зарегистрирован в Минюсте России 01.06.2007, № 9579) «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 19.05.2007 г. № 296 «Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации»,

см. стр. 6 Приложения к журналу

которым утверждаются:

- форма заявки территориального фонда обязательного медицинского страхования о размере средств на реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения;

- форма соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования об условиях реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения;

- форма договора между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования и учреждением здравоохранения о реализации учреждением здравоохранения пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Все субъекты Российской Федерации, участвующие в реализации пилотного проекта, подписали соответствующие Соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования об условиях реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Минздравсоцразвития России совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования утверждены порядок и формы предоставления отчетности об использования средств на проведение пилотного проекта.

В соответствии с разграничением полномочий между всеми уровнями власти субъекты Российской Федерации должны утвердить следующие нормативные правовые акты:

- внесение дополнений в Закон субъекта Российской Федерации о бюджете субъекта Российской Федерации на 2007 год;





— внесение дополнений в Закон субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год;

— внесение дополнений в территориальную Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации на 2007 год;

— внесение дополнений в Правила обязательного медицинского страхования, действующие на территории субъекта Российской Федерации и др.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации в pilotном проекте субъекты Российской Федерации должны будут реализовать следующие направления:

1. Перевод учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования.

2. Введение в стационаре механизма оплаты медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи за объемы оказанной медицинской помощи с учетом конечного результата.

3. Внедрение элементов частичного аккумулирования средств на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения путем финансирования по подушевому нормативу с созданием системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов.

4. Реформирование оплаты труда медицинских работников с переходом на оплату труда с учетом объема и качества оказанной медицинской помощи.

5. Совершенствование учета объемов оказанной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Субъекты Российской Федерации реализуют определенное число направлений pilotного проекта, исходя из условий финансирования:

— получающие софинансирование из Федерального фонда обязательного медицинского страхования с учетом уровня бюджетной обеспеченности реализуют все пять направлений pilotного проекта (Белгородская, Владимирская, Калужская, Калининградская, Волгоградская, Ленинградская, Томская области, Хабаровский край, Республика Чувашия);

— получающие федеральные гранты реализуют два-три направления pilotного проекта по выбору (Астраханская, Тверская, Ростовская, Самарская, Свердловская области, Краснодарский, Пермский край, Республика Татарстан);

— осуществляющие за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, предусмотренных в 2007 году на текущее финансирование здравоохранения, реализуют одно направление pilotного проекта по выбору (Тюменская область и Ханты-Мансийский автономный округ).

Ожидаемые результаты реализации pilotного проекта в сфере здравоохранения: перевод учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации на одноканальное финансирование (через систему обязательного медицинского страхования) позволит исключить неэффективное использование финансовых средств и ресурсов в здравоохранении; внедрить механизм финансирования лечебных учреждений за объемы оказанной медицинской помощи с учетом конечных результатов и избавиться от порочной системы содержания учреждений вне зависимости от объемов и качества оказанной медицинской помощи.

В свою очередь внедрение принципа «деньги идут за пациентом» подтолкнет лечебные учреждения к повышению качества медицинской помощи, внедрению современных эффективных технологий диагностики и лечения заболеваний, повышению структурной эффективности здравоохранения путем реструктуризации подразделений и учреждений здравоохранения, в том числе с целью расширения востребованных объемов меди-



цинской помощи и исключения неэффективных расходов. Мотивации медицинских работников к оказанию качественной медицинской помощи должна способствовать реформа оплаты труда.

В рамках pilotного проекта субъекты Российской Федерации должны сравнить несколько способов оплаты труда, имеющихся в настоящее время (на основе единой тарифной сетки с учетом существующих систем надбавок и стимулирования; использования системы оплаты труда, применявшейся при внедрении нового хозяйственного механизма — сочетание ЕТС и КТУ; внедрение системы оплаты труда по квалификационным группам работников и др.).

Внедрение единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи должно унифицировать медицинскую помощь, оказываемую при заболеваниях, на всей территории Российской Федерации, независимо от места проживания гражданина. Это позволит реализовать публичные обязательства государства в сфере здравоохранения по единому стандарту.

Совершенствование системы учета объемов оказанной медицинской помощи позволит определить затраты в здравоохранении на каждую категорию граждан (пол, возраст, работающий, неработающий и пр.) и рассчитать необходимые объемы финансирования здравоохранения на основе потребляемых объемов медицинской помощи.

Использование механизмов частичного аккумулирования средств в первичном звене здравоохранения позволит показать эффективность использования менее затратных, стационарно замещающих технологий и необходимость развития профилактического направления здравоохранения.

В результате реализации pilotного проекта будет осуществлена разработка направлений модернизации здравоохранения с нахождением типовых решений, позволяющих:

- выработать механизм взаимодействия между уровнями власти в управлении от-

раслью здравоохранения и источников ее финансирования на основе системы персонифицированного учета расходов в системе обязательного социального страхования;

- устранить неэффективное расходование средств в здравоохранении посредством перехода на преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования;

- разработать направления модернизации обязательного медицинского страхования путем: переноса части финансовой ответственности по оказанию медицинской помощи в негосударственный сектор (страховые медицинские организации); определения минимального размера платежа на неработающее население с целью обеспечения финансовой сбалансированности системы обязательного медицинского страхования; изменения норматива отчислений на обязательное медицинское страхование работающих граждан при применении специальных режимов налогообложения и др.;

- внедрить единые федеральные стандарты оказания медицинской помощи, стандарты оснащения и кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений с целью унификации оказываемой медицинской помощи гражданам на всей территории Российской Федерации вне зависимости от места проживания;

- реформировать систему оплаты труда медицинских работников с целью приведения ее в зависимость от объемов и качества оказанной медицинской помощи населению;

- повысить эффективность системы здравоохранения за счет развития и широкого внедрения ресурсосберегающих технологий; частичного аккумулирования средств в амбулаторно-поликлиническом звене; внедрения внутри- и межучрежденческих расчетов и др.;

- определить публичные обязательства государства в сфере здравоохранения и объемы финансовых средств, необходимых для их полного обеспечения.





РЕАЛИЗАЦИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА КАК ОТРАБОТКА МЕХАНИЗМОВ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В Москве 22 августа 2007 года под председательством Вр.и.о. Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубова прошло совещание Минздравсоцразвития России по обеспечению реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения



В своем приветствии к участникам совещания Вр.и.о. Министра здравоохранения и социального развития Российской Федерации В.И. Стародубов подчеркнул, что пилотный проект необходимо как научно-практическое и методологическое обоснование направлений и принципов реформирования всей системы здравоохранения, которые в ближайшее время будут представлены руководству страны. Поставлены достаточно масштабные задачи. Поскольку три года назад предложения по созданию новой законодательной базы здравоохранения не нашли поддержку у экономического блока правительства, Министерство здравоохранения и социального развития начало реализовывать отдельные программы, среди которых — реформирование субъектового уровня системы здравоохранения, предполагаемое в 2008–2010 гг. Для его осуществления предстоит оценить возможности использования частичного или полного фондодержания, новых систем оплаты труда, обосновать размер страхового взноса на работающее население для разработки системы учета, поступление средств ОМС, обосновать объемы финансирования, необходимые для реализации программы государственных гарантий.

Директор Департамента развития медицинской помощи и курортного дела Минздравсоцразвития России Г.Ч. Махакова в своем выступлении подчеркнула, что **конечной целью пилотного проекта является создание единой системы учета объемов медицинской помощи в системе здравоохранения**, ориентация на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС; обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи; осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому норма-



Рис. 1. Развитие учреждений здравоохранения в условиях pilotного проекта

тиву, создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов; реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда.

Г.Ч. Махакова отметила, что сегодня в системе здравоохранения работают несколько видов учреждений по форме собственности (государственные, муниципальные, автономные, частные) и по условиям оказания медицинской помощи (стационарные, амбулаторно-поликлинические, смешанные) и представила видение Минздравсоцразвития России сценариев развития учреждений здравоохранения в условиях проекта (рис. 1).

На сегодняшний день финансирование медицинских учреждений является многоканальным: 61% средств поступает из бюджета всех уровней и 39% из средств ОМС. Идеальной же пропорцией следует считать 25% : 75%. (рис. 2, 3).

«Эти средства мы хотели бы направлять на оплату конкретных объемов медицинской помощи с учетом ее качества и достижения конечного



Рис. 2. Развитие механизмов финансирования учреждений здравоохранения в рамках pilotного проекта



Рис. 3. Финансирование ЛПУ



Рис. 4. Обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества



результата. То есть все в процессе оказания медицинской помощи должно быть нормировано и стать основой для бюджетирования, ориентированного на конечный результат.

Мы должны увидеть отдельные категории застрахованных граждан, чтобы иметь возможность дифференцировать расходы на застрахованного. Стандарт оказания медицинской помощи — это объем прав гражданина. Выполняя его, государство реализует свои обязанности перед гражданином. Конечный результат — это тот люфт, который мы должны иметь при подсчете объемов финансирования здравоохранения. Критерии вы можете разработать сами, вопрос обсуждаемый. Идентифицируя врача как поставщика медицинской услуги, вы можете разрабатывать систему оплаты его труда».

«Что дает учет объемов? Государство может определить объем своих обязательств перед населением, определить минимальный размер платежа на работающих граждан,

который мы можем предъявить работодателю. Плюс — планирование сети учреждений здравоохранения: свертывание одних коек, развертывание других (рис. 4).

Одновременно с этим мы внедряем стандарты оказания медицинской помощи, то есть определяем объем прав гражданина с конкретным заболеванием. Для реализации этого стандарта лечебное учреждение должно соответствовать стандарту оснащения. Поэтому медицинское учреждение должно быть аккредитовано, и мы потребуем соответствующей квалификации медработников, которые эту медицинскую помощь оказываю. Сегодня процесс присвоения категории медицинскому работнику в значительной степени утратил свою основную функцию. Мы должны перейти к сертификации и лицензированию медицинских работников (рис. 5) и к созданию правового поля взаимоотношений пациента и системы здравоохранения для обеспечения защиты прав пациента» (рис. 6).



Рис. 5. Развитие и совершенствование законодательства в сфере здравоохранения



Рис. 6. Развитие и совершенствование законодательства в сфере здравоохранения



Таблица 1

Перечень законодательных и нормативных актов Российской Федерации, касающихся развития и совершенствования законодательства в сфере здравоохранения, с определением законодательных актов Российской Федерации, подлежащих к принятию в первоочередном порядке

№	Вид акта	Название акта	Срок внесения в Правительство РФ
1.	Проект федерального закона	«О государственных гарантиях в сфере здравоохранения»	2009 г.
2.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон от 03.11.2006 №174-ФЗ «Об автономных учреждениях»	2010 г.
3.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 №145-ФЗ»	2010 г.
4.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон от 08.08.2001 №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»	2010 г.
5.	Проект федерального закона	«Об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников»	2011 г.
6.	Проект федерального закона	«О защите прав пациентов»	2012 г.
7.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»	2013 г.
8.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в Налоговый кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 №146-ФЗ» в части уточнения норм по налогообложению субъектов правоотношений в системе обязательного медицинского страхования	2010 г.
9.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»	2013 г.
10.	Проект федерального закона	«Об обязательном медицинском страховании»	2014 г.
11.	Проект федерального закона	«О внесении изменений и дополнений в основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1»	2015 г.



Таблица 2

**Учреждения здравоохранения,
участвующие в pilotном проекте в субъектах РФ**

Субъект РФ	Учреждения здравоохранения (на условиях предоставления грантов)			
	Всего	Поликлиники (в т. ч. стоматологические)	Родильные дома	Перинатальные центры
Свердловская обл.	63	-	-	-
Респ. Татарстан	16	-	-	-
Тверская обл.	10	-	-	-
Пермский край	27	-	2	-
Ростовская обл.	29	1	-	-
Астраханская обл.	7	(1)	-	-
Краснодарский край	20	-	-	-
Ханты-Мансийский АО	41	-	-	-
Субъект РФ	Учреждения здравоохранения (на условиях софинансирования)			
	Всего	Поликлиники (в т. ч. стоматологические)	Родильные дома	Перинатальные центры
Белгородская обл.	49	9 (6)	-	-
Владимирская обл.	75	5	3	-
Вологодская обл.	48	1	3	-
Калининградская обл.	61	18 (5)	4	-
Калужская обл.	44	6	1	-
Ленинградская обл.	48	-	1	-
Томская обл.	13	-	-	-
Хабаровский край	63	6 (2)	2	-
Респ. Чувашия	62	4 (4)	-	3

По результатам реализации проекта предполагается выработать предложения по целому ряду законодательных инициатив (табл. 1).

Начальник управления модернизации системы ОМС ФФОМС Л.А. Габуева рассказала о порядке взаимодействия участников试点ного проекта в условиях одноканального финансирования преимущественно через систему ОМС. Этот порядок определяют следующие нормативные документы (см. полный текст в приложении к журналу):

- Федеральный закон № 243-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2007 год» от 19 декабря 2006 года (в редакции Федераль-

ного закона № 35-ФЗ от 13 марта 2007 г.).

- Постановление Правительства РФ № 296 «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации试点ного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации» от 19 мая 2007 года.

- Приказ Минздравсоцразвития России от 25 мая 2007 года № 360 «О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 года № 296 «Об утверждении правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъек-





так Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации» (зарегистрирован в Министерстве России 1 июля 2007 года, № 9579).

• *Письма Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 июня 2007 года № 5054-ВС и от 2 августа 2007 года № 5885-РХ*, разъясняющие отдельные вопросы реализации пилотного проекта.

• *Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 151 «О мониторинге пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения» от 16 июля 2007 года* (зарегистрирован в Министерстве России 7 августа 2007 года, № 9970).

• *Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 164 «Об утверждении порядка формирования и предоставления реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи» от 3 августа 2007 года* (на гос. регистрации).

Л.А. Габуева отметила, что выбор ЛПУ, участвующих в пилотном проекте, их количества в каждом субъекте решен по-разному (табл. 2).

Докладчиком было подчеркнуто, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации средства, предусмотренные на реализацию пилотного проекта, направляются *сверх средств*, предусмотренных на финансирование учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, за счет бюджетов всех уровней и иных источников, а также средств, выделяемых на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с соглашением между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, высшим органом исполнительной власти

субъекта Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования об условиях реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, типовая форма которого утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 360 от 25.05.2007 г., субъект Российской Федерации **принимает на себя обязательство участвовать в софинансировании пилотного проекта** путем принятия субъектом Российской Федерации в установленном порядке закона или иного нормативного правового акта, определяющего расходные обязательства субъекта Российской Федерации по софинансированию расходов в 2007 году в рамках реализации пилотного проекта.

Таким образом, субъект Российской Федерации должен был в бюджете субъекта Российской Федерации предусмотреть необходимые финансовые средства *сверх взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения* и целевым образом направить их в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования на софинансирование расходов по реализации пилотного проекта в субъекте Российской Федерации.

Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, выделяемые бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на реализацию в 2007 году пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и средства бюджета субъекта Российской Федерации, направляемые на софинансирование расходов по реализации пилотного проекта в субъекте Российской Федерации, аккумулируются в бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Механизм расходования аккумулированных средств бюджетом территориального фонда обязательного медицинского страхования определен постановлением Прави-



Таблица 3

Структура затрат на реализацию пилотного проекта

Статьи и подстатьи расходов	Базовая программа ОМС	По постановлению Правительства РФ №296 от 19.05.07	Возможные виды расходов (дополнительно)
Подстатьи:			
– 211	+	+	+
– 212	–	?	+
– 213	+	+	+
Статья 310:			
— медицинский инструмент	+	+	+
— медицинское оборудование	–	+	+ в соответствии с паспортом
Статья 340:			
— изделия медицинского назначения	+	+	+
— медицинский инструмент	+	+	+
— мягкий инвентарь	+	+	+
— стекло, химпосуда	+	+	+
— реактивы, химик.	+	+	+
— продукты питания	+	–	+
Подстатья 226	+	–	+ при введении фондодержания и межучрежденческих расчетах + за счет средств бюджетов всех уровней, если сверх установленного тарифом по ОМС размера
Подстатья 225	–	–	+ в части возмещения нарушений по вине медицинского учреждения, представительских расходов
Статья 290	–	–	+ в соответствии с требованиями МЗ и СР РФ и ФОМС
Статья 320	–	–	+ за счет средств бюджетов всех уровней, если сверх установленного тарифом по ОМС размера
Подстатья 225	–	–	+ за счет средств бюджетов всех уровней, если сверх установленного тарифом по ОМС размера

тельства Российской Федерации № 296 от 19.05.2007 г.

При этом следует отметить, что территориальный фонд обязательного медицинского страхования начинает оплачивать реестры счетов за оказанную медицинскую помощь учреждениям здравоохранения **только** в случае поступления средств из Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в размере 1/12) и бюджета субъекта Российской Федерации (в размере 1/12), направляемых на софинансирование расходов по

реализации пилотного проекта. В противном случае органы, осуществляющие функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, будут признавать использование указанных средств как нецелевое.

Оценка статистической сравнительной результативности достижения целевых показателей реализации пилотного проекта будет осуществляться по следующим направлениям:

- сопоставление результатов с данными формы 62 за 2006 г. и 2007 г. (отчетные старовые условия);





- сопоставление результатов с показателями, определенными в соглашениях (нормативное значение и его достижение);
- сопоставление ежемесячных результатов с аналогичными данными 2006 г. (динамика показателей).

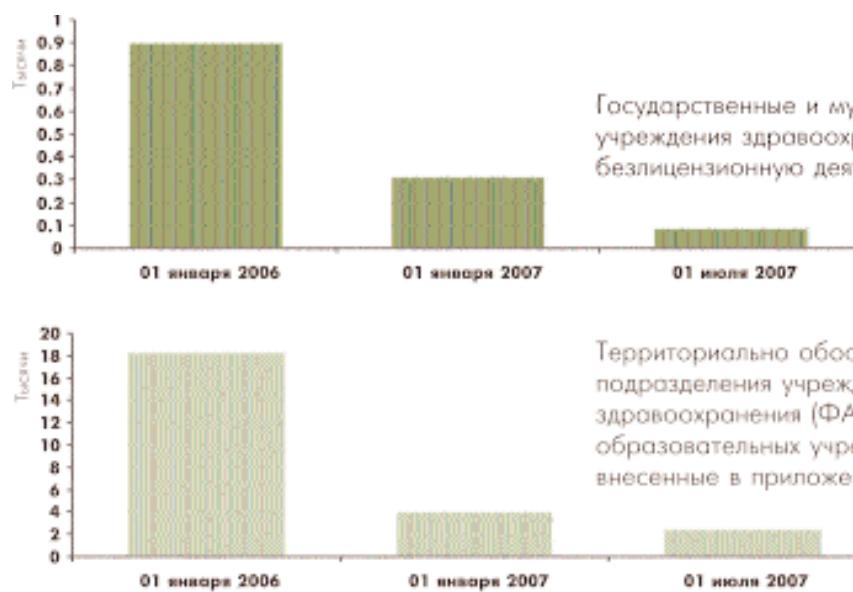
Сроки предоставления отчетности установлены постановлением Правительства № 296 от 19 мая 2007 г.

Средства, полученные учреждениями здравоохранения на реализацию пилотного проекта, расходуются на оплату труда медицинских работников, участвовавших в оказании медицинской помощи (в размере не ниже 40 процентов указанных средств с учетом объемов и качества оказанной медицинской помощи), а также на обеспечение медикаментами и оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения.

Л.А. Габуева представила также структуру тарифа ОМС и подходы к ее совершенствованию (табл. 3).

Для реализации пилотного проекта в 2007 году будут разработаны следующие документы.

- Методические рекомендации по порядку целевого и рационального расходования субсидий ФОМС, направленных территориальным фондам ОМС на реализацию пилотного проекта.
- Регламент проведения совместных проверок ФОМС и Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по реализации пилотного проекта.
- Порядок предоставления в 2007 году средств, предусмотренных на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта.
- Методические рекомендации по формированию тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы ОМС, в условиях перехода финансирования учреждений здравоохранения преимущественно к одноканальному финансированию через систему ОМС.



Наихудшее состояние дел в части соблюдения лицензионных требований и условий в амбулаторно-поликлинических учреждениях имеет место в Челябинской области, Алтайском крае, Красноярском крае, Республике Дагестан

Рис. 7. Количество государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, ведущих безлицензионную деятельность



- Соглашение об обмене информацией между ФОМС и ПФР по вопросам реализации постановления Правительства РФ № 296 от 19 мая 2007 г.

- Приказ Минздравсоцразвития России «Об утверждении форм и порядка предоставления отчетов об использовании средств, предусмотренных на реализацию pilotного проекта...» (на согласовании в Минфине России).

Начальник отдела координации деятельности территориальных управлений и приоритетных национальных проектов Росздравнадзора Е.Л. Никонов рассказал о Регламенте взаимодействия Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и ее территориальных управлений, ФФОМС, ТФОМС и органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации при осуществлении контроля за реализацией pilotного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Проект регламента предусматривает, что **территориальное управление Росздравнадзора**

- организует и проводит мониторинг основных индикаторов качества медицинской помощи в медицинских учреждениях, участвующих в реализации pilotного проекта, привлекая для этой цели информацию, имеющуюся в страховых медицинских организациях;
- на основе отклонений значений индикаторов качества медицинской помощи от их пороговых значений формирует перечень медицинских учреждений, в которых в следующем за отчетным месяце будет проведена проверка реализации pilotного проекта;
- согласовывает указанный перечень с ТФОМС с учетом результатов экспертизы качества медицинской помощи, проведенных страховыми медицинскими организациями;
- осуществляет совместные с ТФОМС и соответствующими страховыми медицинскими организациями выездные проверки деятельности медицинских учреждений, участвующих в реализации pilotного проекта;

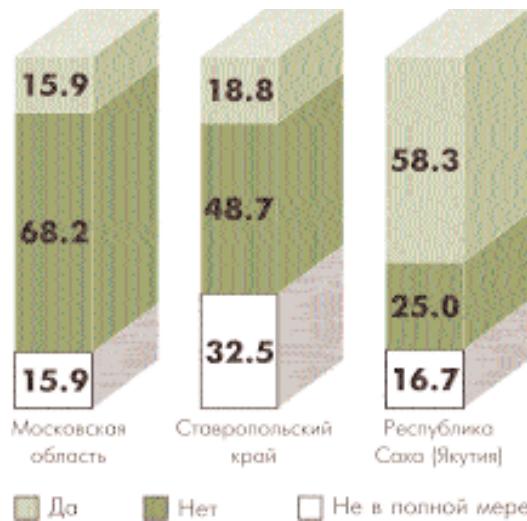


Рис. 8. Степень удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи в различных субъектах РФ

- представляет в ФОМС и Росздравнадзор соответствующие справки о проведенных в течение месяца проверках.

Росздравнадзор

- проводит совместно с ФОМС выездные проверки по оценке реализации pilotного проекта в субъектах Российской Федерации;
- осуществляет анализ информации, поступившей от ОУЗ, территориальных управлений Росздравнадзора, ТФОМС о ходе реализации pilotного проекта;
- ежемесячно готовит соответствующую справку о ходе реализации pilotного проекта и представляет ее в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

- запрашивает, при необходимости, в страховых медицинских организациях информацию об оказанной медицинской помощи в медицинских учреждениях и результаты проведенных медико-экономического контроля и экспертизы качества медицинской помощи.

Никонов отметил тенденцию неукоснительного сокращения количества государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, ведущих безлицензионную





Рис. 9. Изучение удовлетворенности организацией и качеством оказания медицинской помощи на конкретной территории

деятельность (рис. 7) и подчеркнул, что ключевым условием для обеспечения персонализированного учета услуг является строгое выполнение лицензионных требований и условий в учреждениях субъекта, участвующих в пилотном проекте. Безлицензионная деятельность оплачиваться не будет, по всем выявленным случаям материалы будут передаваться в правоохранительные органы.

Докладчик напомнил, что с 1 января 2008 года на территории ляжет задача приведения медико-экономических стандартов в состояние, соответствующее федеральным стандартам медицинской помощи (ФЗ № 258 от 29 декабря 2006 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий». Статья 6. Полномочия органов государственной власти субъекта Российской Федерации в области охраны здоровья граждан).

Говоря о достоверной оценке качества медицинской помощи, Никонов отметил, что, согласно результатам международных иссле-

дований, мнения пациентов (по данным социальных опросов) не всегда может рассматриваться в качестве объективного показателя. Так, доля пациентов, недовольных медицинской помощью в США, составляет 44%, в Канаде — 38%, в Великобритании — 31%, в Австралии — 36%. В различных субъектах РФ степень удовлетворенности респондентов качеством медицинского обслуживания в поликлинике по месту жительства (в %) колеблется в достаточно широком диапазоне (рис. 8). Поэтому изучение удовлетворенности организацией и качеством оказания медицинской помощи на конкретной территории должно проводиться по более сложному алгоритму (рис. 9).

Докладчик напомнил, что Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи вступил в действие 3 апреля 2007 года.

Подготовила Н. Куракова



Д.В. Пивень,

д.м.н., заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного института усовершенствования врачей

ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»: ПЕРВЫЕ УРОКИ

Как известно, реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» стала основным событием для здравоохранения Российской Федерации за последние 15 лет. В этой связи на страницах данного журнала постоянно появляются и ответы на конкретные вопросы, и комментарии к нормативным документам, и аналитические обзоры, так или иначе связанные с приоритетным национальным проектом. В субъектах федерации подведены в целом положительные итоги первого года его выполнения.

В то же время, учитывая, что прошло уже более полутора лет от начала реализации столь масштабных для отечественной службы охраны здоровья комплексных мер, направленных на ее поддержку и развитие, возникает необходимость не только в оценке эффективности различных компонентов проекта, но и в определении путей дальнейшего совершенствования деятельности здравоохранения. Это тем более важно, что приоритетный национальный проект «Здоровье» не будет продолжаться бесконечно и, следовательно, уже сегодня надо задумываться о функционировании отрасли в постпроектный период.

Полагаю, что уже сейчас не будет преждевременным остановиться на некоторых уроках, которые, на мой взгляд, необходимо извлечь из пока еще небольшого опыта выполнения приоритетного национального проекта «Здоровье». Кроме того, мне кажется, что настало время рассматривать национальный проект не только как простой комплекс мер, направленных на обновление и укрепление ресурсной базы отрасли, но и как необходимость формирования новых

организационных технологий, касающихся деятельности самых разных медицинских служб. В противном случае эффект от указанного обновления будет намного ниже ожидаемого. В этой связи в данной статье и предпринята попытка выявить и обосновать некоторые уроки приоритетного национального проекта «Здоровье», позволяющие определить ряд перспективных задач для совершенствования системы организации медицинской помощи.

В начале коснемся общих проблем управления, решение которых во многом зависит от федерального центра, так как именно там формируется необходимая нормативно-правовая база.

Сегодня только ленивый ничего не говорит о ее несовершенстве, и спорить с этим действительно достаточно сложно. В то же время не замечать позитивные изменения в этом направлении было бы так же несправедливо. Следует отметить, что приоритетный национальный проект «Здоровье», с одной стороны, индуцировал появление целого ряда новых, пусть и не всегда совершенных, нормативных документов, а, с другой стороны, сделал очевидным целый ряд других проблем, требующих адекватного нормативно-правового регулирования, что тоже неплохо.

Остановимся на разделе нормативно-правового регулирования подробнее. Очевидно, что роль Минздравсоцразвития в осуществлении данного регулирования возрастает прямо пропорционально усилинию централизации управления отраслью. При этом усиление вертикали управления здравоохранением происходит не только в

© Д.В. Пивень, 2007 г.



рамках общего укрепленияластной вертикали в стране, но и обусловлено другими объективными факторами:

— реализация единой государственной политики в сфере охраны здоровья населения, наконец-то, подкреплена серьезными централизованными материальными вложениями в отрасль в рамках того же национального проекта;

— предшествующий период «полной» самостоятельности регионального здравоохранения в абсолютном большинстве субъектов федерации, а тем более в муниципальных образованиях, практически не обеспечил прорывных организационных и финансовых решений;

— наметилось критическое дистанцирование в понимании внутриотраслевых проблем и возможных путях их решения между профильными медицинскими службами в регионах и соответствующими головными федеральными медицинскими учреждениями;

— стал очевидным разрыв между быстро меняющимися потребностями практического здравоохранения в подготовке и повышении квалификации медицинских кадров и более консервативной системой их до- и последипломного обучения.

На этом фоне, безусловно, возрастают требования регионов к отраслевому министерству в первую очередь по качеству формируемой нормативно-правой базы. И именно в этой области в последние годы проявляются наиболее очевидные противоречия между деятельностью Минздравсоцразвития и ожиданиями региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, а также главных врачей. При этом, что особенно важно, указанные противоречия далеко не всегда являются следствием некачественных приказов, положений, инструкций и т.п., издаваемых на федеральном уровне. Наиболее часто это связано с переоценкой организаторами здравоохранения на местах возможностей и реальных полномочий Минздравсоцразвития, которая одновременно сопровождается недо-

оценкой их собственной роли в организации выполнения тех или иных задач.

Весьма показательным в этой части был прошлый 2006 год, когда многие представители регионов сетовали на отсутствие прав уменьшать размеры дополнительных выплат специалистам участковой службы за допущенные дефекты при выполнении своих обязанностей, а также по поводу отсутствия критериев эффективной работы участковых врачей и участковых медсестер. Но при этом с мест практически не было вопросов и предложений о том, как можно сегодня наиболее оптимально организовать деятельность участковой службы. Соответственно, на этом фоне еще большую актуальность приобрели такие вопросы: «Что должна и что реально может сделать в настоящее время участковая служба?» А ответы на них во многом зависят от организаторов здравоохранения регионального и муниципального уровня.

Чтобы не быть голословным, предлагаю рассмотреть это на примере одного из основных документов, регламентирующих деятельность участковой службы, — приказа Минздравсоцразвития РФ № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового» от 7 декабря 2005 г., утвердившего соответствующее Положение. Сразу оговорюсь, что при всех издержках данного документа, часть из которых будет отмечена ниже, в целом считаю его достаточно удачным и вполне приемлемым для общего руководства к действию участковой терапевтической службы страны.

В пункте 6 Положения об организации деятельности врача-терапевта участкового перечислены основные обязанности, которые должен выполнять участковый терапевт. При первом прочтении указанных обязанностей ничего особенного и принципиально нового в глаза не бросается. Тем не менее, риску утверждать, что в современных условиях со стороны региональных, муниципальных органов управления здравоохранением, главных врачей амбулаторно-поликлинических учреж-



дений (подразделений) необходим более глубокий подход к анализу указанных обязанностей, в первую очередь для того, чтобы оценить имеющиеся у участкового терапевта возможности для многосторонней эффективной деятельности и условия для их выполнения.

Попробуем предложить алгоритм этой работы на примере анализа п. 6 Положения об организации деятельности врача-терапевта участкового.

В первом дефисе п. 6 данного Положения отмечено, что участковый терапевт формирует врачебный (терапевтический) участок из прикрепленного к нему населения. В то же время в пункте 7 Порядка организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 584 от 04.08.2006, сказано: «Распределение населения по врачебным участкам осуществляется руководителями амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан». Таким образом, не совсем ясно, что означает для участкового терапевта обязанность формировать врачебный (терапевтический) участок, когда руководитель учреждения по целому ряду признаков уже распределил население по участкам. Но не будем ловить за руку Минздравсоцразвития на нестыковке двух указанных выше документов. Важно то, что при формировании врачебных участков, прежде всего, должны учитываться «конкретные условия оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан». В свою очередь **увидеть, выделить эти условия, обсудить их со специалистами участковой службы** и является задачей в большей степени именно организаторов здравоохранения, а не участковых терапевтов.

Далее п. 6 Положения об организации деятельности врача-терапевта участкового гласит, что врач-терапевт участковый «осуществляет санитарно-гигиеническое образование, консультирует по вопросам формирования здорового образа жизни». Безусловно, указанное направление деятельности участкового терапевта весьма необходимо и вполне реализуемо в процессе его повседневной работы с обслуживаемым населением.

А вот следующий раздел работы участкового терапевта, в соответствии с которым он «осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска, организует и ведет школы здоровья», на наш взгляд, требует конкретизации на местах.

Во-первых, что значит «осуществляет профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости»? Чем отличаются указанные мероприятия от санитарно-гигиенического образования и консультаций по вопросам формирования здорового образа жизни, то есть от тех мер, которые участковый терапевт обязан проводить в соответствии с предыдущим пунктом? Очевидно, для того чтобы требовать от участкового врача проведения профилактических мероприятий и ожидать снижения заболеваемости, руководители амбулаторно-поликлинических служб должны сами хорошо представлять и эти отличия, и технологию этой работы. Вероятно, конкретизировать данное направление деятельности участкового врача-терапевта можно только во взаимодействии с кабинетами и отделениями медицинской профилактики, четко определив, что должны делать участковые специалисты, а что специалисты подразделений медицинской профилактики, и поняв, как они при этом друг с другом взаимодействуют.

Во-вторых, со стороны организаторов здравоохранения требует конкретизации и «выявление ранних и скрытых форм заболеваний». Можно, конечно, ничего не конкретизировать, но это неизбежно приведет к тому, что участковые врачи-терапевты будут вынуждены заниматься тем, что не входит в их компетенцию.





тизировать и требовать от участкового терапевта выявления ранних и скрытых форм всех возможных заболеваний. Это было бы идеально, но едва ли возможно в реальной действительности. В данном случае администрации амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения) целесообразно сориентировать участкового врача на наиболее проблемные направления с учетом особенностей состояния здоровья обслуживаемого населения и возможностей местного здравоохранения. А предшествовать подобной ориентировке должен подробный анализ и состояния здоровья населения, и возможностей муниципального здравоохранения. При этом очевидно, что проведение указанного анализа должно осуществляться организаторами здравоохранения совместно со специалистами участковой службы. Это и **обюджетная учеба, и профилактика тех или иных дефектов**, которой, кстати, так не хватает.

В-третьих, как отмечено в этом же фрагменте Положения, врач-терапевт участковый осуществляет «выявление... социально значимых болезней и факторов риска». Казалось бы, это старая истина, но мы не можем игнорировать объективные перемены, произошедшие в развитии не только диагностических, но и организационных технологий в работе по выявлению социально значимых заболеваний и факторов риска. Да и группа социально значимых заболеваний сегодня значительно изменилась. Как известно, в соответствии с Постановлением Правительства РФ № 715 от 01.12.2004 в Перечень социально значимых заболеваний включен и сахарный диабет, и заболевания, сопровождающиеся повышенным кровяным давлением, факторы риска возникновения и закономерности распространения которых существенно отличаются от туберкулеза или ВИЧ/СПИД. Таким образом, для выявления и предупреждения каждой социально значимой нозологии участковый врач должен быть вооружен соответствующим алгоритмом действий и в первую очередь с учетом местных особенностей

(состояния здоровья населения, инфраструктуры здравоохранения, географических особенностей и т.д.). Иными словами по каждому социально значимому направлению необходима постоянная подготовка специалистов участковой службы, которая должна состоять не только из традиционных учебных мероприятий (циклов усовершенствования, краткосрочных семинаров) медицинских образовательных учреждений, но и постоянной учебы непосредственно в медицинском учреждении. При этом указанная учеба должна включать кроме проведения ЛКК постфактум и разбора результатов по итогам года, еще и **анализ текущей ситуации, постоянную отработку вопросов взаимодействия с подразделениями профильных медицинских служб**. Сегодня в российском здравоохранении именно проблемы в организации постоянной внутриучрежденческой учебы являются наибольшими при формировании системы непрерывного повышения квалификации медицинских кадров.

Следующая задача, сформулированная перед участковым терапевтом в п. 6 Положения, напоминает цитату из диссертации: «Изучает потребности обслуживаемого им населения в оздоровительных мероприятиях и разрабатывает программу проведения этих мероприятий». Полностью солидарен с Минздравсоцразвития в том, что такая задача необходима, но насколько готова участковая служба к ее выполнению? На данный вопрос можно, конечно, дать формальный ответ, что в программы подготовки участковых врачей в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» включены вопросы по организации здравоохранения. Действительно так и есть, и сделано это совершенно оправданно. В тоже время очевидно, что успешное выполнение данной задачи зависит от того, как организаторы здравоохранения амбулаторно-поликлинической службы смогут организовать ее выполнение на местах, то есть совместно с участковыми терапевтами изучать **потребности обслуживаемого населения** в



оздоровительных мероприятиях и разрабатывать программы проведения этих мероприятий. Не хочу бросить тень на организаторов здравоохранения, так как и сам отношусь к данной категории, но многие из нас не имеют четкого представления о данной работе. И дело зачастую совсем не в том, что необходимо просто повысить квалификацию. К сожалению, достаточно распространено мнение, что Положение об организации деятельности врача-терапевта участкового написано исключительно для последних, а организаторы здравоохранения выступают только в роли контролеров по его выполнению. Понять такую точку зрения можно, все мы хотим, чтобы жизнь у нас была проще и лучше, а тут еще раздражающим фактором является и неплохая добавка к зарплате специалистам участковой службы. Но объективности ради надо отметить, что в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» прежде всего укрепляется ресурсная база поликлиник. Следовательно, в первую очередь возрастает (или должна возрастать) и ответственность организаторов здравоохранения амбулаторно-поликлинической службы за ее эффективное использование.

Далее в Положении отмечено, что врач терапевт-участковый «осуществляет диспансерное наблюдение пациентов, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг в установленном порядке». Одной фразой обозначен огромный пласт деятельности участковой службы. Очевидно, что приоритетными направлениями данной работы сегодня является работа с пациентами, имеющими право на дополнительное лекарственное обеспечение, и мероприятия по дополнительной диспансеризации работающего населения. В настоящее время указанные направления, в отличие от многих других, достаточно подробно регламентированы многочисленными федеральными документами, но при этом стали очевидными, как минимум, две другие большие проблемы. Во-первых, вероятно в подобной регламентации

на федеральном и, прежде всего, на местном уровне нуждаются и другие составляющие деятельности участкового-терапевта. Во-вторых, детализация обязанностей неизбежно приводит к увеличению их количества и повышает требования к качеству их выполнения. В этой связи не может не вставать вопрос о физических возможностях специалистов участковой службы по эффективному выполнению возложенных на них обязанностей.

Не могу не обратить внимание и на то, как изложены в Положении обязанности участкового врача-терапевта по решению лечебных и диагностических задач. Врач-терапевт участковый «организует и проводит диагностику и лечение различных заболеваний и состояний, в том числе восстановительное лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому». Совершенно справедливо отмечено, что участковый врач прежде всего **организует** диагностику и лечение. Именно решение организационных задач в первую очередь и предполагает Положение об организации деятельности врача-терапевта участкового.

Это наглядно демонстрирует и целый ряд других пунктов Положения, свидетельствующих о том, что участковый врач-терапевт «организует и проводит противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке; организует совместно с органами социальной защиты населения медико-социальную помощь отдельным категориям граждан: одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным, нуждающимся в уходе; руководит деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего первичную медико-санитарную помощь; ведет медицинскую документацию в установленном порядке, анализирует состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность врачебного участка». Безусловно, каждая из указанных организационных задач также должна быть четко конкретизирована в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении и подразделении.





Не менее важные организационные задачи следуют и из того, что в соответствии с рассматриваемым Положением участковый терапевт «взаимодействует с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями». Очевидно, что организаторы здравоохранения амбулаторно-поликлинического учреждения, подразделения должны совместно с участковой службой четко определить с какими организациями, по каким проблемам, на основании чего и как должны взаимодействовать участковые врачи и медсестры.

И еще на одну важную позицию в Положении хотелось обратить внимание читателя. Участковому врачу-терапевту предписано оказывать «неотложную медицинскую помощь пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому». Так как тема разграничения понятий неотложной и скорой помощи обсуждается достаточно давно, а из Положения следует, что организаторы здравоохранения и участковая служба должны с этим четко определиться, позволю себе кратко остановиться и на данном непростом вопросе.

Федеральным законом № 258-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием разграничения полномочий» от 29 декабря 2006 г. в том числе внесены дополнения и изменения в Основы законодательства об охране здоровья граждан. В указанном законе даны определения, что такая скорая и неотложная медицинская помощь: «скорая медицинская помощь оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях, других состояниях и заболеваниях)», а «неотложная медицинская помощь оказывается гражданам медицинским персоналом амбула-

торно-поликлинических учреждений муниципальной системы здравоохранения при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний, не требующих срочного медицинского вмешательства». Проще говоря, экстренная медицинская помощь необходима в срочных клинических ситуациях, а неотложная помощь — в тех случаях, когда ее можно отложить. Написать подобное в законе мог только тот, кто никогда не занимался лечением больных или уже забыл, что это такое. А что же делать на уровне поликлиники? Очевидно, что понятия «скорая» и «неотложная» медицинская помощь можно разделять лишь по формальным признакам, то есть на бумаге, а на практике это неизбежно приведет к нарушению прав пациента и уголовной ответственности врача.

Теперь, уважаемый читатель, с учетом проведенного анализа обратимся к урокам, которые, наш взгляд, необходимо извлечь из опыта реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» в части совершенствования деятельности участковой службы.

Первое. Сегодня в деятельности участкового врача-терапевта объективно преобладает решение **организационных**, а не клинических задач. Причем, доля организационных задач значительно увеличилась в связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье». И основная задача на ближайшие годы — совершенствовать именно организационные функции участковой службы. Следует отметить, что **по обилию и разнообразию возложенных на него организационных функций участковый врач уже опережает многих организаторов здравоохранения**, и при этом он сам является (или должен являться) их непосредственным исполнителем, имея только одно подчиненное лицо — участковую медсестру.

Второе. В связи с преобладанием в деятельности участкового врача организационных задач должны быть:

— тщательно проанализированы и переработаны программы до- и посл дипломной



подготовки специалистов участковой службы, которые во многом не соответствуют специфике выполняемых на участке функций;

— сформированы более гибкие подходы к структуре и деятельности других врачей-специалистов на этапе первичной медико-санитарной помощи, учитывающие **объективные процессы специализации** медицинской помощи.

Третье. Усилениеластной вертикали в отрасли должно сопровождаться четкими **постановочными задачами** перед региональными и муниципальными органами управления здравоохранения, перед главными врачами медицинских учреждений по конкретизации направлений деятельности тех или иных медицинских служб *с учетом местных особенностей*. Совершенно очевидно, что многие приказы, порядки и положения, утверждаемые Минздравсоцразвития, определяют и могут определять только общие задачи, и не могут учитывать самую разную специфику, в которой действуют амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения).

Четвертое. Проведенный выше анализ Положения об организации деятельности врача-терапевта участкового наглядно показывает, что при сегодняшней нагрузке на терапевтическом участке в 1700 человек все прописанные в Положении обязанности не могут выполняться в полном объеме и с надлежащим качеством. Если в прошлом году мы с оптимизмом наблюдали приток специалистов на участки, то сегодня нельзя не отметить, что появилась и другая, очень опасная, тенденция ухода специалистов из участковой службы, прежде всего, связанная с огромным объемом работы. Первый вариант выхода из сложившейся ситуации — четкое определение перед участковой службой приоритетных задач на местах. Второй, и он неизбежен, — сокращение плановой численности обслуживаемого населения на терапевтических участках. Сейчас для большинства поликлиник это почти невозможно, так как численность населения на участке привязана к дополнительным выплатам по нацпроекту. В

этой связи было бы целесообразно по завершении приоритетного национального проекта «Здоровье» передать средства для дополнительных выплат специалистам участковой службы субъектам федерации, предоставив при этом право самостоятельно определять оптимальную численность обслуживаемого на участке населения.

И, наконец, **пятое.** Следует признать, что проблема разграничения понятий «скорая» и «неотложная» помощь в российском здравоохранении создана искусственно и преследует в своей основе **исключительно экономические интересы**, направленные на снижение затрат на оказание скорой медицинской помощи. Очевидно, что имеющаяся сегодня возможность у пациента самому определять: следует ли вызывать бригаду скорой помощи или врача из поликлиники — если уж и не всегда соответствует экономическим интересам отрасли, то, по крайне мере, в большей степени защищает права гражданина на получение качественной и доступной медицинской помощи. Еще раз повторюсь, что дифференцировать срочные клинические ситуации от неотложных можно только на бумаге, а на практике это неизбежно будет приводить к печальным последствиям, и никакой экономической целесообразностью оправдать это невозможно.

Считаю, что перечисленные уроки приоритетного национального проекта «Здоровье» в части деятельности участковой службы также следует отнести к его положительным результатам. Целесообразно проведение соответствующего анализа и по другим направлениями реализации проекта.

Данный материал, безусловно, является проблемным и вероятно вызовет неоднозначную реакцию как среди организаторов здравоохранения, так и у специалистов участковой службы. Если у кого-либо из читателей есть другое видение описанных проблем или другой опыт их решения, было бы интересно ознакомиться с ним на страницах журнала.





В.О. Флек, Д.А. Соколов,
г. Москва



ОЦЕНКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В 2006 ГОДУ. ЧАСТЬ 2

Начало см. в «МЗ» № 8, 2007

Впервые за последние 6 лет объемы медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, незначительно сократились с 0,457 в 2005 году до 0,456 в 2006 году. Объемы скорой медицинской помощи возрастали на протяжении последних трех лет и составили в 2006 году 0,342 (в 2005 году — 0,339).

Фактические и приведенные подушевые расходы по видам медицинской помощи за 2005–2006 гг. представлены в таблице 6.

Таблица 6

Подушевое финансирование Программы государственных гарантий в 2005–2006 гг. по видам медицинской помощи

(в рублях на одного жителя в год, по данным статистической формы № 62)

Виды медицинской помощи A	2005 год		2006 год	
	Фактический показатель 1	Приведенный показатель* 2	Фактический показатель 3	Приведенный показатель* 4
1. Скорая медицинская	177,3	148,1	234,8	196,2
2. Амбулаторно-поликлиническая	802,2	670,2	1017,5	850,0
3. Стационарная	1631,4	1362,9	2056,4	1718,0
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	77,7	64,9	95,8	80,0
5. Прочие медицинские и иные услуги	587,5	490,8	614,0	512,9
6. Итого	3276,1	2736,9	4018,5	3357,1

* без учета влияния районных коэффициентов

© В.О. Флек, Д.А. Соколов, 2007 г.



Таблица 7

Финансирование Программы государственных гарантий в 2005–2006 гг. по видам медицинской помощи

(в расчете на единицу объема медицинской помощи, по данным статистической формы № 62)

Виды медицинской помощи	2005 год		2006 год	
	Фактический показатель	Приведенный показатель*	Фактический показатель	Приведенный показатель*
A	1	2	3	4
1. Скорая медицинская	523,6	437,4	686,0	573,1
2. Амбулаторно-поликлиническая	94,1	78,6	119,3	99,7
3. Стационарная	536,9	448,5	685,1	572,3
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	169,9	141,9	210,3	175,7

* без учета влияния районных коэффициентов

В 2006 году фактический и приведенный показатели финансирования Программы в расчете на 1 жителя выросли по сравнению с предыдущим годом на 22,7% и составили 4018,5 руб. и 3357,1 руб. соответственно. Наиболее существенно увеличилось подушевое финансирование скорой медицинской помощи (на 32,5%). Подушевые расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь возросли на 26,8%, стационарную — на 26,1%, медицинскую помощь в дневных стационарах — на 23,3%.

Фактические и приведенные показатели стоимости единиц объемов медицинской помощи в 2006 году увеличились по всем видам, но не достигли установленных финансовых нормативов (таблица 7).

Приведенный показатель стоимости одного вызова скорой медицинской помощи в 2006 году составил 573,1 рубля при нормативе 913,3 рублей (62,8% от норматива), одного пациенто-дня лечения в дневных стационарах — 175,7 рублей при нормативе 207,7 рублей (84,6%). Стоимость одного посещения амбулаторно-поликлинического учреждения в 2006 году составила 99,7

рублей при нормативе 100,5 рублей (99,2%), стоимость одного койко-дня в стационарах круглосуточного пребывания составила 572,3 рубля при нормативе 588,4 рублей (97,3%).

Фактические показатели реализации территориальных программ государственных гарантий по объемам и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи в 2006 году представлены в *приложении 1*.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь населению в рамках территориальных программ государственных гарантий, число посещений в 2006 году составило 1217,8 млн, что на 0,5% ниже по сравнению с 2005 годом (*таблица 8*).

Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь гражданам Российской Федерации в основном оказывалась в рамках территориальных программ ОМС — 1031,7 млн посещений (84,7% всех посещений).

На амбулаторно-поликлиническую помощь израсходовано 145,3 млрд рублей, из них 121,1 млрд рублей — средства ОМС (83,4% всех средств).



Таблица 8

Оказание и финансирование амбулаторно-поликлинической помощи гражданам Российской Федерации в рамках Программы государственных гарантий в 2005–2006 гг. (по данным статистической формы № 62)

Показатели	Источники финансирования								
	Муниципальный бюджет		Бюджеты субъектов Российской Федерации		Средства ОМС и бюджетов субъектов на ТПОМС		Всего		
	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число посещений за год	млн	128,3	104,8	83,2	81,3	1011,9	1031,7	1223,4	1217,8
	%	10,5	8,6	6,8	6,7	82,7	84,7	100,0	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	10,7	10,8	8,9	13,4	95,5	121,1	115,1	145,3
	%	9,3	7,4	7,7	9,2	83,0	83,4	100,0	100,0
Средняя стоимость одного посещения (руб.)		83,4	103,2	107,0	165,3	94,4	117,3	94,1	119,3

Таблица 9

Оказание и финансирование стационарной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в рамках Программы государственных гарантий в 2005–2006 гг.

(по данным статистической формы № 62)

Показатели	Источники финансирования								
	Муниципальный бюджет		Бюджеты субъектов Российской Федерации		Средства ОМС и бюджетов субъектов на ТПОМС		Всего		
	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число выбывших больных	млн	1,9	1,5	2,4	3,4	27,9	28,2	32,2	33,1
	%	5,9	4,5	7,5	10,3	86,6	85,2	100,0	100,0
Число койко-дней за год	млн	34,7	23,5	81,8	91,5	319,6	313,7	436,1	428,7
	%	8,0	5,5	18,7	21,3	73,3	73,2	100,0	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	15,4	15,0	44,6	56,6	174,2	222,1	234,2	293,7
	%	6,6	5,1	19,0	19,3	74,4	75,6	100,0	100,0
Средняя стоимость лечения одного больного (руб.)		8105,3	10007,1	18583,3	16698,2	6243,7	7871,4	7273,3	8871,9
Средняя стоимость одного койко-дня (руб.)		443,8	638,8	545,2	618,4	545,1	708,0	536,9	685,1
Средние сроки лечения (дней)		18,3	15,7	34,1	27,0	11,5	11,1	13,5	12,9



Таблица 10

Оказание и финансирование медицинской помощи в дневных стационарах гражданам Российской Федерации в рамках Программы государственных гарантий в 2005–2006 гг. (по данным статистической формы № 62)

Показатели		Источники финансирования							
		Муниципальный бюджет		Бюджеты субъектов Российской Федерации		Средства ОМС и бюджетов субъектов на ТПОМС		Всего	
		2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.	2005 г.	2006 г.
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Число выбывших больных	млн	0,4	0,3	0,3	0,6	5,0	5,3	5,7	6,2
	%	7,0	4,4	5,3	10,4	87,7	85,2	100,0	100,0
Число пациенто-дней за год	млн	4,9	3,2	6,6	7,9	54,2	54,0	65,7	65,1
	%	7,5	4,9	10,0	12,1	82,5	83,0	100,0	100,0
Объемы финансирования	млрд руб.	0,7	0,6	1,1	1,7	9,4	11,4	11,2	13,7
	%	6,3	4,6	9,8	12,2	83,9	83,2	100,0	100,0
Средняя стоимость лечения одного больного (руб.)		1750,0	2327,1	3666,7	2601,5	1880,0	2161,9	1964,9	2215,0
Средняя стоимость одного пациенто-дня (руб.)		142,9	201,9	166,7	211,8	173,4	210,6	169,9	210,3
Средние сроки лечения (дней)		12,3	11,5	22,0	12,3	10,8	10,3	11,5	10,5

Таблица 11

Структура расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий за 2001–2006 гг. (в процентах к итогу)

Виды медицинской помощи	2001 год	2002 год	2003 год	2004 год	2005 год	2006 год
	A	1	2	3	4	5
1. Скорая медицинская	5,5	6,7	6,0	6,3	6,6	6,9
2. Амбулаторно-поликлиническая	29,0	30,6	31,3	30,6	29,8	29,9
3. Стационарная	64,0	60,0	60,3	60,5	60,7	60,4
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	1,5	2,7	2,4	2,6	2,9	2,8
5. Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0





Средняя стоимость одного посещения составила 119,3 рублей (в 2005 г. — 94,1 рубль). Стоимость одного посещения медицинского учреждения субъекта Российской Федерации составила в среднем 165,3 рубля, а посещения медицинского учреждения муниципального образования — 103,2 рубля.

В 2006 году в стационарах пролечено 33,1 млн больных, из них 28,2 млн больных (85,2%) получили медицинскую помощь в рамках территориальных программ ОМС (таблица 9).

На лечение больных в стационарах израсходовано 293,7 млрд рублей, в том числе 222,1 млрд рублей из средств ОМС. Стоимость лечения одного больного составила в среднем 8871,9 рублей, что превысило соответствующий показатель 2005 года на 22%. Самым затратным было лечение одного больного в медицинских организациях субъектов Российской Федерации — 16 698,2 рубля в среднем.

В 2006 году в стационарах больными проведено 428,7 млн койко-дней (в 2005 году — 436,1 млн). В муниципальных больничных учреждениях этот показатель существенно снизился (с 34,7 млн в 2005 году до 23,5 млн в 2006 году). Средние сроки лечения одного больного составили 12,9 дней, в 2005 году — 13,5). Средняя стоимость одного койко-дня составила 685,1 рублей (в 2005 г. — 536,9 рублей).

В 2006 году в дневных стационарах пролечено 6,2 млн больных, большинство из которых проходило лечение в дневных стационарах в рамках территориальных программ ОМС — 5,3 млн больных (85,2%) (таблица 10).

Расходы на лечение больных в дневных стационарах составили 13,7 млрд рублей, из них 11,4 млрд рублей — средства ОМС (83,2% всех средств) и 2,3 млрд рублей — средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации (16,8%). Средняя стоимость лечения одного больного составила 2215,0 рублей.

В 2006 году в дневных стационарах больными проведено 65,1 млн пациенто-дней. Средняя длительность лечения одного больного в дневных стационарах составила 10,5 дней, причем в муниципальных медицинских учреждениях этот показатель ниже, чем в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации — 11,5 и 12,3 дней соответственно. Средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре составила 210,3 рублей (в 2005 году — 169,9 рублей).

Структура финансовых расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий в динамике за шесть лет представлена в таблице 11.

Структура расходов в 2006 году практически не изменилась по сравнению с 2005 годом, незначительно увеличилась доля расходов на скорую медицинскую помощь и амбулаторно-поликлиническую помощь.

Проведен анализ расходов из различных источников финансирования по видам затрат и видам медицинской помощи, предоставленной населению Российской Федерации в 2006 году (рисунок 5).

В структуре всех государственных расходов в 2006 году преобладали расходы на оплату труда с начислениями (57,6%). Прочие расходы составили 16,1%, расходы на медикаменты и перевязочные средства — 12,9%, оплату коммунальных услуг — 4,7%, продукты питания — 3,8%, капитальные вложения в основные фонды — 3,5%, оплату горюче-смазочных материалов — 1,0% и магний инвентарь и оборудование — 0,4%.

Анализ финансовых показателей реализации территориальных программ государственных гарантий позволил установить дефицит их финансирования в шестидесяти пяти субъектах Российской Федерации, который составил 60,4 млрд рублей. Наиболее дефицитными в 2006 году были территориальные программы в республиках Южного федерального округа: Ингушетии (56,2%), Дагестане (53,2%), Чеченской (50,9%), Кабардино-Балкарской (38,8%) и Северной Осетии-Алании



(31,1%). Значительный дефицит финансирования территориальных программ установлен также в Республике Хакасия (37,4%), Приморском крае (33,2%), Тамбовской области (31,3%), Курганской области (30,2%).

По результатам комплексной экспертной оценки все субъекты Российской Федерации распределены на четыре группы в зависимости от уровня реализации территориальных программ государственных гарантий (таблица 12).

К первой группе, с высоким уровнем реализации территориальных программ государственных гарантий, в 2006 году отнесены 10 субъектов, что составило 11,1% от общего числа субъектов — Москва и Санкт-Петербург, Липецкая, Московская область, Ленинградская, Самарская Ульяновская, Тюменская области, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа (в 2005 году таких субъектов насчитывалось 9).

Доля территорий с низким уровнем реализации территориальных программ государственных гарантий в 2006 году по сравнению с 2005 годом уменьшилась с 26,7% до 21,1%. К таким территориям относятся: Тамбовская, Ивановская, Курская, Архангельская, Мурманская, Астраханская, Волгоградская, Иркутская, Камчатская области, республики Карелия, Северная Осетия-Алания и другие субъекты Российской Федерации.

Одним из основных направлений реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения является обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

В течение 2006 года разработаны и внедрены стандарты оказания высокотехнологичной медицинской помощи, что позволило впервые в российской практике сформиро-

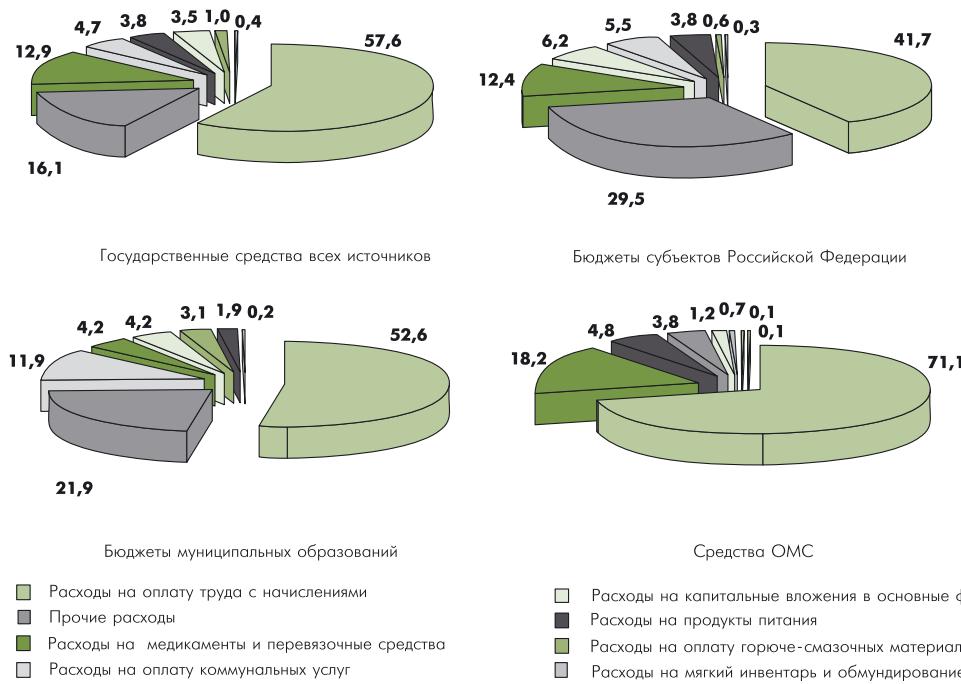


Рис. 5. Структура расходов государственных денежных средств из различных источников финансирования в 2006 году (в % к итогу)





Таблица 12

Распределение субъектов Российской Федерации в соответствии с комплексной оценкой уровня реализации программ государственных гарантий в 2004–2006 гг.

Группа A	Соответствие показателей нормативам, %	Субъекты Российской Федерации					
		2004 год		2005 год		2006 год	
		количество	%	количество	%	количество	%
1	2	3	4	5	6	7	
I	70–100	15	16,9	9	10,0	10	11,1
II	50–69	12	13,5	16	17,8	27	30,0
III	40–49	35	39,3	41	45,5	34	37,8
IV	менее 40	27	30,3	24	26,7	19	21,1
Итого	–	89	100,0	90 ¹⁾	100,0	90 ¹⁾	100,0

*) включая Байконур

вать «Листы ожидания» для учета потребностей субъектов Российской Федерации в высокотехнологичной медицинской помощи.

Ежеквартально в течение 2006 года Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации осуществлялась координация расходования средств федерального бюджета на высокотехнологичную медицинскую помощь, а в четвертом квартале была произведена корректировка среднепрофильных нормативов финансовых затрат (приказ № 543 от 18.07.2006). По 17 профилям среднепрофильные нормативы финансовых затрат были увеличены на 25%, а по профилям с наибольшим дефицитом финансирования (сердечно-сосудистая хирургия, гематология и трансплантология) — на 36%.

Для установления взаимодействия между главными распорядителями средств федерального бюджета, федеральными медицинскими учреждениями и органами управления

здравоохранением субъектов Российской Федерации в вопросах организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи при выполнении государственного задания, финансируемого за счет средств федерального бюджета, изданы «Методические рекомендации по организации выполнения государственного задания по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству и Российской академии медицинских наук» (№ 3604-ВС от 08.07.2006).

С целью мониторинга направления больных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и получения ими указанной помощи в федеральных медицинских учреждениях Министерством здравоохранения и



социального развития Российской Федерации введены формы медицинского статистического наблюдения (приказ № 527 от 07.07.2006) и установлено информационное взаимодействие федеральных медицинских учреждений с субъектами Российской Федерации.

В оказании высокотехнологичной медицинской помощи по государственному заданию принимали участие 95 федеральных медицинских учреждений, из них 63 подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию (в том числе 41 клиника научно-исследовательских учреждений, 12 многопрофильных клиник образовательных учреждений, 10 учреждений здравоохранения, из них 6 окружных медицинских центров), 24 подведомственных Российской академии медицинских наук (все клиники научно-исследовательских учреждений) и 8 подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству.

В 2006 году было установлено 128 тысяч квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, из них в федеральных медицинских учреждениях Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию — 84949 квот, Российской академии медицинских наук — 38169, Федеральному медико-биологическому агентству России — 4882.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации исходя из общего объема финансирования — 9,9 млрд рублей, направило на эти цели главным распорядителям средства федерального бюджета, Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию — 6,1 млрд рублей, Российской академии медицинских наук — 3,5 млрд рублей, Федеральному медико-биологическому агентству — 0,3 млрд рублей.

В ходе исполнения государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи главные распорядители средств федерального бюджета в порядке

контроля и мониторинга производили поквартальную корректировку плановых объемов финансирования федеральных медицинских учреждений по фактическому числу пролеченных больных по профилям высокотехнологичной медицинской помощи в предшествующем периоде.

Итоги исполнения плановых показателей оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению по федеральным округам представлены следующим образом: Центральный — 106,7%, Северо-Западный — 114,9 %, Южный — 63,1%, Приволжский — 66,6%, Уральский — 57,1%, Сибирский — 62,6 %, Дальневосточный — 55,3%.

По данным Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социальному развитию, наибольшее число больных, направленных на получение высокотехнологичной медицинской помощи составили больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями — 26,0%, онкологическими заболеваниями — 19,6%, заболеваниями глаз — 18,7% и заболеваниями травматологического профиля — 16,0%.

Следует отметить, что оказание высокотехнологичной медицинской помощи детям осуществлялось как в учреждениях исключительно педиатрического профиля (9 федеральных учреждений), так и в педиатрических подразделениях 46 федеральных специализированных медицинских учреждений по 20 направлениям и более чем по 200 видам высокотехнологичной медицинской помощи (в том числе офтальмологическая, онкологическая, нейрохирургическая, педиатрическая, сердечно-сосудистая хирургия и др.).

Около 3,0% детей ежегодно нуждаются в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, и эта тенденция сохраняется на протяжении ряда лет.

В 2006 году сотрудниками федеральных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь населению, разработаны и зарегистрированы около 30 новых высоких





медицинских технологий, некоторые из них включены в перечень высокотехнологичной медицинской помощи в 2007 году.

В 2006 году организована подготовка специалистов для Федеральных центров высоких медицинских технологий. Учреждениями науки и образования осуществлялось повышение квалификации и проводилась стажировка врачей по профилям запланированных к строительству и вводу в эксплуатацию в 2007 году центров высоких медицинских технологий, более 100 специалистов зачислено в ординатуру. Разработан также комплекс мероприятий по подготовке младшего медицинского персонала для работы в центрах высоких медицинских технологий.

Выводы

1. Анализ хода реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году показал, что все субъекты Российской Федерации реализовывали территориальные программы государственных гарантий в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 461 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год» от 28 июля 2005 года и иными нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федерального фонда ОМС.

2. В 2006 году отмечено значительное увеличение расходов федерального бюджета на реализацию программы государственных гарантий до 117,4 млрд рублей. В рамках

Программы государственных гарантий за счет средств федерального бюджета профинансираны дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, реализация мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по санаторно-курортному лечению, включая проезд к месту лечения и обратно, а также ОМС неработающего населения (детей).

3. Основными проблемами реализации Программы государственных гарантий в 2006 году являлись:

- дефицит финансирования, который составил по шестидесяти пяти субъектам Российской Федерации 60,4 млрд рублей;
- недофинансирование стоимости основных видов медицинской помощи в большинстве субъектов Российской Федерации и, в первую очередь, скорой, амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах;
- сокращение числа посещений муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений.

4. В 2006 году в целом по России отмечено улучшение основных показателей реализации Программы государственных гарантий. По результатам комплексной экспертной оценки несколько увеличилось число субъектов Российской Федерации с высоким уровнем и уменьшилось с низким уровнем реализации территориальных программ государственных гарантий.

5. В перспективе следует проводить оценку реализации Программы государственных гарантий не только с учетом объемов медицинской помощи и финансирования, но и показателей ее качества и эффективности.



В.И. Перхов,

Российская академия медицинских наук

ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫМИ ВИДАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ИСТОРИЯ, ДЕЙСТВИТЕЛЬНОСТЬ, ПЕРСПЕКТИВЫ

25 декабря 1991 года М. Горбачев подписал Указ о сложении с себя полномочий Президента СССР.

В 19 часов 38 минут по московскому времени над Кремлем был спущен красный флаг СССР и поднят трехцветный флаг России.

Действующий в стране политический режим потерпел крах.

В основе этого краха лежали политическая дестабилизация, финансово-экономический кризис, обернувшиеся резким падением производства и уровня жизни населения.

Из письма советского школьника, отправленного в США 14 февраля 1991 года: «На прошлой неделе я стоял в ужасной очереди за мясом. Вы знаете, сколько я там стоял? Мне страшно вам сказать, но я стоял там 5,5 часа. У нас были очереди (как вы знаете), но они не были такими большими и мы не стояли в них за всем. Но теперь у нас очереди за всем, начиная от мяса и ботинок и кончая спичками и солью. Мы стоим за рисом, за сахаром, за маслом... И это бесконечный перечень... Мы стали похожи на животных. Если бы вы видели наших диких, сумасшедших и голодных людей в ужасных, диких очередях, вы были бы в шоке...»

Из письма Заместителя министра экономики СССР В.А. Дурасова 20 июня 1991 года в Кабинет министров СССР: «...Возникает необходимость в сложившихся чрезвычайных условиях принятия дополнительных мер [...] Для сокращения совокупного дефицита бюджетной системы до предусмотренного на текущий год уровня требуется приостановить реализацию социальных программ...»

Россия — наследница СССР — только к концу 1990-х годов смогла выйти из финансово-экономической депрессии, начать экономический рост, обеспечить устойчивое повышение уровня жизни, стабилизовать финансовое и внешнеэкономическое положение страны, возобновить в полной мере реализацию социальных программ.

Вместе с тем, всего менее одного года спустя после пережитого страной тяжелого кризиса платежного баланса в государственной финансовой системе, в Указе Президента Российской Федерации № 1137 «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» от 26.09.1992 Правительству Российской Федерации было поручено «преподумывать из республиканского бюджета Российской Федерации



целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, утверждаемых ежегодно Министерством здравоохранения Российской Федерации».

Так впервые в нормативной российской практике появился термин «дорогостоящая (высокотехнологичная) медицинская помощь» — вид медицинской помощи, финансируемый из федерального бюджета и отличающий федеральные специализированные медицинские учреждения, ее оказывающие, от других ЛПУ.

Вместе с тем, приведенные исторические материалы позволяют сделать предположение о том, что в основе решения о выделении отдельного вида медицинской помощи и дополнительных целевых государственных средств на ее оказание для федеральных медицинских учреждений лежали в основном не стремление решить существующие медико-демографические проблемы, а необходимость сохранить сети ведущих федеральных научно-исследовательских медицинских учреждений и клиник, оказавшихся, как и другие государственные ЛПУ, в катастрофической экономической ситуации из-за крушения финансовой системы страны.

Современное состояние финансовой системы страны позволило Правительству приступить к реализации крупномасштабной социальной программы совершенствования системы здравоохранения в Российской Федерации.

Минздравсоцразвития России разработан и реализуется приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения «Здоровье», который отражает основные направления модернизации здравоохранения на период до 2009 года.

Основные цели проекта: снижение смертности, инвалидности, заболеваемости; повышение доступности для населения и качества медицинской помощи; развитие профилактической направленности здравоохранения; повышение роли участковой службы (врача общей (семейной) практики, участковых — терапевта, педиатра), создание условий для

увеличения объема медицинской помощи на догоспитальном этапе; повышение удовлетворенности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

Вместе с тем, в реально сложившейся за последние 14 лет системе организации оказания населению за счет средств федерального бюджета высокотехнологичной медицинской помощи (далее — ВМП) накопилось не только много проблем, но и произошло немало перемен.

Часть этих проблем своими корнями уходят в 1992 год, когда федеральные клиники получили дополнительное финансирование из республиканского бюджета для решения в основном не медицинских, ориентированных на нужды пациента, вопросов, а финансово-экономических и хозяйственных проблем самих учреждений.

Безусловно, дополнительное финансирование, направленное на сохранение головных, имеющих мировое признание клиник страны, позволило избежать потерь в среде элитной (в смысле материально-технического и кадрового оснащения) системы федеральных клиник в период раз渲ла национальной экономики.

Выделенные целевые средства помогли федеральным медицинским учреждениям сохранить и продолжать развивать соответствующие мировым достижениям новые научные медицинские технологии.

Одновременно с этим многие федеральные специализированные медицинские учреждения до настоящего времени находятся в условиях, позволяющих им воспринимать и расходовать целевые средства федерального бюджета, предназначенные для оказания населению ВМП, как финансы, поступление которых гарантировано.

Зависимость размеров финансирования федеральных медицинских учреждений от результатов их деятельности, то есть от вида, объема и качества оказываемых ими медицинских услуг, в полной мере на сегодняшний день не реализована.



Подходы, позволяющие осуществить такую зависимость, применяются в системе обязательного медицинского страхования.

Вместе с тем, механизмы финансирования, используемые в действующей системе обязательного медицинского страхования, не могут применяться к федеральным медицинским учреждениям, так как разрабатывались для медицинских учреждений, имеющих прикрепленное население, которого, как известно, у федеральных клиник нет.

Кроме того, поступающие в федеральные специализированные медицинские учреждения вместе с целевыми средствами на ВМП средства ОМС используются как дополнительное финансирование по некоторым отдельным статьям расходов к ассигнованиям на текущее содержание учреждений, что приводит к двойному, а в некоторых случаях — тройному финансированию одних и тех же затрат при лечении одного и того же больного.

Подобная практика искажает также статистические базы данных.

Например, в 2003, 2004 и 2005 годах федеральные клиники, подведомственные РАМН, представили следующие отчетные данные (Табл. 1):

Коечный фонд клиник в 2003, 2004 и 2005 гг. составлял 10054, 10124 и 10159 койки соответственно.

При расчете среднегодовой занятости койки с учетом оказанных на возмездной основе объемов медицинской помощи и объемов помощи, оказанных клиниками в рамках выполнения территориальных программ ОМС, показатели среднегодовой занятости койки составят: 343,0 дней, 374,5 дней и 400,0 дней в 2003, 2004 и 2005 гг. соответственно.

Таким образом, в 2004 и 2005 годах показатели среднегодовой занятости одной койки превышают число дней в году, что доказывает наличие «двойного счета» пролеченных больных. Несопоставимость тарифов ОМС с реальными затратами федеральных клиник при осуществлении медицинской деятельности стимулирует это явление.

Кроме того, участие федеральных специализированных медицинских учреждений в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования создает условия для нецелевого расходования средств федерального бюджета в части возникновения практики субсидирования функций и расходных обязательств, установленных действующим законодательством для муниципальных и региональных бюджетов.

Таблица 1

Количество пролеченных больных по источникам оплаты и количество проведенных этими больными койко-дней

Источник оплаты	Число пролеченных (чел.)			Количество койко-дней (тыс.)		
	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Федеральный бюджет, всего:	138 528	153 608	155 387	2 497,4	2 738,4	2 662,0
в том числе целевые средства на дорогостоящую (высокотехнологичную) помощь	34 363	33 957	31 217	542,9	611,5	633,0
Средства на финансирование территориальных программ ОМС	32 274	37 035	44 442	571,3	630,5	756,6
Средства от оказания платных медицинских услуг	31 206	34 729	44 883	379,5	422,4	695,4
Всего:	202 008	225 372	244 712	3 448,2	3 791,3	4 114,0





В структуре расходов федеральных клиник на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи по экономическим статьям, расходы на приобретение дорогостоящих импортных лекарственных средств и изделий медицинского назначения составляют в среднем 70% (В.А. Солодкий, 2005).

С учетом сложившегося распределения доли иностранных и отечественных компаний на фармацевтическом рынке страны («Ремедиум», 2005), отсутствия конкурентоспособных отечественных эндопротезов, имплантов и имплантатов, существенная часть средств федерального бюджета, выделяемых в порядке финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, инвестируется в экономику зарубежных стран (*рисунок 1*).

Также до настоящего времени не вполне ясно, в какой мере вложенные в федеральные клиники средства способствуют созданию необходимых и доступных условий для охраны здоровья, снижения заболеваемости и предотвратимой смертности населения, максимального продления активной жизни граждан, нуждающихся в оказании медицинской помощи, основанной на последних достижениях современной науки и техники?

В настоящее время в структуре оказываемой населению в федеральных клиниках высокотехнологичной медицинской помощи более 70% составляют объемы помощи хирургического профиля.

Вместе с тем, следует учесть, что нет достоверных исследований, указывающих на то, что эффективность медицинского обеспечения повышается при более высоких показателях количества хирургических вмешательств.

Кроме того, дополнительные затраты могут быть связаны с последствиями самого хирургического вмешательства, включающими летальные исходы в результате ошибок и трогогенных осложнений.

Ряд проведенных исследований позволил прийти к выводу о том, что подготовка избыточного количества хирургов в сочетании с системой оплаты их труда за каждую операцию приводят к избыточному проведению операций при отсутствии явных показаний, что может иметь и отрицательные последствия.

Например, существуют очень разные показатели хирургических вмешательств в Канаде, США и Великобритании.

В 90-е гг. показатели холецистэктомии в Канаде составляли 600 на 100 тыс. населения, в США — 370 и в Великобритании 122 на 100 тыс. населения. Более высокие показатели операций желчного пузыря в Канаде и США объясняются, по всей видимости, большим количеством хирургов и зависимостью доходов врачей от количества проведенных операций, а также участием в оплате операций третьей стороны, то есть системы медицинского страхования. Применение более простой, дешевой, щадящей и менее

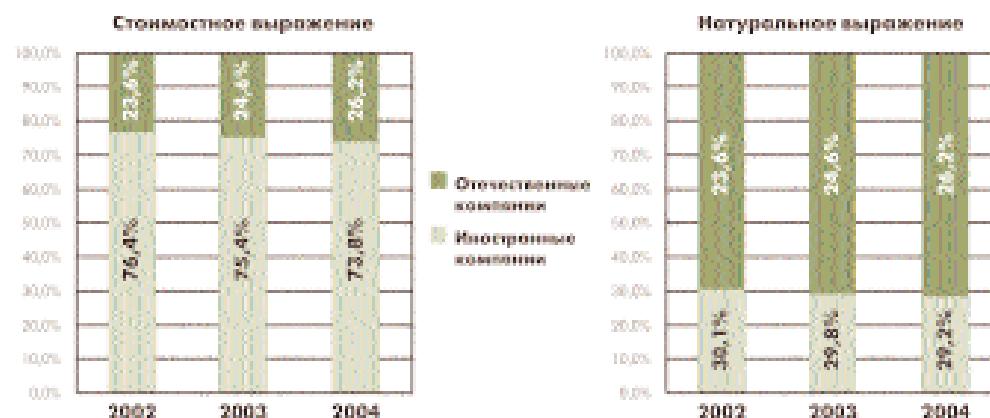


Рис. 1. Доля иностранных и отечественных компаний на фармацевтическом рынке



рискованной лечебной процедуры не дает ответа на вопрос, является ли она действительно необходимой.

В ходе реализации приоритетного нацпроекта «Здоровье» объемы целевого финансирования федеральных клиник, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь, растут. Например, средние расходы научных медицинских учреждений РАМН на одного пролеченного в 2006 году «дорогостоящего» больного составили почти 90 тыс. рублей, против 54,3 тыс. рублей в 2005 году (Табл. 2).

Таблица 2.

Расходы научных медицинских учреждений РАМН на одного пролеченного больного

Показатель	Отчетный период	Тыс. руб.	Коэффициент (2006/2005)
Расходы на 1 больного:	2005 год	54,33	1,65
	2006 год	89,74	
Финансирование	2005 год	1 931 087,60	1,80
	2006 год	3 468 214,40	

Растет и общественная обеспокоенность существенными затратами на высокотехнологичные и высокозатратные медицинские услуги.

В результате данная область оказалась под жестким контролем не только контрольно-ревизионных органов (Счетная Палата Российской Федерации, Минфин Российской Федерации), но правоохранительных.

В основе программ проверок лежит также экспертная оценка исполнения медицинскими учреждениями стандартов медицинской помощи.

Вместе с тем, анализ стандартов высокотехнологичной медицинской помощи указывает на их недостатки.

Методическими рекомендациями по организации выполнения государственного задания по оказанию высокотехнологичных видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в

федеральных специализированных медицинских учреждениях, подведомственных Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию, Федеральному медико-биологическому агентству, Российской академии медицинских наук, утвержденными 08.07.2006 г. (№3604-ВС) Заместителем Министра здравоохранения и социального развития России, определено: «Стандарт медицинской помощи – объем медицинской помощи, предоставляемой больному при определенной нозологической форме в соответствии с МКБ-Х, утвержденный приказами Минздравсоцразвития России и рекомендованный для федеральных специализированных медицинских учреждений при оказании ВМП. Стандарт медицинской помощи включает перечень диагностических и лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их применения, перечень используемых лекарственных средств с указанием разовых и курсовых доз, перечень дорогостоящих изделий медицинского назначения (включая имплантанты, эндопротезы и т.д.), перечень компонентов крови с указанием количества и частоты их использования». Указанные методические рекомендации определяют также основные функции стандарта медицинской помощи: «Стандарты медицинской помощи используются для расчета стоимости оказываемой медицинской помощи, а также могут применяться в целях установления требований к оказанию лечебных и диагностических услуг больным при определенных нозологических формах заболеваний и организации деятельности по контролю качества оказываемой медицинской помощи».

Утвержденные федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения стандарты медицинской помощи предназначены также для конкретизации и ограничения объемов медицинской помощи, оказываемой населению в рамках государственных гарантий.

Вместе с тем, утвержденные Минздравсоцразвития России стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях, которые рекомендованы к применению при оказании ВМП в федеральных специализированных





медицинских учреждениях конкретизируют преимущественно состав и объем не высокотехнологичной медицинской помощи, а обычной, рутинной помощи, состоящей из простых лечебных и диагностических медицинских услуг, проводимых без использования сложных и (или) уникальных медицинских технологий.

В стандартах медицинской помощи, утвержденных Минздравсоцразвития России все модели ведения пациента с оказанием высокотехнологичной хирургической помощи рассматривают операцию, как простую медицинскую услугу, без расшифровки «технологии» ее выполнения, указания перечня и кратности используемых медикаментов и расходных материалов.

Собственно, высокотехнологичная медицинская помощь представлена в документе одной строкой, содержащей наименование этой помощи из утвержденного Перечня ее видов и кратность ее оказания на 100 пациентов (в диапазоне от 0,1 до 1,0). Причем значение 1,0 в стандартах встречается редко.

Это означает, что медицинское учреждение может обоснованно отказать конкретному больному в оказании высокотехнологичной медицинской помощи со ссылкой на то, что именно этот больной в соответствии со спецификой состояния его здоровья не вошел в группу больных, которым стандартом гарантировано, например, имплантация за счет средств федерального бюджета кардиофертера-дефибрилятора при нарушении ритма сердца.

Следует также учесть, что более 70% расходов НИУ РАМН по оказанию населению ВМП составляют расходы на лекарственные средства, препараты крови, импланты, имплантаты и иные расходные материалы.

Вместе с тем, в утвержденных стандартах не указаны: лекарственная форма применения медикаментов, коды, торговые наименования или другие идентификаторы имплантов, имплантатов и иных дорогостоящих расходных материалов и изделий медицинского назначения, что не позволяет уточнить тот или иной элемент медицинской помощи и сущес-

твенно затрудняет анализ и сопоставление различных стандартов, проверку их выполнения, расчет их стоимости и т.д. Отсутствие признака альтернативности назначений элементов медицинской помощи практически не позволяет осуществлять автоматизированную проверку соответствия оказанной медицинской помощи стандарту, в том числе в части обоснованности назначения лекарств. Сейчас это особенно актуально в связи с трудно контролируемым ростом расходов на дополнительное лекарственное обеспечение населения (ДЛО).

В стандартах не указаны результаты лечения, которых предполагается достичь, используя стандарт. Нет требований к классности (оснащенности) медицинского учреждения, а также к кадровому составу.

Стандарты не содержат медицинских показаний (противопоказаний) к лечению, которые, по мнению автора, должны быть основаны на градации показаний к вмешательствам (например: группа I — вмешательство полезно и эффективно, основано на очевидности и/или общепринятых правилах. Группа II — показания, определяемые конкретной ситуацией у данного пациента. Результат вмешательства не ясен и/или есть расхождения в мнениях относительно эффективности и целесообразности вмешательства. Группа III — противопоказание (вмешательство не полезно, а в некоторых случаях может быть и вредным).

Медицинские услуги, медикаменты и расходные материалы и изделия медицинского назначения не подразделены на «основные» (применительно к «идеальному», неосложненному пациенту) и на «дополнительные» (в случае возникновения осложнений), а также на дорогостоящие (высокотехнологичные) и на обычные, рутинные.

Изложенные особенности утвержденных стандартов медицинской помощи существенно затрудняют: расчет стоимости оказываемой медицинской помощи; установление требований к оказанию лечебных и диагностических



услуг; организацию деятельности по контролю качества оказываемой медицинской помощи; конкретизацию и ограничение объемов медицинской помощи, оказываемой населению в рамках государственных гарантий.

Вместе с тем следует учесть, что если эксперты начнут описывать все возможные с их точки зрения осложнения, все возможные сочетания основного заболевания с сопутствующими, а экономисты просчитывать эти модели, то число вариантов стандартизованных моделей медицинской помощи превысит разумные пределы, а затраты на лечение пациента каждой отдельной модели могут оказаться непредсказуемыми.

РЕЗЮМЕ

В системе оказания высокозатратных видов медицинской помощи населению России за годы реформ произошли существенные перемены.

Главные перемены связаны со значительным, начиная с 2006 года, увеличением объемов финансирования системы из федерального бюджета, а также с созданием Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи.

Также, спустя 14 лет после того, как в нормативной российской практике впервые появился термин «дорогостоящая (высокотехнологичная) медицинская помощь», Минздравсоцразвития России приступил к реализации программы замещения затратного механизма финансирования федеральных специализированных медицинских учреждений, механизмом финансирования, основанным на установлении государственного задания.

Установление бюджетному учреждению государственного задания на услуги является формой финансирования, ориентированного на результат.

Бюджетное финансирование, ориентированное на результат, в отличие от затратного метода финансирования, позволяет определить стратегические цели и тактические задачи, более точно прогнозировать ожидаемые социально-экономические результаты

деятельности государственных учреждений и организаций посредством мобилизации ресурсов через соответствующие программы.

Отправной точкой финансирования, ориентированного на результат, является определение конечных результатов расходования бюджетных средств.

В этой связи, одной из задач, которую предстоит решить, является задача разработки количественно измеряемых и научно-обоснованных индикаторов и показателей, на основании которых можно достоверно судить о степени достижения целей, поставленных Правительством России в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, а также конкретизировать и корректировать установленные государственные задания на высокотехнологичную медицинскую помощь.

Успешное решение указанной задачи напрямую связано с проблемой мониторинга и экспертной оценки состава, а также результата и исхода оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи, которая до настоящего времени не разрешена.

Автор считает, что в основу процесса регламентации состава, исхода и результата оказания высокотехнологичной медицинской помощи необходимо закладывать (кроме методики формирования стандартов медицинской помощи при отдельных нозологических формах) методики создания т. н. «клинико-затратных групп» с использованием сведений о реальных случаях оказания медицинской помощи из реальных баз данных, накопленных медицинскими учреждениями.

Обостряется также проблема более активного участия отечественных производителей медицинской техники, изделий медицинского назначения и лекарственных средств в обеспечении указанными товарами медицинских учреждений, оказывающих населению высокотехнологичную медицинскую помощь, которую необходимо решать, прежде всего, путем увеличения качества, конкурентоспособности, а также уровня сервиса выпускаемой продукции.





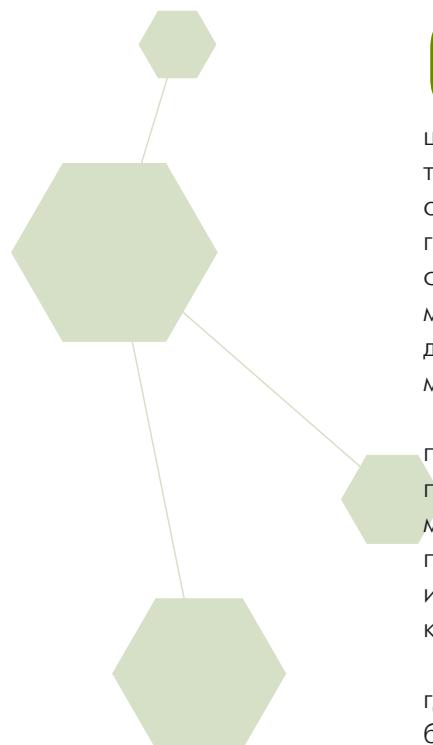
П.П. Кузнецов,

д.м.н., профессор, Кафедра организации здравоохранения с курсом медицинской статистики и информатики Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, г. Москва

А.П. Столбов,

д.т.н., Медицинский информационно-аналитический центр РАМН, г. Москва

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



одной из целей приоритетного национального проекта «Здоровье» является повышение доступности для населения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). В связи с этим полагаем целесообразным рассмотреть основные аспекты информационно-аналитического обеспечения планирования объемов ВМП, предоставляемой гражданам за счет бюджетных средств. Следует заметить, что сегодня пока еще не создана целостная, комплексная система планирования ВМП как составная часть программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью [2, 3, 4, 5].

Для определения информационных потребностей задач планирования ресурсов формальную модель системы обеспечения населения ВМП можно представить в виде системы массового обслуживания, которая описывается тройкой параметров, сопоставленных с определенным временным интервалом планирования, учета и отчетности (например, за календарный год):

$$S = \langle L, W, V \rangle,$$

где L — входной поток; представляется в виде количества больных, включенных в лист ожидания ВМП на начало интервала планирования (годовая потребность населения в ВМП); W — «медицинские» мощности по оказанию ВМП — суммарный производственный потенциал медицинских учреждений, выраженный количеством больных, которым может быть оказана ВМП при условии полного обеспечения финансовыми ресурсами;

V — плановый выходной поток; представляется в виде количества больных, ВМП которым обеспечена финансовыми ресурсами в соответствии с объемом средств, предусмотренных в бюджете на эти цели.

© П.П. Кузнецов, А.П. Столбов, 2007 г.



Следует заметить, что сегодня нет достоверных данных о реальных потребностях населения в ВМП. Определение величины L в Минздравсоцразвития РФ осуществляется путем обобщения заявок органов управления здравоохранением субъектов РФ, которые, в свою очередь, находят ее преимущественно эксперты путем, поскольку отсутствует утвержденная методика расчета L .

Вместе с тем, можно полагать, что $V < W < L$. То есть в настоящее время система S не сбалансирована. Дисбаланс между W и V в целом по федеральным специализированным медицинским учреждениям (ФСМУ) составляет около 75%. Именно это обстоятельство, с одной стороны, делает возможным применять сегодня сравнительно простые и грубые методы планирования ресурсов на основе неполных и недостоверных исходных данных, без учета эффективности их использования; а с другой стороны — требует усиления роли текущего контроля и администрирования, информационно-аналитического обеспечения мониторинга листов ожидания, показателей «план-факт», и делает необходимым введение процедур оперативного управления ресурсами с целью повышения эффективности их использования.

До последнего времени сбор данных от органов управления здравоохранением субъектов РФ о потребности населения в высокотехнологичных видах медицинской помощи осуществлялся с помощью бумажных документов. Единый формат представления указанных сведений (заявки на ВМП) утвержден не был. Свод и обработка указанных документов осуществлялись Росздравом, РАМН и Минздравсоцразвития России вручную. Федеральные специализированные медицинские учреждения представляли в Россздрав и аппарат РАМН (по принадлежности) табличную статистическую отчетную форму № 67 (была утверждена приказом Минздрава РФ и РАМН № 50/14 от 20.02.02, приказом № 259/19 от 06.04.05 в нее были

внесены изменения), а также форму № 62 (утверждена приказом Минздрава России и ФОМС № 524/58 от 13.11.03) в виде бумажных документов.

Научные медицинские учреждения РАМН представляли персонализированные сведения о пролеченных больных, а также статистические данные об их количестве по видам ВМП в аппарат РАМН на машинных носителях в виде файлов MS Excel. Данные кодировались в соответствии со справочниками и классификаторами, разработанными РАМН, с помощью специального программного средства.

Обработка — ввод данных с бумажных носителей в таблицы MS Excel, получение сводных данных, формирование различного рода справок, подготовка аналитических отчетов, печать и т.д. — осуществлялись медицинскими информационно-аналитическими центрами Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова Росздрава и РАМН соответственно.

Таким образом, единые стандарты форматов обмена данными о ВМП в электронном виде отсутствовали. Были регламентированы только организационные процедуры и бумажный документооборот. Информационное взаимодействие между органами управления здравоохранением и федеральными специализированными медицинскими учреждениями осуществлялось путем обмена бумажными документами с использованием почтовой связи, выдачи документов на руки больному и т.п. Электронные каналы связи для обмена документами практически не использовались.

Основным источником сведений для анализа и планирования ВМП являлась табличная отчетная форма № 67. Она представляется ФСМУ распорядителю средств федерального бюджета — Росздраву и РАМН (по принадлежности) — за 6 и 9 месяцев и по итогам года и содержит сведения о выполнении объемов высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета (перечислены графы таблицы):





- 1.** Наименование субъекта РФ, населению которого оказана ВМП.
- 2.** Код территории по ОКАТО.
- 3.** Наименование вида высокотехнологичной медицинской помощи.
- 4.** Код вида ВМП (в соответствии с приказом министерства).
- 5.** Число выполненных квот высокотехнологичной медицинской помощи, всего.
- 6.** В том числе детям.

Сводная отчетная форма представлялась Росздравом и РАМН в Минздравсоцразвития России.

Данная отчетная форма не обеспечивает возможность сбора в полном объеме данных, необходимых для анализа выполненных объемов и планирования высокотехнологичной медицинской помощи, поскольку содержит сведения о пролеченных больных только за счет средств федерального бюджета.

Анализ данных о высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в научно-клинических учреждениях РАМН за последние несколько лет, позволяет сделать следующие выводы:

- 1) продолжительность ожидания пациентами ВМП определяется прежде всего дефицитом финансовых ресурсов ($V < W$);
- 2) органы управления здравоохранением (ОУЗ) субъектов РФ не располагают полными и достоверными сведениями о реальной потребности жителей субъекта РФ в ВМП, поскольку учитывают только случаи обращения больных непосредственно в ОУЗ; данные о количестве жителей субъекта РФ, получивших ВМП за счет небюджетных источников финансирования в ОУЗ отсутствуют; в то же время, как уже отмечалось выше, можно полагать, что имеет место и дефицит медицинских мощностей ($W < L$);
- 3) ряд ОУЗ субъектов РФ не выбирают установленные квоты, а ФСМУ — не выполняют плановых заданий по ВМП; следует заметить, что систематический анализ причин этого до последнего времени практически не

проводился из-за отсутствия в отчетных формах необходимых сведений.

Данные о ВМП, оказанной медицинскими организациями, не подведомственными Росздраву, РАМН и ФМБА, сегодня так же отсутствуют как в ОУЗ, так и в Минздравсоцразвития России, агентствах и службах, и не учитываются при планировании.

До 2006 года единицей планирования и учета ВМП была так называемая квота, которая в совместном приказе Минздравсоцразвития РФ и РАМН № 259/19 от 06.04.05 определена как «единица объема дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи, предусмотренной Перечнем видов ВМП, предоставляемых за счет средств федерального бюджета..., являющаяся составной частью медицинской технологии либо имеющая самостоятельное законченное лечебное и(или) диагностическое значение». Для каждого профиля ВМП устанавливался норматив финансовых затрат на одну квоту. Планируемые объемы ВМП, предоставляемой за счет средств федерального бюджета для каждого субъекта РФ указывались в виде количества выделенных квот по каждому ФСМУ. При выписке больного из ФСМУ в органы управления здравоохранением направлялось уведомление о результатах лечения и о количестве использованных квот.

Начиная с 2006 года, единицей планирования и учета оказанной ВМП является пролеченный больной. Норматив финансовых затрат устанавливается для каждого профиля ВМП за пролеченного пациента. В связи с этим в настоящее время в состав утвержденных приказом Минздравсоцразвития России № 527 «Об утверждении медицинской документации мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи федеральными специализированными медицинскими учреждениями» от 07.07.2006 табличных отчетных форм № 67-ФСМУ-с и № 67-ОУЗ-с, представляемых ФСМУ и ОУЗ, включены следующие показатели, дифференцированные по профилям и видам высокотехнологич-



ной медицинской помощи, субъектам РФ и ФСМУ соответственно:

- число больных, направленных ОУЗ в ФСМУ, «всего» (графа 8) и «в том числе повторно» (графа 9), для ОУЗ — графы 6 и 7;

- число больных, получивших ВМП, «всего» (графа 10) и «в том числе детей» (графа 11), для ОУЗ — графы 10 и 11;

- фактические финансовые затраты на пролеченных больных за счет средств федерального бюджета, средств субъекта РФ и иных источников — графы 12, 13, 14 (только для формы ФСМУ);

- число отсроченных госпитализаций (графа 15) и число отказов в госпитализации (графа 16), аналогично для ОУЗ — графы 12, 13.

Кроме того, в состав указанных отчетных форм в качестве приложения включена таблица «Полицевые сведения», строки которой содержат фамилии, имена и отчества больных, наименования и коды субъекта РФ, места жительства, профиля и вида ВМП, число дней ожидания и фактические финансовые затраты на лечение — графы «средства федерального бюджета», «средства субъекта РФ» и «иные» (только для формы ФСМУ), а также признаки «госпитализация отсрочена», «в госпитализации отказано».

Следует заметить, что правила расчета перечисленных показателей в указанных отчетных формах, приведенные в приложениях к приказу № 527, недостаточно однозначны. Например, не formalизованы алгоритмы расчета показателей «число больных, направленных в ФСМУ, в том числе повторно» и «число отсроченных госпитализаций». Кроме того, требует уточнения и дальнейшей formalизации утвержденная министерством методика расчета фактических финансовых затрат на лечение больных [1]. Это позволит осуществлять достоверный анализ и сопоставление этих показателей для различных медицинских учреждений.

Таким образом, сегодня практически отсутствуют полные и достоверные данные как о потребностях в ВМП, так и о фактиче-

ски выполненных объемах ВМП в медицинских учреждениях всех форм собственности и ведомственной принадлежности, дифференцированных по видам ВМП, источникам оплаты и месту жительства больных. Процедуры подготовки данных о потребностях в ВМП, представляемых ОУЗ в Минздравсоцразвития России, недостаточно formalизованы и регламентированы и не обеспечивают достоверности этих сведений. В основном это обусловлено:

- отсутствием четко определенных алгоритмов и регламентов ведения листов ожидания ОУЗ;

- неупорядоченностью учета и отчетности по ВМП, оказываемой медицинскими организациями за счет различных источников оплаты;

- отсутствием данных о ВМП, оказанной гражданам в ведомственных медицинских организациях и учреждениях, финансируемых из бюджетов субъектов РФ;

- отсутствием единого центра сбора и обработки указанных сведений.

Отсутствие сводных листа ожидания и полицевых отчетных данных об оказанной больным ВМП, а также единой системы их идентификации не позволяет осуществлять достоверный анализ и прогноз потребности в ВМП, проводить контроль за порядком и сроками рассмотрения документов для направления пациентов на ВМП, обоснованностью расходов и возмещения затрат на медицинскую помощь за счет различных источников оплаты.

В 2006 году в Медицинском информационно-аналитическом центре РАМН по заказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации была разработана комплексная модель анализа и планирования высокотехнологичной медицинской помощи [6], в которой используются следующие основные исходные данные:

- а) об объеме финансовых средств, предусмотренных в федеральном бюджете и бюджетах субъектов РФ на ВМП;





б) о количестве больных в листе ожидания с дифференциацией по видам ВМП и месту жительства больных, отдельно по взрослым и детям;

в) о «медицинских» мощностях специализированных медицинских организаций, оказывающих ВМП, с дифференциацией по видам высокотехнологичной помощи;

г) о фактическом количестве пролеченных больных, с дифференциацией по видам ВМП, выполненным стандартам медицинской помощи, а также по источникам оплаты;

д) о стоимости оказанной ВМП, с дифференциацией по видам ВМП и стандартам медицинской помощи, а также по специали-

зованным медицинским учреждениям, с разбивкой по статьям расходов (стоимость медицинских услуг, лекарственных средств, имплантантов, имплантов и иных дорогостоящих расходных материалов).

В настоящее время на основе указанной модели в МИАЦ РАМН разработана первая очередь информационно-программного комплекса, обеспечивающего ведение и мониторинг листов ожидания и персонифицированный учет ВМП, автоматизированный сбор и обработку необходимых данных, выполнение расчетов, а также подготовку и ведение используемых для этого классификаторов и справочников.

Литература

- 1.** Номенклатура работ и услуг в здравоохранении. Утверждена Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации 12.07.2004 г.
- 2.** Перхов В.И. Проблемы организации оказания населению дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи в рамках реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения «Здоровье»//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 6. — С. 21–30.
- 3.** Перхов В.И. Сложившиеся тенденции планирования и управления объемами высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой населению на федеральном уровне//Менеджер здравоохранения. — 2006. — № 9. — С. 23–32.
- 4.** Солодкий В.А., Перхов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В. О формировании госзаказа на оказание высокотехнологичных и дорогостоящих видов медицинской помощи в федеральных специализированных медицинских учреждениях//Здравоохранение. — 2006. — № 3. — С. 15–27.
- 5.** Солодкий В.А., Перхов В.И., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Об учете гарантированной специализированной, в том числе дорогостоящей (высокотехнологичной), медицинской помощи, оказываемой в федеральных специализированных медицинских учреждениях//Здравоохранение. — 2006. — № 5. — С. 21–26.
- 6.** Столбов А.П., Кузнецов П.П., Какорина Е.П. Информационное обеспечение организации высокотехнологичной медицинской помощи населению//Под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. — М.: МЦФЭР, 2007. — 224 с. — (Библиотека журнала «Здравоохранение», 1-2007. — Библиотека ЛПУ).



В.А. Глущенкова,

начальник Управления организации медико-социальной помощи детям и матерям Росздрава

И.С. Цыбульская,

профессор, д.м.н., руководитель отделения охраны здоровья матери и ребенка ЦНИИОИЗ Росздрава

Л.П. Суханова,

д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения медицинской статистики и документалистики ЦНИИОИЗ Росздрава

ПРОБЛЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Актуальность проблемы перинатальной патологии определяется снижением репродуктивного потенциала и сохраняющейся в России депопуляцией — уменьшением рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого воспроизведения населения, а также снижением показателей здоровья и ростом заболеваемости детей.

Уровень и структура перинатальной смертности является одним из основных демографических показателей здоровья популяции и в то же время характеризует качество акушерской и неонатальной помощи.

Показатель перинатальной смертности в России в течение последних лет характеризуется устойчивым снижением — с 17,9% в 1990 г. до 10,2% в 2005 г., или на 43,0% (по данным Росстата). Уменьшение смертности детей первой недели жизни обусловило положительную динамику неонатальной и младенческой смертности в нашей стране.

Снижение показателя перинатальной смертности достигнуто преимущественно за счет уменьшения ранней неонатальной смертности с 8,9% до 4,49% (или на 49,6%) и в меньшей степени за счет снижения мертворождаемости — с 9,1% до 5,68% (или на 37,6%) за те же годы.

Соответственно в течение анализируемого периода удельный вес мертворожденных среди всех перинатально погибших увеличивался, и с 1997 г. показатель мертворождаемости превысил значение ранней неонатальной смертности.

Чрезвычайно важно, что в структуре мертворождаемости растет доля антенатально погибших плодов, достигшая в 2005 г. 80,3% среди всех родившихся мертвыми, что отражает, прежде всего, дефекты пренатального обследования беременных женщин. Следовательно, снижение мертворождаемости в стране происходит в результате снижения интранатальных потерь.

Характерна волнообразная динамика показателя антенатальной мертворождаемости, отражающая ситуацию в перинатальной службе в 90-е годы: уровень ее в России увеличился с 5,67% в 1991 г. до 5,91% в 1992 г. с последующим снижением и повторным подъемом показателя до максимального уровня 5,98–5,84% в 1997–1999 гг.

Доля антенатальных потерь в структуре всей перинатальной смертности устойчиво возрастает с 34,5% в 1991 г. до 50,1% в 2005 г. (с волнообраз-

© В.А. Глущенкова, И.С. Цыбульская, Л.П. Суханова, 2007 г.



ными колебаниями по годам), что свидетельствует о снижении качества наблюдения за беременной в динамике. Следовательно, основным резервом службы в настоящее время является улучшение пренатального обследования плода на популяционном уровне.

Важно отметить, что 87,5% случаев гибель плода до начала родовой деятельности наступает в условиях акушерского стационара, что свидетельствует о неблагополучной ситуации с пренатальной помощью в отделениях патологии беременных родовспомогательных учреждений.

Кроме того, при обсуждении проблемы качества первичной амбулаторной помощи беременным женщинам в регионах страны следует отметить, что предложенные стандарты обследования беременных в реальных условиях не всегда выполнимы из-за дорогоизны многих методов пренатального обследования. В то же время снижение антенатальной мертворождаемости является одним из основных резервов снижения перинатальной смертности в России.

Второй чрезвычайно важной проблемой перинатальных потерь в России, характерной для 90-х годов XIX века, является разноправленность динамики перинатальной смертности и ее компонентов среди доно-

шенных и недоношенных детей. Уровень перинатальной смертности недоношенных в акушерских стационарах (согласно статистической форме № 32) устойчиво снижается с 200,6% в 1991 г. до 84,3% в 2005 г., или в 2,4 раза — за счет уменьшения ранней неонатальной смертности в 2,7 раза (с 93,2% до 34,2%) и мертворождаемости в 2,3 раза (с 118,4% до 51,9%).

В то же время перинатальная смертность доношенных детей увеличилась с 1991 г. по 2005 г. на 15,4% (с 4,16 до 4,80%). При этом мертворождаемость доношенных плодов выросла с 1,50% до 3,04% за анализируемые 15 лет, причем не имеет тенденции к снижению в последние годы: 3,07–3,08–3,02–3,04%. Смертность доношенных детей первой недели жизни уменьшилась лишь на треть (на 33,4%). С 1995 г. мертворождаемость доношенных превысила уровень их смертности, и кривая мертворождаемости по существу определяет характер и динамику перинатальной смертности доношенных детей. Максимальные значения показателя перинатальных потерь доношенных (6,29–6,53–6,55%) были отмечены в 1995–1997 годах (рис. 1).

Парадоксальная динамика перинатальной смертности доношенных и недоношен-

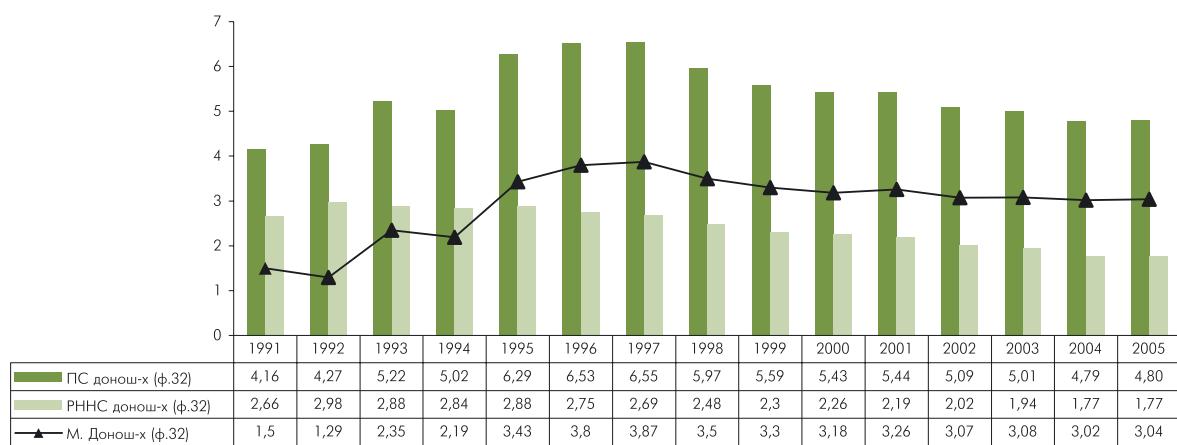


Рис. 1. Динамика перинатальной смертности (ПС) и ее компонентов — ранней неонатальной смертности — РНС (на 1000 родившихся живыми) и мертворождаемости — М (на 1000 родившихся живыми и мертвыми) среди доношенных плодов и детей в акушерских стационарах России в 1991–2005 гг.



ных детей свидетельствует о недостаточной организации перинатальной помощи при своевременных родах при чрезвычайно высокой концентрации внимания и ресурсов здравоохранения на невынашивании беременности и недоношенных детях, что отмечается ведущими педиатрами (Баранов А.А. с соавт., 1999). Известно, что родоразрешение женщин с недоношенной беременностью чаще проводится в стационарах высокого риска, располагающих современными лечебно-диагностическими технологиями, в то время как подавляющее большинство доношенных плодов и детей рождается в стационарах первого и второго уровня, не имеющих необходимого ресурсного обеспечения для предупреждения и устранения возникших при родоразрешении осложнений. Таким образом, противоположная динамика перинатальной смертности доношенных и недоношенных детей отражает, с одной стороны, существующий диссонанс в организации перинатальной службы — ухудшение качества акушерской и неонатальной помощи в общей сети родовспоможения (родильных домах, центральных районных больницах и т.д.),

число коек в которых составляет соответственно 46,8% и 31,0% от числа всех акушерских коек в стране.

Распространенный тезис о том, что уровень перинатальной смертности недоношенных выше в 17–20 раз в сравнении с таким у доношенных (тезис, явившийся основным доводом в пользу принимаемых организационных мер при проводимой «перинатальной революции») не выдерживает критики, поскольку число доношенных детей в популяции — 94–95% — в те же 17–19 раз выше числа недоношенных (5,4% в 2005 г.).

Соответственно отмеченной разнице в динамике перинатальных потерь детей различного гестационного возраста, доля доношенных среди всех перинатально погибших в течение анализируемого периода возросла в 2 раза (с 23,7% в 1991 г. до 48,6% в 2005 г.), причем среди мертворожденных темпы роста показателя оказались максимальными и достигли трехкратного значения (доля доношенных среди мертворожденных увеличилась с 16,0% до 49,3% за те же годы). Удельный вес доношенных среди умерших на первой

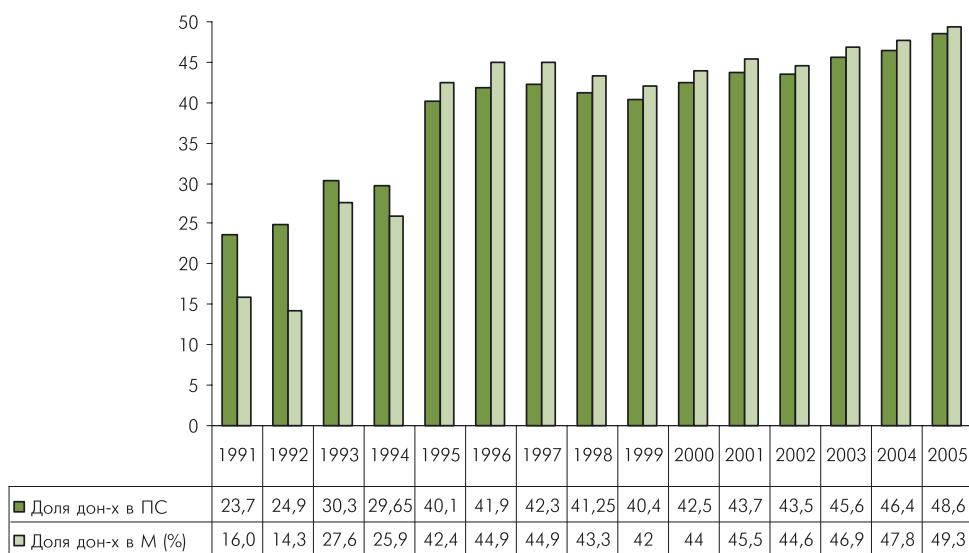


Рис. 2. Доля доношенных в перинатальной смертности (ПС) и мертворождаемости (М) в 1991–2005 гг. (% к общим потерям)





неделе жизни достиг значения 47,5%. Следовательно, каждый второй погибший в перинатальном периоде ребенок является доношенным.

При оценке динамики изучаемого процесса чрезвычайно тревожным является продолжающийся устойчивый рост удельного веса доношенных детей в структуре перинатальных потерь в течение 2000-х годов.

Совершенно очевидно, что отмеченная парадоксальная динамика структуры мертворожденных и умерших детей по сроку гестации (рост доли доношенных), а также по массе тела (рост среди умерших удельного веса более крупных детей в сравнении с «маловесными») может быть обусловлена недорегистрацией перинатальной смерти маловесных недоношенных детей.

В 80-х годах Минздравом СССР предпринимались активные меры для повышения достоверности показателя перинатальной, неонатальной и младенческой смертности. Приказ МЗ СССР № 1391 «О нарушениях в регистрации перинатальной смертности» от 21.10.1986 «...на основании проверки полноты и своевременности регистрации перинатальной смертности... с целью пресечения фактов искажения Государственной отчетности и умышленного занижения показателей перинатальной и детской смертности» предусматривал в отношении виновных, допустивших подобные нарушения («отнесение преждевременных родов к выкидышам»), «...строгие меры... вплоть до привлечения к уголовной ответственности». Проводившиеся в стране на разных уровнях систематические проверки полноты регистрации перинатальной смертности, многочисленные нормативные документы по поводу недорегистрации умерших (особенно маловесных) и административные меры при выявлении нарушений привели к относительному улучшению ситуации, следствием чего явилось закономерное увеличение в те годы показателя перинатальной и младенческой смертности (по терминологии тех лет — «детской» смертности). В результате предпринятых мер по улучшению

регистрации умерших маловесных детей доля недоношенных новорожденных среди умерших в акушерских стационарах СССР к 1988 г. увеличилась до 58,6%, соответственно удельный вес доношенных снизился до 41,4% (Фролова О.Г. с соавт., 1990).

Современный уровень доли доношенных детей в структуре ранней неонатальной смертности с большой долей вероятности свидетельствует о повторении ситуации 80-х годов — неполной регистрации умерших маловесных новорожденных. По-видимому, в современных условиях ослабления административного контроля регистрации перинатальной смерти, с одной стороны, и стремления всеми способами «повысить качество медицинской помощи» (то есть снизить перинатальную и младенческую смертность), с другой, происходит то, с чем активно боролся Минздрав Союза — снижение перинатальной (а, следовательно, и младенческой) смертности за счет недоучета умерших маловесных детей, и, прежде всего, новорожденных очень малой массы тела.

Это проявляется искажением структуры умерших по гестационному возрасту (устойчивый рост доли доношенных при снижении недоношенных), по массе тела (увеличение доли крупных детей при снижении маловесных), а также возрастной структуры младенческой смертности — необоснованное увеличение удельного веса постнеонатальной смертности с 36,2% в 1990 г. до 41,2% в 2005 г. (6627 из 16073 умерших детей до года) при снижении доли умерших на первой неделе жизни с 51,1% до 41,8% (6573 ребенка в 2005 г.). При истинном снижении младенческой смертности закономерной является обратная динамика соотношения: относительное увеличение доли ранней неонатальной и неонатальной смертности при снижении постнеонатальной, более управляемой (Комаров Ю.М. с соавт., 1990).

В определенной степени способствует недорегистрации маловесных умерших детей отсутствие в отечественной государственной



статистике официального учета родившихся плодов 22–27 недель гестации массой тела 500–999 г. В соответствии с действующей в России «Инструкцией об определении критериев живорождения, мертворождения, перинатального периода», утвержденной приказом Минздрава России № 318 от 04.12.1992 и постановлением Госкомстата РФ № 190 «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения» от 04.12.1992, перинатальный период рекомендовано считать не с 22 нед. беременности, а с 28 нед., и «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» не заполняется на случаи смерти ребенка ранее этого срока. Лишь в случае, если новорожденный массой тела от 500 до 999 г прожил более 168 часов (7 суток), он подлежит официальной регистрации как родившийся ребенок и, в случае смерти, регистрируется как умерший.

Данная ситуация создает возможность «перебрасывать» погибших детей очень низкой массы тела (1000–1499 г), а иногда и большей, в «плоды» менее 1000 г, не подлежащие регистрации в перинатальной смертности (Игнатьева Р.М. с соавт., 2002; Баранов А.А. с соавт., 2005). По мнению Баранова А.А. с соавт. (2005), истинный уровень младенческой смертности при учете умерших детей с чрезвычайно низкой массой тела (менее 1000 г) составлял бы в России показатель порядка 20–25 на 1000 родившихся живыми, и международные организации (ООН, ВОЗ, ЮНИСЕФ) пользуются показателем с учетом соответствующего поправочного коэффициента (Anderson B., Sieven D., 1986 — по Баранову А.А. с соавт., 2005., с.87, с.150). Многочисленными исследованиями выявлены объективные общебиологические закономерности (Комаров Ю.М. с соавт, 1990; Короткова А.В., 1991; Баранов А.А. с соавт., 1994 и др.), на основании которых можно достаточно убедительно говорить о степени достоверности показателей смертности новорожденных.

Таким образом, не осуществляемый государственный контроль за достоверностью

учета демографических событий (рождение и смерть новорожденных с чрезвычайно малой и очень малой массой тела) способствует искажению показателей перинатальной, неонатальной и младенческой смертности в России (Комаров Ю.М. с соавт., 1990; Игнатьева Р.М. с соавт., 2002; Погорелова Э.И., 2004). Следовательно, для повышения сопоставимости данных о перинатальной смертности в России с международными показателями, а также совершенствования перинатальной помощи необходимо пересмотреть систему оценки качественных показателей акушерской службы для обеспечения достоверности статистики перинатальной смертности (с проведением экспертизы учетных данных, особенно среди «маловесных» детей и плодов).

Наиболее достоверным показателем перинатальной смертности в регионах и в целом по стране в настоящее время является уровень потерь доношенных детей.

Максимальный уровень перинатальных потерь и мертворождаемости в 2005 г. отмечен в Дальневосточном ФО (11,7% и 6,5% соответственно). В то же время среди доношенных детей максимальная перинатальная смертность наблюдается в Южном ФО, причем характерен рост показателя в 2005 г. в сравнении с 2004 г. (с 5,50% до 5,61%).

По регионам России в 2005 г. максимальный уровень перинатальной смертности зафиксирован в Республике Ингушетия (27,6% с ростом показателя в сравнении с предыдущим годом — 24,6%), а также детей первой недели жизни (17,7% при 13,7% в 2004 г.). Важно отметить, что в этой республике отмечен максимальный оборот акушерской койки — 45,6 в 2004 г. (при 17,45 в России).

Таким образом, проведенное на популяционном уровне сплошное исследование динамики перинатальных показателей в России в течение 15 лет (с 1991 г. по 2005 г.) позволило выявить следующее.

1. Наблюданное в России снижение перинатальной смертности сопровождается неблагоприятным изменением ее структуры, и, прежде всего, увеличением доли антенаталь-





ной мертворождаемости (до 80,3% в 2005 г. в структуре мертворожденных), что диктует необходимость совершенствования пренатальной помощи беременным женщинам, в том числе в условиях акушерского стационара, где происходит большинство дородовых потерь.

2. Устойчивое снижение регистрируемых перинатальных потерь недоношенных детей (в 2,5 раза) происходит при одновременном двукратном увеличении уровня мертворождаемости доношенных, а также возрастании удельного веса доношенных детей среди родившихся мертвыми (до 49,3% в 2005 г.) и среди перинатально погибших (до 48,6%).

3. Отмеченная дискоординация динамики перинатальных исходов у детей различного гестационного возраста характеризует диссонанс в современной перинатальной помощи в

родовспомогательных стационарах разного уровня — чрезмерную концентрацию внимания и ресурсов здравоохранения на учреждения высшего уровня (перинатальные центры) при недостаточном внимании к организации медицинской помощи доношенным детям в акушерских стационарах 1–2 уровня, где происходит большинство своевременных родов.

4. Анализ разнонаправленной динамики перинатальных потерь по сроку гестации позволяет сделать вывод о недорегистрации погибших недоношенных детей, прежде всего «малой массы тела при рождении», как в целом по России, так и по отдельным регионам.

5. Основой для оценки качества акушерской и неонатальной помощи в регионах и в целом по стране является статистический мониторинг перинатальных исходов у доношенных детей.

Литература

- 1.** Баранов А.А., Игнатьева Р.М., Каграманов В.И., Сугак А.Б. Региональные особенности воспроизведения и ранних потерь. Европейское лонгитудинальное исследование беременности и детства. — М., 2005. — 152 с.
- 2.** Здоровье детей России. Союз педиатров России/Под ред. Баранова А.А. — М., 1999. — 273 с.
- 3.** Игнатьева Р.К., Марченко С.Г., Шунгарова З.Х. Регионализация и совершенствование перинатальной помощи/Материалы IV съезда Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины. — М., 2002. — С. 63–65.
- 4.** Комаров Ю.М., Альбицкий В.Ю., Короткова А.В., Розенштейн Е.Ф. Оценка достоверности показателей младенческой смертности//Педиатрия. — 1990. — № 3. — С. 57–59.
- 5.** Короткова А.В. Мониторинг младенческой смертности в РСФСР на основе диалоговой компьютерной системы. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 1991. — 20 с.
- 6.** Погорелова Э.И. Научное обоснование системы мероприятий повышения достоверности статистики смертности населения. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М., 2004. — 24 с.
- 7.** Суханова Л.П., Цыбульская И.С. Перинатальная смертность доношенных детей в акушерских стационарах Российской Федерации//Главврач. — 2002. — № 12. — С. 37–39.
- 8.** Суханова Л.П. Динамика перинатальной смертности в акушерских стационарах России в 1991–2002 гг./Акуш. и гинек. — 2005. — № 4. — С. 46–48.
- 9.** Фролова О.Г., Суханова Л.П., Гудимова В.В., Глинская С.В. Перинатальная смертность доношенных детей//Педиатрия. — 1990. — № 3. — С. 55–57.



В.А. Данилов,

к.м.н., главный врач МУЗ «Станция скорой медицинской помощи», г. Волжский Волгоградской области

Д.А. Шипунов,

к.м.н., главный врач МУЗ «Городская больница № 3», г. Волжский Волгоградской области

В.Ф. Задорин,

Заслуженный врач РФ, менеджер МУЗ «Городская больница № 3», г. Волжский Волгоградской области

В.В. Задорин,

к.ф.н., доцент Волгоградской академии государственной службы, г. Волгоград

АДМИНИСТРАТИВНЫЙ РЕГЛАМЕНТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СИСТЕМЫ ЗДРАВО- ОХРАНЕНИЯ – СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

□ тношение к одной из основных управленческих функций — контролю — за весьма незначительный период претерпело существенную и довольно сложную трансформацию от полного и безоговорочного (внешне) признания, в не столь отдаленном прошлом, до практически полного его отрицания с приписыванием контролю явных признаков «тоталитаризма», что, естественно, ведет за собой нарушение прав человека. Негативное отношение к контролю, по мнению авторов, не лишено основания, поскольку эта одна из важнейших, основных функций управления выполняется на очень низком профессиональном уровне, из-за чего нередко теряется явная и понятная цель деятельности учреждения по этому направлению. Функция контроля в классическом понимании менеджмента — это вид управленческой деятельности, благодаря которому можно направлять деятельность учреждения по нужному (верному) пути, сравнивая показатели его деятельности с установленными параметрами стандартов, утвержденными планами и целями. Стандарты — это и есть конкретные цели деятельности, которые поддаются измерению и оценке. Процедура разработки системы контроля имеет три четко различимых этапа:

- Этап А. Разработка стандартов, определяющих критерии выполненной работы (результативности);
- Этап Б. Разработка схемы сопоставления достигнутых результатов с установленными параметрами стандартов;
- Этап В. Разработка системы коррекции при отклонении результатов от допустимых параметров стандарта.

Анализ нормативных документов (приказ МЗ РФ и ФФОМС № 363/77 «О совершенствовании контроля качества, медицинской помощи насе-



лению Российской Федерации» от 24.10.96 г. (с изменениями от 21.01.96 г.) «О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности» показывает, что организационный порядок, установленный этими документами, не решает в полном объеме поставленных задач контроля качества медицинской помощи в медицинских учреждениях.

Таким образом, установленный порядок контроля качества в учреждениях не создал правообразующей основы действенного механизма управления медицинской деятельностью через контроль качества.

Действующее положение о системе ведомственного контроля не устанавливает измеряемые величины объема и качества медицинской помощи, в связи с чем авторами предлагается введение системы стандартизированного ведомственного контроля качества медицинской помощи и качества медицинской помощи, позволяющее:

- ✓ создать систему рациональной медицинской деятельности в учреждениях здравоохранения, регулируемой измеряемыми стандартами, правилами;
- ✓ обеспечить возможность измерения контроля качества и самого качества медицинской помощи;
- ✓ устанавливать допустимые отклонения от этих стандартов;
- ✓ сравнивать результаты с нормами стандартов.

Одновременно с применением измеряемых стандартов предлагается:

- ✓ применение правового механизма контроля качества медицинской помощи как непрерывного процесса, основанного на контроле выполнения обязанностей и функций медицинских работников, в том числе и должностных лиц медицинских учреждений;
- ✓ обеспечение организации через утверждение функциональной структуры управления учреждения, основанной на создании единой системы функций и обязанностей установленного уровня управления, с вне-

дрением оптимальной схемы расстановки кадров прямого и косвенного подчинения.

В результате этого контроль качества медицинской помощи становится непрерывным процессом, обеспечивающим организационные условия деятельности в зависимости от качества выполнения правоотношений, соблюдения правил организации качества принимаемых управленических решений с их корректировкой.

Система организации (стандарта) ведомственного контроля качества медицинской помощи предусматривает:

- разработку и установку измеряемого стандарта контроля качества медицинской деятельности (медицинской помощи);
- измерение полученного результата стандарта с допустимыми отклонениями;
- проведение необходимой корректировки медицинской технологии, то есть обеспечение организационных условий и организационных условий правоотношений.

Задачи стандартизированного ведомственного контроля качества:

- обнаружение невыполнения задачи в рамках процедуры (операции);
- установление причины невыполнения задачи, задания в рамках процедуры;
- определение пути оптимального разрешения возникшей ситуации в рамках процедуры (операции);
- корректировка самой задачи, процедуры или операции.

Функции стандартизированного ведомственного контроля качества:

- диагностические функции;
- ориентирующая функция, основанная на привлечении внимания работников к возникшей ситуации (проблеме);
- стимулирующая функция, нацеливающая работника или должностное лицо на решение ситуации (проблемы);
- корректирующая функция, позволяющая изменить задачу, процедуру медицинской деятельности, операцию.

Виды стандартизированного ведомственного контроля качества медицинской помощи:



Предварительный контроль — контроль качества регламентации трудовых правоотношений, имеющий особое значение для осуществления последующих видов контроля. Правообразующей основой стандартизированного ведомственного контроля качества медицинской помощи являются:

- ✓ должностные инструкции;
- ✓ трудовые договоры;
- ✓ локальные нормативные акты;
- ✓ внутренний трудовой распорядок;
- ✓ способы привлечения к труду и мотивация труда.

Текущий контроль осуществляется в рамках процедуры обеспечения организационных условий технологии и соблюдения правоотношений:

- ✓ обнаружение невыполнения процедуры, операции;
- ✓ установление причины невыполнения процедуры, операции;
- ✓ определение пути разрешения ситуации (проблемы) в процедуре, операции;
- ✓ обеспечение условий выполнения процедуры, операции.

Заключительный контроль является завершающим этапом ведомственного контроля качества медицинской помощи и оценки результата, а именно:

- ✓ определение допустимости отклонения в процедуре, операции от нормы стандарта;
- ✓ измерение сравнения результатов с нормами стандартов.

При этом разрабатываемый стандарт ведомственного контроля качества медицинского процесса представляет собой форму оценки соответствия, формализованный показатель предельного срока протекания медицинского процесса при оказании медицинских услуг, определяемого для каждого клинико-статистического заболевания опытно-статистическим методом как оптимальное время протекания процесса, обусловленное взаимодействием факторов-ресурсов и факторов заболевания — отрицательного воздействия на организм. Стандарт применяется

в целях прямого определения соблюдения требований, предъявляемых к осуществляющим медицинским процессам в организации. Стандарт является информационной совокупностью, не делимой далее на смысловые единицы, и достаточен для формирования документа.

Целью применения стандарта контроля являются условия необходимости учреждения:

- ✓ повышение качества медицинской деятельности и личной ответственности работников и должностных лиц за качеством медицинской помощи в учреждении;
- ✓ обеспечение рациональной медицинской деятельности с помощью стандартизированного набора действий, операций, повышающих качество медицинской деятельности и ее результатов;
- ✓ обеспечение оптимального регулирования медицинской деятельности: ускоряющего, замедляющего, облегчающего или затрудняющего ее осуществление.

Стандарт имеет свойства цены, зависящей от нормы времени протекания медицинского процесса.

В то же время стандарт качества медицинской услуги — это форма оценки соответствия результата медицинского процесса при оказании медицинской услуги. Формализованный совокупный оценочный показатель предельной оценки результативности медицинского процесса при оказании медицинских услуг, выраженный математической единицей как степень развития и становления целостного биологического объема здоровья. Показатель образуется совокупностью оценок:

- ✓ оценки состояния здоровья пациентом и врачом-специалистом;
- ✓ оценки качества медицинского процесса — администрации организации.

Совокупная оценка устанавливается в целях косвенного определения соблюдения требований, предъявляемого к результату осуществляемых медицинских процессов в организации как результату медицинской услуги. Стандарт является информационной совокупностью, не дели-





мой далее на смысловые единицы, и достаточночен для формирования документа.

Стандарт качества медицинской помощи вводится с целью регулирования отношений правового, экономического, профессионального, нравственно-этического характера и является результатом медицинской деятельности в сфере потребления медицинских услуг: «пациент (потребитель) — врач (производитель) — заказчик (государство, субъект государства, страховая организация, фонд ОМС) — учреждение (исполнитель) — учредитель (собственник) — учреждение».

Организация управления качеством медицинской помощи на основе стандартизированного метода управления, с применением правового механизма как механизма связи организационных условий технологии, организаций труда и самой деятельности соответствует основным принципам наиболее существенных и часто повторяющихся в рыночной экономике законов: закона сочетания государственного регулирования самостоятельной деятельности учреждения, закона организации управления и закона соучастия трудового коллектива в управлении учреждением.

При реализации данного метода и правового механизма обеспечивается государственное регулирование товарно-денежных отношений в сфере потребления медицинских услуг (медицинской помощи) через установленные стандарты: медико-технологические, медико-экономические, стандарты ведомственного контроля качества медицинской помощи и стандарта качества медицинской помощи, имеющих стоимостное выражение.

Правовой механизм метода, основанный на контроле правоотношений, обеспечивает организацию управления в учреждении в соответствии с законом организации управления по четкому разделению прав, функций, обязанностей и ответственности между каждым звеном производства с их экономической и юридической ответственностью. Одновременно обеспечивается и участие коллектива в управлении учреждением. Ибо закон

— это в первую очередь официально признанный факт, на основе которого оформляются и закрепляются складывающиеся новые отношения, то есть устанавливается связь и взаимозависимость выполнения прав и обязанностей, проявляемых в определенном порядке.

Изложенный в контексте статьи контроль по содержанию согласуется с основными положениями Федерального закона «О техническом регулировании», определившим новые основы регулирования через технические регламенты и стандарты. Так как стандарты качества по своей сущности представляют собой основные и обязательные элементы новой системы, в которой роль каждого элемента четко определена, регламент обеспечивает необходимый уровень безопасности, а стандарты сосредотачиваются на конкурентности. Таким образом выстраивается необходимая система оценки соответствия — проверки выполнения обязательных требований, предъявляемых к медицинским услугам, при этом оценка соответствия должна быть, с одной стороны, максимально эффективна и минимально затратна как для государства так и для учреждения, понятна и прозрачна для населения — с другой стороны. Этим создается система единых требований и оценки их выполнения, позволяющая реализовать на практике административный регламент федеральной службы по надзору с сферой здравоохранения по осуществлению контроля по соблюдению стандартов качества медицинских услуг (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 905 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за соблюдением стандартов качества медицинской помощи» от 31 декабря 2006 г.).

Поэтому управление качеством медицинской помощи должно стать идеологией хозяйствования руководителей, должностных лиц в системах государственного и муниципального здравоохранения, их постоянной обязанностью и функцией.

**В.К. Гасников,**

д.м.н., профессор, директор РМИАЦ МЗ УР, заведующий курсом медицинской информатики и управления ИГМА

Т.В. Зарубина,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой медицинской кибернетики и информатики РГМУ

Н.Г. Куракова,

д.б.н., главный специалист ЦНИИОИЗ Росздрава

Г.С. Лебедев,

к.т.н., заместитель директора ЦНИИОИЗ Росздрава

В.Н. Савельев,

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ИГМА

СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

Для современного здравоохранения характерно бурное развитие информационных технологий, в том числе на основе передовой вычислительной техники — сегодня уже трудно представить себе деятельность любого органа и учреждения здравоохранения без персональных компьютеров и телекоммуникационных средств связи. Однако это не сопровождается повышением эффективности управления здравоохранением на всех иерархических уровнях, подтверждением чему служит ухудшающееся здоровье населения, низкая результативность проводимых в течение двух десятилетий преобразований, нарастающая неудовлетворенность населения организацией и качеством медицинской и лекарственной помощи, постоянный дефицит ресурсов в отрасли с одновременным их неэффективным использованием. К этому следует добавить продолжающийся демографический кризис, который по-прежнему является серьезной угрозой национальной безопасности нашей страны.

Для оценки состояния и разработки путей совершенствования компьютерных технологий чрезвычайно важно понять, на каком этапе развития этого направления деятельности мы находимся. Различными авторами используются разные подходы к выделению таких этапов. Наиболее общий подход, основанный на эволюции носителей информации, методов ее получения, обработки и хранения, предложил еще 20 лет назад академик В.М. Глушков (1987), выделив добумажный, бумажный и безбумажный периоды развития информатики. Профессор С.А. Гаспарян (2002), учитывая эволюцию технических средств и роли государственной политики в этом вопросе, выделял такие периоды развития информатизации в здравоохранении, как: зарождение (до 1965 г.), начальный (1965–1975 гг.), государственно-политический (1975–1985 гг.), перестро-

© В.К. Гасников, Т.В. Зарубина, Н.Г. Куракова, Г.С. Лебедев, В.Н. Савельев, 2007 г.



ечный (1985–1995 гг.) и реформенный (с 1995 г. по настоящее время). Профессор А.С. Киселев (2002) в эволюции медицинских информационных систем выделил такие этапы, как технический, эпидемиологический, моделей болезней, а также мониторинга здоровья, основанного на базах данных. Нам представляется целесообразным, взяв за основу степень обеспечения процессов управления, рассматривать такие этапы, как информационно-технический (1965–1980 гг.), системно-аналитический (1980–1995 гг.), и содержательно-технологический (с 1995 г. по настоящее время).

Анализируя итоги и состояние развития компьютерных технологий информатизации здравоохранения, трудно дать им однозначную оценку. С одной стороны, сделано очень много, и налицо определенные положительные результаты. С другой стороны, не все из того, что намечалось, было реализовано. Так, не удалось выйти на тот уровень безбумажной информатики, который предполагался концепцией развития информатизации здравоохранения России на 1992–2005 гг. Кроме того, в последнее время стали проявляться определенные специфические особенности развития информатизации в здравоохранении, о чем будет сказано чуть ниже.

Использование автоматизированных информационных систем в здравоохранении является сложным научно-техническим и социально-экономическим процессом и

зачастую служит мощным катализатором развития всех направлений медицины. При этом успех развития АИС на любом уровне управления зависит от эффективности реализации пяти классических элементов обеспечения, включающих технический, программный, информационный, организационный и кадровый компоненты.

В современных условиях чрезвычайно важно сформулировать круг проблем, устранение которых позволит существенно повысить эффективность работ по информатизации управления здравоохранением.

Сначала необходимо остановиться на **техническом факторе**, поскольку все красивые идеи, оригинальные проекты и модели останутся доступными лишь ограниченному числу состоятельных учреждений здравоохранения, если не будут наконец-то предприняты действенные меры по оснащению рядовых ЛПУ средствами вычислительной техники, и прежде всего на первичном звене медицинской помощи. Вместе с тем, оснащенность ПК рабочих мест в здравоохранении еще очень незначительна, и это лежит в основе малой доли медработников, использующих в своей деятельности средства вычислительной техники.

Так, по данным годовых отчетов (отчетная форма № 30, раздел VII, табл. 7000 и 7001), оснащенность учреждений здравоохранения страны средствами вычислительной техники за 2002–2006 гг. возросла в 1,9 раза (рис. 1). Однако при этом на 100 медработников

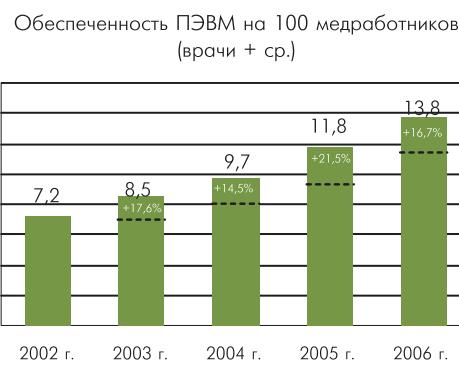
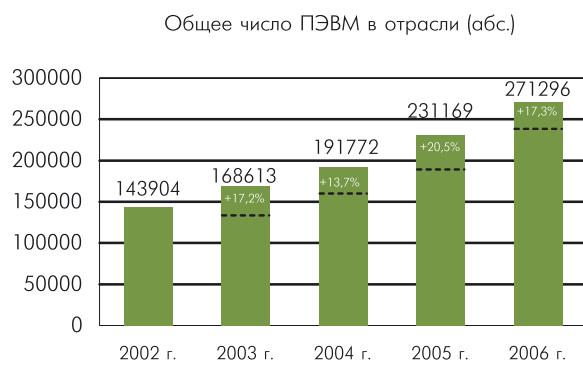


Рис. 1. Динамика обеспеченности СВТ в РФ за 2002–2006 гг.

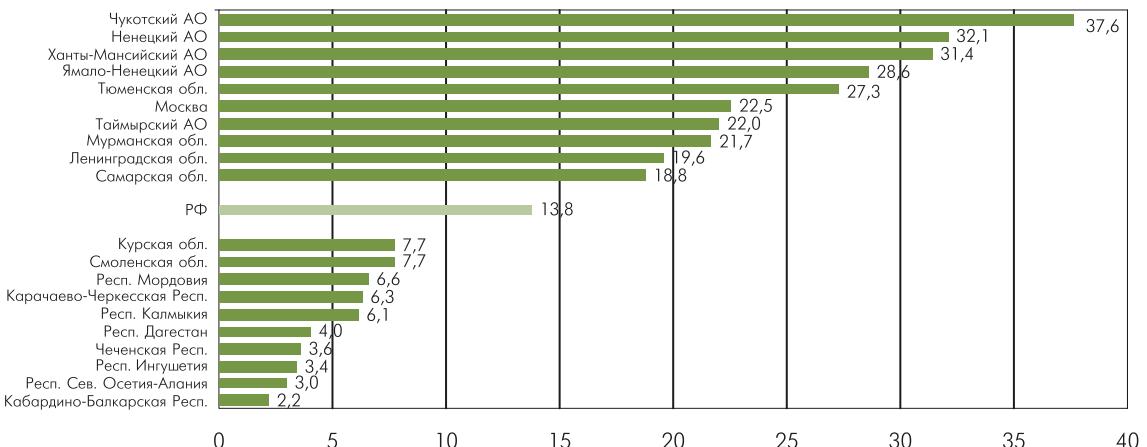
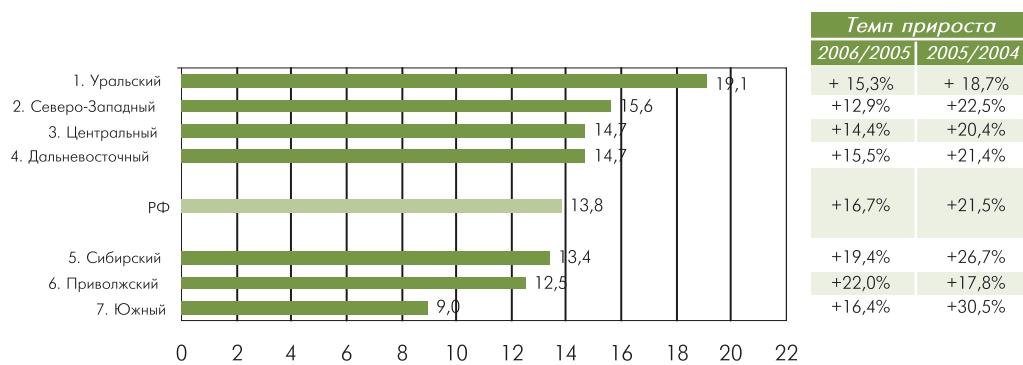


Рис. 2. Обеспеченность ПЭВМ по выборочному кругу регионов РФ за 2006 год (на 100 медработников)



Темп прироста	
2006/2005	2005/2004
+ 15,3%	+ 18,7%
+12,9%	+22,5%
+14,4%	+20,4%
+15,5%	+21,4%
+16,7%	+21,5%
+19,4%	+26,7%
+22,0%	+17,8%
+16,4%	+30,5%

Рис. 3. Обеспеченность ПЭВМ на 100 медработников по федеральным округам РФ за 2006 год

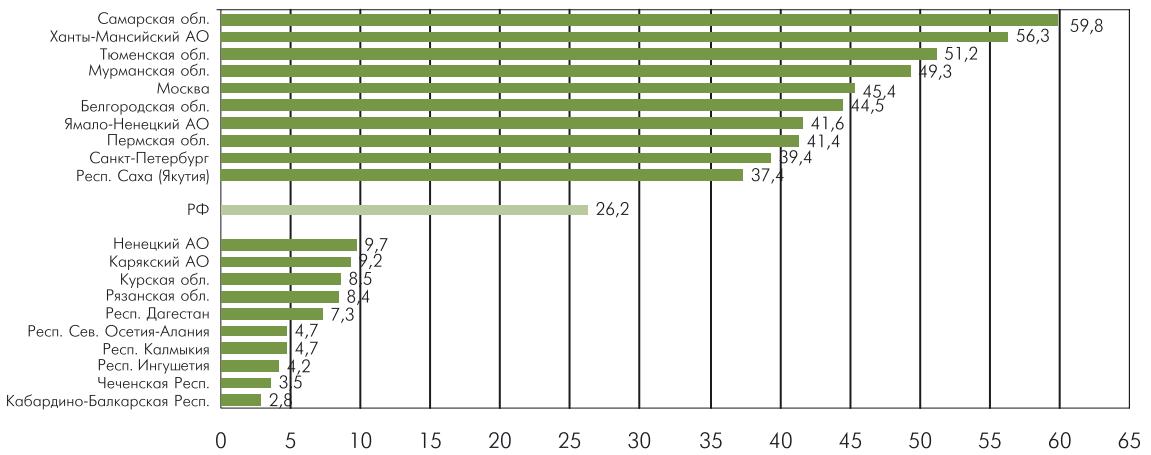


Рис. 4. Среднее число ПЭВМ на 1 учреждение здравоохранения по выборочному кругу регионов РФ за 2006 год





ников в 2006 году приходилось всего 13,8 персональных компьютера, а темп прироста по сравнению с 2005 годом составил лишь 16,7%, что существенно ниже предыдущего периода. Разница обеспеченности ПВЭМ различных регионов страны составляет 10–15 раз (рис. 2), а среди Федеральных округов — более чем 2 раза, причем темп прироста обеспеченности средствами вычислительной техники снизился в шести Федеральных округах из семи (рис. 3). Существенно отличаются по регионам показатели насыщенности вычислительной техникой учреждений здравоохранения (рис. 4).

Особенно тревожна динамика оснащенности персональными компьютерами амбулаторно-поликлинических учреждений. Так, если в целом по отрасли парк ЭВМ за период с 2002 по 2006 гг. возрос на 88,4%, то по амбулаторно-поликлинической службе лишь на 19,7%, причем ежегодный темп прироста значительно отставал от общеотраслевого (рис. 5).

Несмотря на положительную динамику доли лечебно-профилактических учреждений, имеющих выход в Internet, этот показатель в 2006 году составил всего 72,9% со значительными колебаниями по Федеральным округам страны (рис. 6, 7).

Конечно, наличие большого числа ПЭВМ еще не гарантирует повышения эффективности информатизации, а создает для этого только потенциальную возможность. Однако отсутствие ВТ точно гарантирует отсутствие возможности всякого продвижения вперед.

При оценке *программного фактора* следует признать, что разработка компьютерных технологий в здравоохранении осуществляется недостаточно комплексно. При этом слабо реализуются принципы иерархической взаимоувязки и структурно-функционального единства всех видов обеспечения (рис. 8).

Необходимо сформировать единство программных и технических подходов при разработке различных специализированных регионов на всех уровнях управления, поскольку

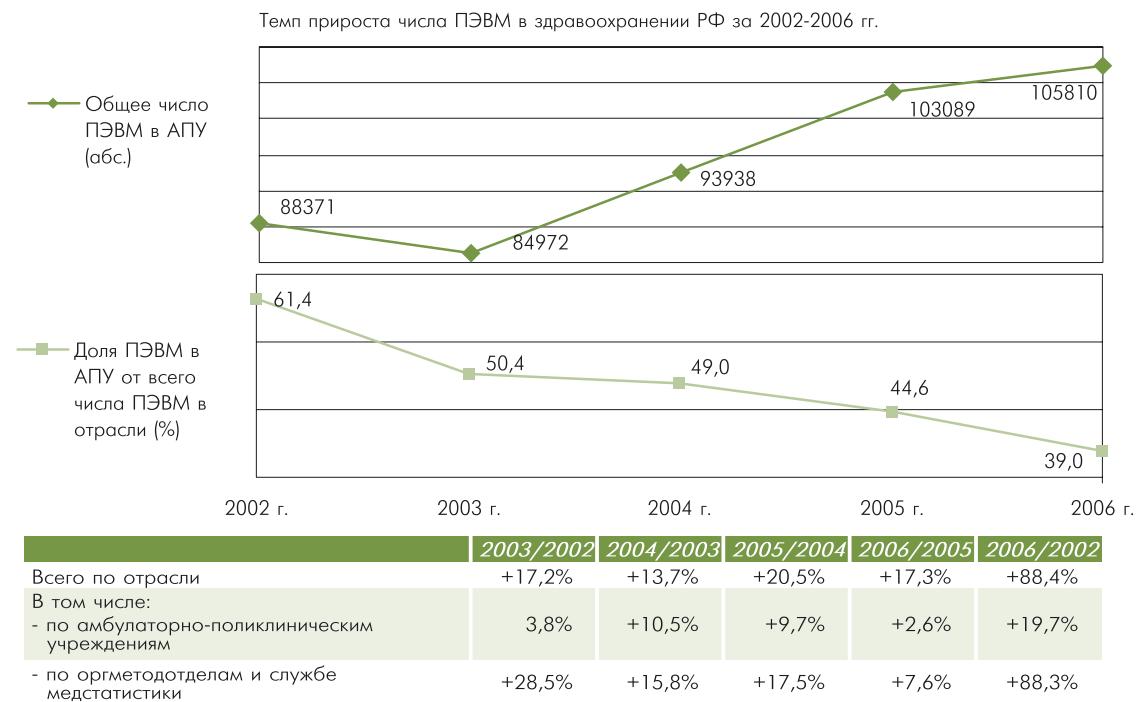


Рис. 5. Динамика оснащенности ПЭВМ амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) в РФ за 2002–2006 гг.

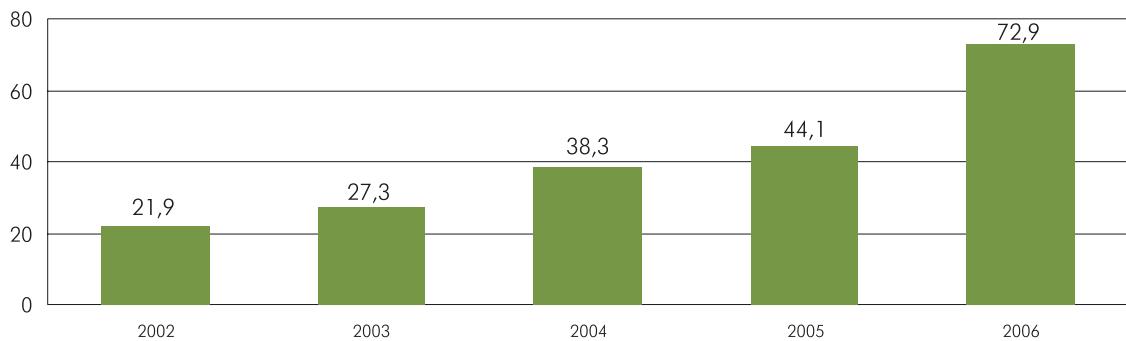


Рис. 6. Динамика доли ЛПУ, имеющих выход в Internet в здравоохранении РФ за 2002-2006 гг. (% от числа ЛПУ, оснащенных ПЭВМ)

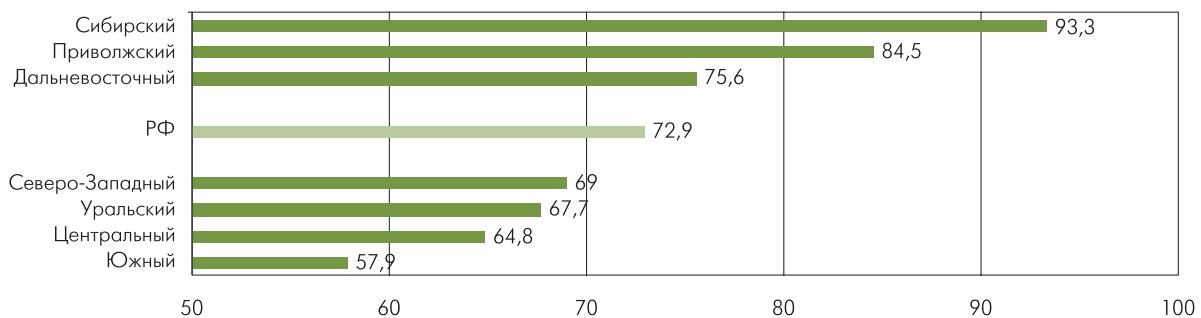


Рис. 7. Доля ЛПУ, имеющих выход в Internet по федеральным округам РФ за 2006 год (% от числа ЛПУ, оснащенных ПЭВМ)

в Москве они разрабатываются в разных организациях, а в регионах они все концентрируются в одном и том же учреждении здравоохранения.

Следует выработать четкие критерии оценки развития и эффективности использования компьютерных технологий и обеспечить их действенный мониторинг. До сих пор нет ни одной компьютерной системы, охватывающей по какой-либо управлеченческой функции все иерархические уровни и все регионы.

В последнее время в регионы страны начали все чаще поступать компьютерные программы, созданные федеральными центрами. Часть из них разработаны на высоком уровне, и отвечают общепринятым требованиям к поставке, внедрению и сопровождению программных средств, например, АИС «Мониторинг медицинских изделий»

(разработчик ВНИИМТ, ген. директор — проф. Леонов Б.И.), программный комплекс «Детская инвалидность» (разработчик Мед. центр новых инф. технологий МНИИП и ДХ, директор центра — проф. Кобринский Б.А.).

Вместе с тем, есть примеры и прямо противоположного характера. Так, программный комплекс по формированию регистра на медицинских работников участковой сети за полтора летний период ни разу не был передан с соблюдением общепринятых правил поставки и комплектации. До сих пор неизвестен разработчик этого программного обеспечения, не налажена система консультаций, а требования к техническим средствам невыполнимы для большинства ЛПУ. За полтора года в регионы поступило уже около 20 обновленных версий, иногда эти обновления появляются по 2–3 раза в месяц, причем в





каждой версии содержится все больше ошибок. Программа крайне неудобна в эксплуатации. Эти вопросы поднимались на Всероссийской конференции в июне 2005 года, однако с того времени ситуация только усугубилась. Такой подход вызывает не только невосприятие самой идеи компьютеризации в рядовых учреждениях здравоохранения, но и формирует негативное к ней отношение.

Следует особо остановиться и на некоторых проблемах **организационного обеспечения развития ИКТ**. Как-то так получилось, что при реорганизации МЗ РФ в составе органа управления здравоохранением страны не было предусмотрено структурных подразделений, отвечающих за информатику и медицинскую статистику. И если по отношению к статистике этот просчет был исправлен в 2006 году, то применительно к информатике по-прежнему отсутствует орган управления, курирующий это направление деятельности. По этой причине координация деятельности по информатизации и компьютеризации здравоохранения в последние годы существенно ослабла.

Были разрушены отлаженные механизмы концептуального и целевого планирования развития информатизации здравоохранения на федеральном уровне. Фактически была окончательно демонтирована сложившаяся в 90-е годы комплексная многоуровневая система управления развитием информационно-компьютерных технологий в стране, на замену которой пришло разрозненное нескоординированное развитие отдельных регионов с реализацией локальных проектов на Федеральном уровне — нередко интересных, однако финансово затратных и труднотиражируемых массово. С одной стороны, это послужило мощным толчком развития ИКТ во многих регионах. С другой стороны, эффект в масштабах всей системы здравоохранения был достаточно символический.

За время реформ разрозненность системы управления охраной здоровья существенно усилилась как по вертикали, так и по

горизонтали. Функционирование параллельных структур управления по линии Министерства здравоохранения, санэпиднадзора и фонда ОМС привело к созданию параллельных и недостаточно скоординированных информационных инфраструктур, что распыляет и так скучные средства, выделяемые на развитие информатизации здравоохранения. Постоянный рост средств на информатизацию в системе ОМС в основном направляется на развитие внутренней информационной инфраструктуры, а также поддержание возросших объемов учетно-отчетных операций в ЛПУ и не доходит до конкретных информационных технологий совершенствования лечебно-диагностического процесса.

Серьезным **кадровым прорывом** в развитии ИКТ следует считать включение в 2001 году в номенклатуру учреждений здравоохранения региональных медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ), на которые было возложено организационно-методическое руководство развитием информатизации в регионах. Однако статус и место РМИАЦ в здравоохранении не соответствуют важности и сложности стоящих перед ними задач. Они отнесены к такой низкой группе оплаты труда руководителей, что укомплектование их высококвалифицированными руководящими кадрами весьма затруднительно. Недостаточный уровень оплаты труда ИТР приводит к утечке кадров. Работники статистических служб отнесены к самым низким разрядам оплаты труда и лишены льгот выхода на пенсию по выслуге лет. Штаты статистиков не пересматривались более 20 лет, а объемы их работ за это время выросли более чем в три раза.

В числе важнейших **проблем информационного обеспечения управления** здравоохранением является включение в систему сбора и обработки информации основных структурных подразделений, входящих в систему, а также постепенный охват информатизацией основных управленческих функций. Решение этих проблем в настоящее



время еще далеко от завершения. Следует заметить, что при этом должен беспрекословно соблюдаться принцип «информационной пирамиды», который все чаще в последнее время не берется в расчет при формировании различных федеральных регистров, обрекая их на бессмысленность.

Медленно развивается система информационно-аналитического обеспечения управления. Нет состыкованных по иерархическим уровням единых схем информационного обеспечения, отсутствует скординированная система социально-экономических индикаторов и комплексных индексов развития и функционирования здравоохранения, не внедряется унифицированная методика мониторинга хода реформ здравоохранения, в том числе и на основе рейтинга регионов и социологических методов.

Несмотря на важность ускоренного формирования единого информационного пространства в системе управления охраной здоровья, эта проблема еще далека от теоретического осмысления и практического выполнения. Нет единства в толковании понятий, отсутствует комплексность в решении этой проблемы, слабо структурированы ее основные компоненты — информационный, организационно-управленческий и программино-технический. К этому следует добавить надвигающиеся проблемы в связи с принятием в 2006 году ФЗ «О персональных данных».

Таким образом, здравоохранение страны в настоящее время оказалось без стратегии разработки компьютерных технологий информатизации, которая должна бы быть зафиксирована в долгосрочной, целенаправленной и конкретной концепции развития этого направления деятельности. Характеризуя особенности современного этапа, д.т.н. Столбов А.П., известный в стране специалист по медицинской информатике, справедливо отметил [1]: **«В здравоохранении сейчас доминирует реактивная модель информатизации: «хаос тактик» и неструктурированное многообразие подходов, фраг-**

ментарность ИТ и несистемное решение отдельных, частных задач, что и приводит к значительным издержкам и неэффективному расходованию ресурсов».

При этом он особо подчеркнул: **«...создание, а точнее, восстановление системы управления информатизацией отрасли — это сейчас одна из ключевых задач, без решения которой успешное развитие отрасли и реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» представляются весьма проблематичными».**

И с этим трудно не согласиться.

Перспективные направления развития информационных компьютерных технологий в здравоохранении можно условно разделить на две большие группы, касающиеся **развития содержательного и развития технического аспектов компьютеризации**.

В **содержательном плане** в развитии информационных компьютерных технологий регионального здравоохранения целесообразно выделить следующие основные направления:

- создание региональных и распределенных баз данных на население с реализацией слежения за здоровьем и факторами риска с обеспечением оценки и прогноза эффективности лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий с возможностью формирования специализированных регистров на социально значимые контингенты населения;

- использование баз данных населения и специализированных регистров для научного обоснования потребности в медицинской помощи, гарантированных объемов финансирования, распределения и использования ресурсов;

- развитие системы мониторинга здоровья и демографических процессов населения, в том числе и на межотраслевом уровне, обеспечение слежения за ходом и эффективностью реформирования здравоохранения;

- создание взаимоувязанных баз медицинской информации на всех уровнях управления;





— разработка и широкое использование автоматизированных систем информационного обеспечения управления на различных уровнях, в том числе на основе кибернетического принципа регулирования по отклонениям, методов получения комплексной информации, компьютерной поддержки разработки проектов управленческих решений и прогнозирования проблемных ситуаций;

— широкое применение компьютерных технологий в учебно-педагогических и научно-исследовательских процессах, при аттестации и повышении квалификации всех категорий медицинских работников;

— разработка и применение компьютерной поддержки оценки и формирования здорового образа жизни, состояния внешней среды, мониторинга уровня качества жизни;

— расширение автоматизированных рабочих мест и безбумажных информационных технологий специалистов, занимающихся лечебно-диагностическим процессом; интенсификация использования компьютерных технологий для массового распознавания патологических состояний на ранних стадиях возникновения;

— компьютерная поддержка методов моделирования и прогнозирования с широким внедрением в практическую деятельность;

— развитие информационных связей с другими отраслями народного хозяйства.

В **техническом плане** наиболее перспективными представляются следующие основные направления развития информационных компьютерных технологий в здравоохранении:

— массовое оснащение врачей и средних медицинских работников современными средствами вычислительной техники и связи, позволяющими создавать и эксплуатировать полноценные автоматизированные рабочие места на всех уровнях;

— приоритетное оснащение средствами вычислительной техники учреждений первичного звена, а также организаций, занимаю-

щихся обучением и переподготовкой медицинских работников;

— развитие средств связи, позволяющих эффективно реализовывать дистанционные методы сбора, обработки, передачи и использования информации на внутриурожденском, междуурожденском, межотраслевом и межрегиональном уровнях;

— широкое распространение методов компьютерной обработки видеозображений и компьютерного конструирования объемных объектов;

— рационализация компьютерных методов ввода, хранения, передачи и представления информации, включая электронные медицинские карточки и телемедицину.

Для успешной реализации этих направлений целесообразно вернуться к системе формирования многолетних целевых федеральных программ информатизации, внедрить систему соответствующего целевого финансирования на всех уровнях.

Необходимо подчеркнуть, что успех компьютеризации здравоохранения на всех уровнях, как это показано на схеме, в значительной степени зависит от соблюдения таких ведущих принципов, как принцип «первого руководителя», «новых задач», «объективной необходимости», «трансформации в управленческие технологии», а также реализации ключевого условия — скоординированности, когда все основные факторы и ведущие принципы совпадали бы в одно и то же время в одном и том же месте. К сожалению, это не часто встречается в нашей современной реальности на всех уровнях управления.

В последние годы в стране несколько активизировалось проведение работ по информатизации здравоохранения на основе компьютерных технологий. Решением этих вопросов более продуктивно стали заниматься Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения, Академия медицинской информатологии Международной академии информатизации, кафедра медицинской

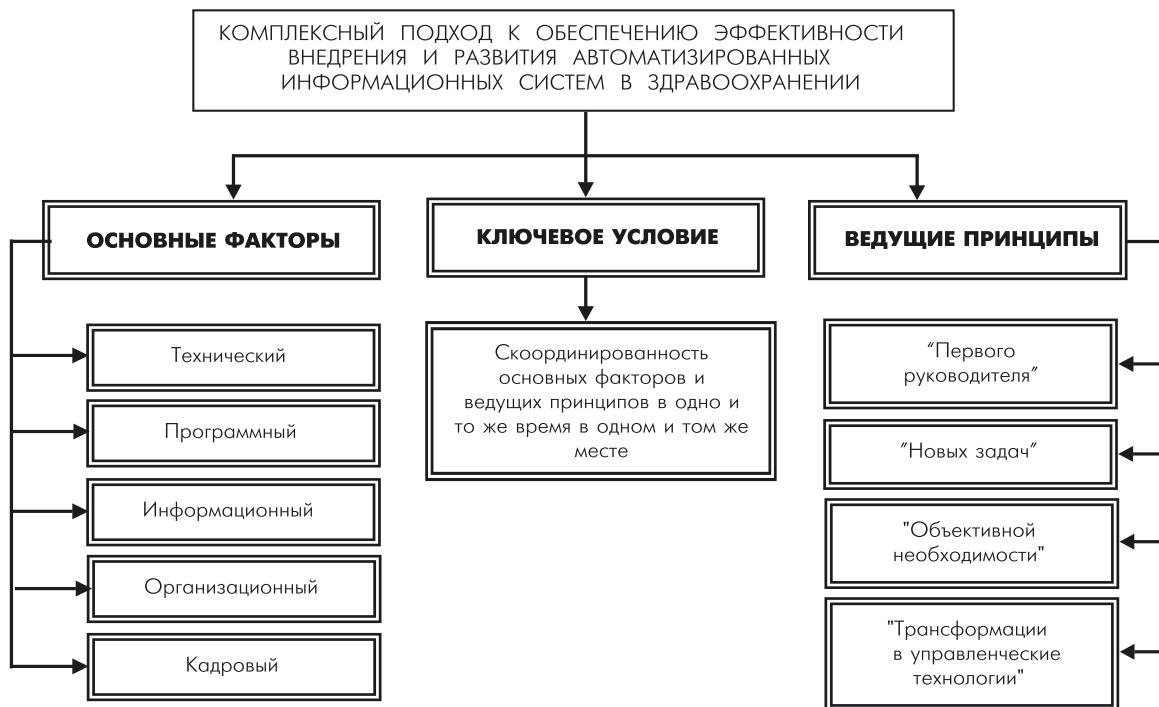


Рис. 8. Комплексный подход к обеспечению эффективности внедрения и развития автоматизированных информационных систем в здравоохранении

кибернетики и информатики РГМУ и др. В России начала формироваться национальная ассоциация медицинской информатики, расширяются международные связи. Периодически организуются специализированные выставки, проводятся научно-практические

конференции, выпускаются учебно-методические пособия и т.д. Однако большинство из перечисленных выше проблем еще ждут своего разрешения, а это в значительной степени зависит от заинтересованности, поддержки и взаимопонимания на всех уровнях управления.



Литература

- Столбов А.П. Информатизация здравоохранения: новые реформы — старые проблемы // Врач и информационные технологии. — 2007. — № 2. — С. 69, 70.

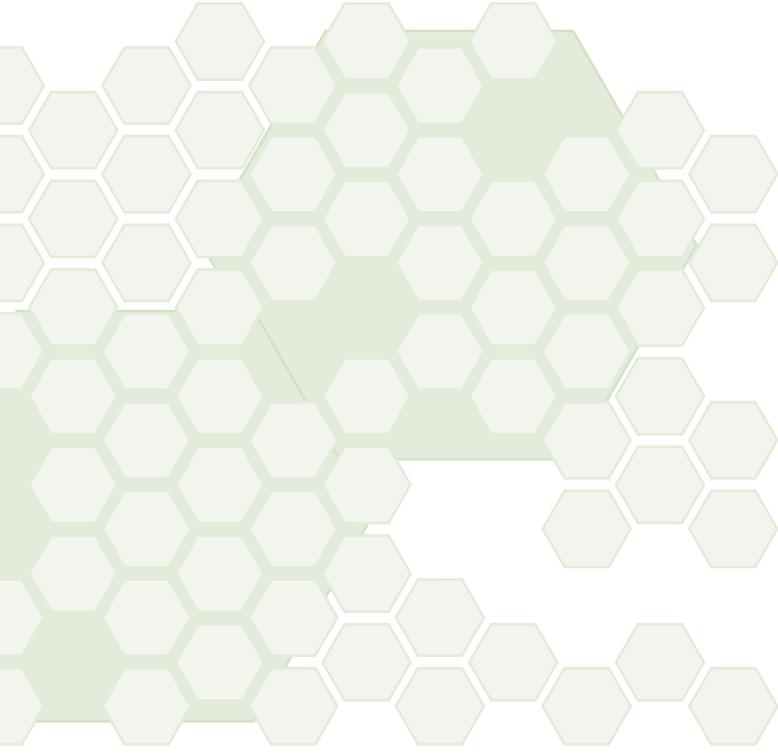


СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ПРОФИЛЬНЫМ САНАТОРНО-КУРОРТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

В июле 2007 года по рекомендации Минздравсоцразвития России во Владимирской области начато экспериментальное внедрение автоматизированной on-line системы экспертного консультирования «Курорт-Информ» по персонифицированному подбору предпочтительной санаторно-курортной организации.

Внедрение проводится под эгидой Департамента здравоохранения области и регионального МИАЦ. Руководитель проекта, директор ООО «Курорт-Информ Техноинвест», профессор Ю.С. Харитонов в режиме реального времени продемонстрировал руководителям региональных ЛПУ и социальных служб возможности Системы, в том числе, на конкретных нозологических примерах.

При очевидной простоте использования и внедрения в повседневную деятельность лечебно-профилактических учреждений, система «Курорт-Информ» обеспечивает принципиально новое качество принимаемых решений и, следовательно, дает основания для кардинального повышения эффективности санаторного этапа лечения.



Неотъемлемой частью государственной политики в области оздоровления нации является создание эффективной системы обеспечения населения страны квалифицированными услугами профильного санаторно-курортного лечения.

Санаторное лечение по профилю заболевания является одной из наиболее эффективных профилактических и реабилитационных составляющих медицинской помощи, причем благодаря признанному лидерству отечественной курортологической науки и уникальным рекреационным ресурсам, вклад санаторного этапа лечения в эффективность здравоохранения весьма велик.

В последние годы наметился значительный рост интереса к санаторному этапу лечения, как со стороны государственных структур, так и со стороны предприятий и организаций различных форм собственности. При этом на фоне кажуще-



гося развития социальных программ и рынка санаторно-курортных услуг остро проявились серьезные проблемы данного сектора. В числе таких проблем одними из наиболее ярких являются следующие:

- Практические врачи и организаторы здравоохранения, социальные службы зачастую не имеют полной, объективной и достоверной информации о санаторно-курортных учреждениях, их реальном состоянии и возможностях.
- На местах отсутствуют специалисты, способные принимать квалифицированные решения о выборе для конкретного пациента санаторно-курортного учреждения с учетом всей совокупности факторов, влияющих на этот выбор.
- Имеет место нарастающая статистика ухудшения здоровья и несчастных случаев, связанных с неквалифицированным направлением пациентов в санатории.
- Формирование социальных и корпоративных заказов на санаторно-курортное лечение основывается, как правило, на чисто экономических мотивах и «привычных» местах оздоровления и не связано с реальной потребностью в профильном санаторном лечении.
- Отсутствуют обоснованные данные о реальной потребности населения в профильном санаторном лечении и т.д.

ПНП «Здоровье» требует не только решить указанные первоочередные задачи, но также определить реальную потребность населения в санаторном лечении, сформировать обоснованное представление о количестве и специализации санаторно-курортных учреждений, требующихся для обеспечения населения профильным санаторно-курортным лечением.

Ключевая задача, решение которой во многом определяет потенциальную эффективность санаторного этапа лечения — квалифицированное направление на санаторно-курортное лечение — адресная рекомендация по предпочтительному месту

санаторного лечения с учетом индивидуальных проблем здоровья, медицинских показаний, противопоказаний и других факторов.

Именно такую задачу сумели решить специалисты компании «Курорт-Информ ТехноИнвест», причем решили на принципиально новом уровне, обеспечив не только профессиональное качество формируемых рекомендаций, но также информационную и технологическую доступность квалифицированной консультации по выбору санатория в реальном масштабе времени.

Для получения экспертных рекомендаций с помощью Автоматизированной on-line системы экспертного консультирования по персонифицированному подбору санаторно-курортной организации[®] (система «Курорт-Информ») достаточно объективной информации о пациенте в объеме «Справки для получения санаторно-курортной путевки», ф. 070/у-04 (Приказ МЗ СР РФ № 256 от 22.11.2004).

Система «Курорт-Информ» не имеет аналогов в мире, авторизованный доступ пользователей к системе обеспечивается через глобальную сеть «Интернет» (web-сайт www.panacea.ru или www.kurortinform.ru), а функционирование системы осуществляется на основе многопараметрической базы знаний, включающей, в том числе, информацию:

- о медицинских показаниях и противопоказаниях к направлению на санаторно-курортное лечение,
- о климатических, температурных, сезонных и других факторах,
- о методиках, связанных с направлением на санаторно-курортное лечение,
- о заболеваниях в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр»,
- о структуре курортной сферы и пр.

Выбор предпочтительного санаторно-курортного учреждения ведется из Единой информационной базы данных санаторно-курортных организаций, созданной на основе запатентованного авторами унифицирован-





ного носителя информации — «Паспорт санаторно-курортной организации, реабилитационного учреждения, оздоровительного комплекса»[®].

Информации, содержащейся в указанном «Паспорте ...» достаточно для принятия квалифицированных решений об отборе здравницы для проведения профильного санаторно-курортного лечения, реабилитационных мероприятий (санаторный этап) по конкретным проблемам здоровья.

Применение системы экспертного on-line консультирования для выбора места лечения пациента по результатам медицинского осмотра или проведенной диспансеризации позволяет, в частности:

- учесть все аспекты, определяющие выбор места и времени санаторного этапа лечения конкретного пациента;
- получить достоверную подборку предпочтительных мест лечения;
- избежать субъективного и неквалифицированного подхода;
- подтвердить возможность санаторного лечения в выбранный период времени, в желаемом месте лечения и т.д.;
- обосновано отказать в предоставлении санаторно-курортного лечения.

Внедрение Системы экспертного on-line консультирования в деятельность ЛПУ, при проведении профессиональных медицинских осмотров, при направлении в санаторий граждан льготных категорий кардинальным образом снижает риски несчастных случаев от неквалифицированного направления на санаторный этап лечения и впервые позволяет сформировать данные о консолидирован-

ной потребности населения в профильном санаторно-курортном лечении.

Разработанная авторами методика аналитической обработки полученных при применении системы экспертного on-line консультирования данных и созданная на ее основе автоматизированная информационная система — АИС «Профиль» позволяет получать в удобном, наглядном виде информацию о консолидированной потребности в профильном санаторно-курортном лечении в разрезе региона.

При этом открывается путь к постановке и решению задач оптимизации структуры санаторно-курортного комплекса, их рационального территориального распределения, решать задачи централизованного ведения и хранения информации о консолидированной потребности в профильном санаторно-курортном лечении, а также решать задачи подготовки квалифицированных кадров, отслеживать дефицит санаториев по определенным профилям заболеваний в различных регионах, а также нехватку специализированных санаторно-курортных учреждений.

Начавшийся во Владимирской области проект по внедрению Информационных систем реального времени «Курорт-Информ» даст уникальный опыт решения целого ряда принципиальных задач, определяющих эффективность программ санаторно-курортного лечения как на уровне отдельных предприятий, отраслей, регионов, так и государственных социальных программ оздоровления населения страны.

*Подготовили
Ю.С. Харитонов, М.И. Дегтерева*



БОЛЬНИЦА
Санкт-Петербург

12-я Международная выставка по здравоохранению

www.ridexpo.ru/hospital/

10-12 октября
2007

Санкт-Петербург / Ленэкспо

Организаторы:

Тел. +7 (812) 780 80 00
+7 (812) 380 80 00
Факс +7 (812) 380 80 01
E-mail: hospital@ridexpo.ru

ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ
«Частный медицинский центр в России»

19-20 ноября, Москва, Marriott Тверская

Организаторы:

LBS INTERNATIONAL CONFERENCES

При поддержке:

Ассоциация Развития Медицинских Информационных Технологий АРМИТ

Основные темы форума:

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

Среди докладчиков:

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

Информация и регистрация:
WWW.LBSGlobal.COM CONTACT@LBSGlobal.COM тел. (495) 546-78-70

Медиа партнеры:

Монаджер здравоохранения **Врач** **МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТИНИК** **ФАРМЕДИУМ** **MED ПОРТАЛ**

ОТ РЕДАКЦИИ

Наш журнал неоднократно касался вопросов применения бюджетной классификации. И это неслучайно: в последние годы она часто претерпевала изменения. Очередные изменения в бюджетной классификации связаны со вступлением в силу с 01.01.2008 г. новой редакции Бюджетного кодекса РФ. Поэтому мы решили заранее ознакомить наших читателей с комментариями специалиста.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ПРИМЕНЕНИЯ БЮДЖЕТНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ С УЧЕТОМ ГРЯДУЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ



**КОНСУЛЬТАНТ — ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
С.В. ГУСЕВА, г. Санкт-Петербург**

Бюджетная классификация используется для составления и исполнения бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации, составления бюджетной отчетности. Законодательно устанавливая группировку доходов, расходов и источников финансирования дефицитов бюджетов, бюджетная классификация позволяет решать задачу сопоставления, анализа и планирования единых, установленных для всех бюджетов бюджетной системы государства, показателей.

Как известно, в 2008 году вступают в силу изменения бюджетного законодательства. В настоящей статье нами рассмотрены изменения, которые коснулись бюджетной классификации.

Основные подходы к действующей бюджетной классификации Российской Федерации были определены еще в середине 1990 годов и связаны, в первую очередь, с экономическими преобразованиями в России. Ранее применяемые в условиях государственного регулирования экономики бюджетные показатели не отражали экономических реалий страны — дефицита бюджета, государственного долга. Кроме того, поставленная перед страной задача интеграции

в международное экономическое сообщество требовала адекватных, применяемых в международной практике показателей государственных финансов, которые позволяли бы осуществлять планирование и прогнозирование.

Формирование современной бюджетной классификации связано с применяемой в мировой экономической статистике системой национальных счетов (СНС) — взаимосвязанных экономических показателей. Как известно, система национальных счетов представляет собой всеобъемлющую систему показателей, в обобщенном виде позволяющую охватить все хозяйствующие субъекты (институциональные единицы), все виды экономических операций (с товарами и услугами, доходами, финансовыми инструментами), в которые вступают хозяйствующие субъекты, все виды финансовых и нефинансовых активов, держателями которых являются институциональные единицы.

Нормативно-правовое регулирование вопросов применения бюджетной классификации ранее осуществлялось Бюджетным кодексом Российской Федерации, Федеральным законом № 115-ФЗ «О бюджетной классификации Российской Федерации» от 15.08.1996, приказом Министерства финансов Российской Федерации № 168н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации» от 8 декабря 2006 г.

Теперь, в связи с новой редакцией Бюджетного кодекса Российской Федерации, отпадает необходимость регулирования вопросов бюджетной классификации отдельными федеральными законами.

Традиционный подход к классификации бюджетных средств предполагал следующее разделение: в части расходов 3 вида классификацию доходов — функциональную, экономическую и ведомственную классификацию, 2 вида классификации источников финансирования дефицита бюджетов, 2 вида классификации видов государственных долгов. Поэтому ее применение в бюджетном процессе, по мнению Министерства финансов, было усложнено.

В результате изменений структура бюджетной классификации стала проще и включает всего четыре раздела:

- классификацию доходов бюджетов;
- классификацию расходов бюджетов;
- классификацию источников финансирования дефицитов бюджетов;
- классификацию операций публично-правовых образований (далее — классификация операций сектора государственного управления).

Включение в классификацию операций сектора государственного управления — принципиально новый момент. Как известно, в системе национальных счетов используется принцип деления экономики страны на секторы, в зависимости от выполняемых ими функций. Одним из таких секторов является сектор общего государственного управления. К сектору государственного управления относятся государственные учреждения и организации, финансируемые за счет средств бюджета, занятые в общественном управлении, финансовой деятельности, регулирования и планирования экономики, научно-исследовательской деятельности, защиты окружающей среды, поддержания правопорядка, обороны, а также осуществляющие бесплатное и льготное обслуживание населения в области образования, здравоохранения, культуры, социального обеспечения и т.п. (Статистика финансов/Под ред. В.Н. Салина. — М., — 2000. — С. 207).

Коды классификации операций сектора государственного управления в обязательном порядке входят в структуру классификации доходов, расходов и источников финансирования дефицитов бюджетов. Новая для бюджетной практики классификация операций сектора государственного управления во многом сопоставима с показателями бюджетного учета и отчетности. Предполагается, что установление кодов операций обеспечит большую прозрачность операций с бюджетными средствами, а также даст дополнительные возможности прогнозирова-





ния доходов и расходов бюджета на макроэкономическом уровне.

Рассмотрим, каким образом изменена бюджетная классификация на примере классификации доходов и расходов.

Классификация доходов бюджета состоит из кода главного администратора доходов, кода вида доходов, подвида доходов, кода операций сектора государственного управления, относящихся к доходам. В свою очередь, вид дохода включает группу, подгруппу, статью, подстатью и элемент дохода. Непосредственно в Бюджетном кодексе устанавливаются базовые, единые для бюджетов бюджетной системы группы и подгруппы доходов, а также единые элементы доходов. Кроме того, определены полномочия Минфина РФ и финансовых органов субъектов РФ и муниципальных образований по утверждению кодов подвидов доходов. Выделено 2 группы доходов: налоговые и неналоговые доходы (в том числе доходы от оказания платных услуг и компенсации затрат государства) и безвозмездные поступления. Единые элементы доходов бюджетной системы включают в себя: федеральный бюджет; бюджеты субъектов Российской Федерации; бюджеты муниципальных районов; бюджеты городских округов; бюджеты внутригородских муниципальных образований городов федерального значения Москвы и Санкт-Петербурга; бюджеты городских и сельских поселений; бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации; бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации; бюджет Федерального фонда обязательного меди-

цинского страхования; бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Министерство финансов утверждает единый для бюджетов перечень статей и подстатьй доходов.

Что касается кодов операций сектора государственного управления, необходимо отметить, что отдельной статьей Бюджетного кодекса (ст. 23.1 БК в ред. от 26.04.2007) установлен порядок формирования кода операций сектора государственного управления, включающий группу, статью и подстатью, а также утвержден единый перечень групп и статей операций сектора государственного управления, который определяется экономическим содержанием самой операции. Так, для группы доходов установлен следующий перечень статей операций сектора государственного управления:

- налоговые доходы; доходы от собственности; доходы от оказания платных услуг;
- суммы принудительного изъятия; безвозмездные поступления от бюджетов;
- взносы на социальные нужды; доходы от операций с активами; прочие доходы.

Перечень подстатьй операций сектора государственного управления устанавливается Министерством финансов и является единым для бюджетов всех уровней.

Схема классификации доходов бюджета приведена в таблице 1.

Направление бюджетных средств на выполнение основных экономических и социальных функций органами государственного управления и местного самоуправления

Таблица 1

Классификация доходов бюджета

Код администратора дохода	Код вида доходов					Подвид доходов	Код операции сектора государственного управления		
	группа доходов	подгруппа доходов	статья доходов	подстатья доходов	элемент доходов		группа	статья	подстатья

ранее отражала функциональная бюджетная классификация. Распределение расходов по их экономическому содержанию осуществлялось в отдельной экономической классификации расходов. Всего выделялось 11 разделов, которые, в свою очередь, состояли из подразделов, целевых статей и видов расходов.

В составе новой классификации расходов сохранен принцип распределения расходов по разделам и подразделам.

Перечень разделов классификации расходов:

Общегосударственные вопросы

Национальная оборона

Национальная безопасность и правоохранительная деятельность

Национальная экономика

Жилищно-коммунальное хозяйство

Охрана окружающей среды

Образование

Культура, кинематография и средства массовой информации

Здравоохранение и спорт

Социальная политика

Межбюджетные трансферты

Но теперь исчерпывающий перечень разделов и подразделов включен в Бюджетный кодекс. Коды и перечень целевых статей, видов расходов в отношении расходных обязательств соответствующего бюджета утверждаются в составе ведомственной классификации законом (решением) о бюджете или в установленных Бюджетным кодексом случаях сводной бюджетной росписью соответствующего бюджета. Таким образом, перечень

разделов и подразделов, как и ранее, утверждается на федеральном уровне.

При этом установлены новые требования к формированию целевых статей и видов расходов бюджета, которые отражают расходы на обеспечение публичных нормативных обязательств, долгосрочных целевых программ, бюджетных инвестиций. Порядок формирования кодов и перечня целевых статей и видов расходов в отношении таких расходов устанавливает Минфин. Необходимо обратить внимание, что в отношении публичных нормативных обязательств и долгосрочных целевых программ законодательством установлено требование отражения таких расходов в отдельных целевых статьях.

Кроме того, впервые код классификации расходов с 1 января 2008 года должен включать код главного распорядителя бюджетных средств, код раздела, подраздела, целевой статьи и вида расходов, код классификации операций сектора государственного управления. Перечень главных распорядителей утверждается законом о соответствующем бюджете. Ранее код главного распорядителя не являлся обязательным элементом классификации расходов. Включение кода главного распорядителя в классификацию является отражением нового принципа бюджетной системы — принципа подведомственности расходов бюджета, означающего, что получатели бюджетных средств вправе получать бюджетные ассигнования только от главного распорядителя, в ведении которого они находятся.

В виде схемы классификация расходов бюджета представлена в таблице 2.

Статья Бюджетного кодекса об экономиче-

Таблица 2

Классификация расходов бюджета

Код главного распорядителя	Коды расходов				Код операции сектора государственного управления		
	Код раздела	Код подраздела	Код целевой статьи	Код вида расходов	группа	статья	подстатья



ской классификации расходов с 1 января 2008 года исключена из бюджетного законодательства. Теперь, как уже сказано выше, законодательно утвержден перечень операций сектора государственного управления, цель которого — группировка бюджетных операций по их экономическому содержанию. Едиными для бюджетов бюджетной системы являются:

1) **доходы** (перечень статей доходов приведен выше);

2) **расходы**: оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда; оплата работ, услуг; обслуживание государственного (муниципального) долга; безвозмездные перечисления организациям; безвозмездные перечисления бюджетам; социальное обеспечение; расходы по операциям с активами; прочие расходы;

3) **поступление нефинансовых активов**: увеличение стоимости основных средств; увеличение стоимости нематериальных активов; увеличение стоимости непроизведенных активов; увеличение стоимости материальных запасов;

4) **выбытие нефинансовых активов**: уменьшение стоимости основных средств; уменьшение стоимости нематериальных активов; уменьшение стоимости непроизведенных активов; уменьшение стоимости материальных запасов;

5) **поступление финансовых активов**: поступление на счета бюджетов; увеличение стоимости ценных бумаг, кроме акций и иных форм участия в капитале; увеличение стоимости акций и иных форм участия в капитале; увеличение задолженности по бюджетным кредитам; увеличение стоимости иных финансовых активов; увеличение прочей дебиторской задолженности;

6) **выбытие финансовых активов**: выбытие со счетов бюджетов; уменьшение стоимости ценных бумаг, кроме акций и иных форм участия в капитале; уменьшение стоимости акций и иных форм участия в капитале; уменьшение задолженности по бюджетным ссудам и кредитам; уменьшение стоимости иных финансовых активов; уменьшение прочей дебиторской задолженности;

7) **увеличение обязательств**: увеличение

задолженности по внутреннему государственному (муниципальному) долгу; увеличение задолженности по внешнему государственному долгу; увеличение прочей кредиторской задолженности;

8) **уменьшение обязательств**: уменьшение задолженности по внутреннему государственному (муниципальному) долгу; уменьшение задолженности по внешнему государственному долгу; уменьшение прочей кредиторской задолженности.

Право устанавливать единый для всех бюджетов бюджетной системы перечень подстатьй и порядок применения классификации операций сектора государственного управления закреплено за Министерством финансов. Уже осенью 2007 года ожидается издание Минфином соответствующих нормативов.

Подводя итог, отметим следующее. Включение основных элементов бюджетной классификации непосредственно в Бюджетный кодекс позволяет ожидать большей стабильности и преемственности при планировании и прогнозировании расходов бюджета. Как мы знаем, ранее изменения в бюджетную классификацию вносились практически ежегодно, после утверждения закона о федеральном бюджете. Сейчас основные позиции классификации бюджета отражены в кодексе, Министерство финансов в рамках своих полномочий может детализировать отдельные структурные элементы бюджетной классификации и определять порядок ее применения.

В связи с принятием и вступлением в силу с 1 января 2008 года новой редакции Бюджетного кодекса Российской Федерации, должны быть внесены соответствующие изменения в Федеральный закон «О бюджетной классификации Российской Федерации» либо принято решение об его отмене. Кроме того, необходимо издание дополнительных нормативных документов Минфина России.

Делать вывод о том, будет ли упрощена практическая работа получателей средств бюджета с утвержденной бюджетной классификацией, так это или нет — покажет время.



**НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ
С.В. ГУСЕВА,
ГЛАВНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
КОМИТЕТА ПО ЗДРАВООХРА-
НЕНИЮ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

Каков порядок утверждения сметы при получении дополнительных доходов от предпринимательской деятельности?

Использование дополнительных доходов бюджетных учреждений осуществляется в соответствии со статьей 232 Бюджетного кодекса РФ (БК РФ), определяющей цели, на которые направляются такие доходы. Напомним, что доходы, фактически полученные бюджетными учреждениями от платных услуг и иной предпринимательской деятельности при исполнении бюджета сверх утвержденных законом (решением) о бюджете и сверх сметы доходов и расходов, направляются на финансирование расходов данных бюджетных учреждений.

В статье 228 действующего в настоящее время Бюджетного кодекса РФ прямо указано, что исполнение бюджета по доходам сверх утвержденных законом (решением) о бюджете является основанием для изменения ассигнований. Однако дальнейший порядок действий и права бюджетного учреждения при получении дополнительных доходов законодательно не закреплены.

Требования главы 24 БК РФ, устанавливающей основы исполнения бюджетов, дают исчерпывающий перечень этапов исполнения бюджета по расходам, в том числе устанавливая обязанность учреждения по составлению сметы доходов и расходов. В соответствии с требованиями статьи 221 БК РФ, в течение 10 дней со дня получения уведомления о бюджетных ассигнованиях бюджетное учреждение обязано составить и представить на утверждение вышестоящего распорядителя смету доходов и расходов. В течение пяти дней со дня предоставления сметы распорядитель бюджетных средств утверждает эту смету.

С учетом норм законодательства, бюджетному учреждению при получении дополнительных доходов от предпринимательской деятельности, сверх запланированных по смете доходов и расходов, целесообразно предпринять следующие шаги.





Бюджетное учреждение, руководствуясь ст. 228 и 232 БК РФ, направляет главному распорядителю обращение о внесении изменений в смету доходов и расходов в связи с получением дополнительных доходов. Главный распорядитель, рассматривая обращение, может принять одно из следующих решений. Либо переместить бюджетные ассигнования данному учреждению в пределах прав главного распорядителя по перемещению 5% бюджетных ассигнований, доведенных до получателя бюджетных средств, согласно ст. 233 БК РФ. Либо, если такие возможности уже исчерпаны, направить обращение в финансовый орган, с расчетными аналитическими материалами, подтверждающими необходимость внесения изменений в сводную роспись расходов по данному главному распорядителю, для того чтобы решить вопрос о выделении дополнительных ассигнований подведомственному учреждению. В этом случае уже решением финансового органа вносятся соответствующие изменения в сводную бюджетную роспись. Далее, в установленном порядке (ст. 217–221 БК РФ), направляется уведомление о бюджетных ассигнованиях сначала главному распорядителю, а затем — получателю бюджетных средств. На основании полученного уведомления составляется и направляется на утверждение главному распорядителю смета доходов и расходов.

Подводя итог сказанному выше, отмечу, что положения, которыми бы определялась жесткая обязанность главного распорядителя утверждать смету подведомственному учреждению в отношении дополнительных доходов от платных услуг, в бюджетном законодательстве отсутствуют. В то же время установлены предельные объемы изменений бюджетных ассигнований для получателей бюджетных средств (ст. 234 БК РФ). Все это, несомненно, создает определенные сложности для бюджетных учреждений, поскольку нет четкого регламента действий ни для главных распорядителей, ни для бюджетных учреждений. В этом случае остается надеяться на здравый смысл и правовую грамотность финансовых органов и самих учреждений.

Обязательно ли утверждение сметы доходов и расходов в части средств обязательного медицинского страхования, если действующим на территории порядком не предусмотрено зачисление этих средств в доходы бюджета, и, соответственно, они используются учреждением самостоятельно?

Целый ряд положений Бюджетного кодекса разделяет понятия доходов и расходов бюджета и доходов и расходов внебюджетных фондов. Более того, наряду с этими понятиями, используется термин «внебюджетные источники». В связи с этим, возникает вопрос о необходимости утверждения сметы доходов и расходов.

Средства обязательного медицинского страхования относятся к средствам внебюджетных фондов. Бюджетное законодательство в настоящее время, к сожалению, не дает четкого ответа на вопрос о том, относятся ли средства внебюджетных фондов к «бюджетным средствам». Так, например, в 143 статье БК РФ сказано, что средства государственных внебюджетных фондов не входят в состав бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат. В то же время в статье 1 БК РФ к бюджетным правоотношениям отнесены, в том числе, отношения, возникающие между субъектами бюджетных правоотношений в процессе формирования доходов и осуществления расходов бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов.



Федеральным законом «О бюджетной классификации» (ст. 2) органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления предоставлено право производить дальнейшую детализацию классификации доходов бюджетов. Таким образом, принятие решения о включении в состав доходов местных бюджетов средств обязательного медицинского страхования остается за местными органами государственной власти и органами местного самоуправления.

Эти обстоятельства привели к тому, что в разных регионах России установлен различный режим использования средств обязательного медицинского страхования.

Отвечая на вопрос об утверждении сметы, обратимся к статье 161 Бюджетного кодекса. Здесь сказано, что в смете доходов и расходов должны быть отражены все доходы бюджетного учреждения, получаемые как из бюджета государственных внебюджетных фондов, так и от осуществления предпринимательской деятельности, в том числе доходы от оказания платных услуг, другие доходы, получаемые от использования государственной или муниципальной собственности, закрепленной за бюджетным учреждением на праве оперативного управления, и иной деятельности. Бюджетное учреждение использует бюджетные средства в соответствии с утвержденной сметой доходов и расходов.

Процедура утверждения смет доходов и расходов, предусмотренная Бюджетным кодексом РФ, относится к бюджетным средствам, выделенным в соответствии со сводной бюджетной росписью. Таким образом, средства, которые не отражены в соответствующем бюджете, как бы «выпадают» из процессуальных норм бюджетного законодательства. Однако при этом сказано, что в смете бюджетного учреждения должны быть отражены средства внебюджетных фондов.

В статье 158 БК РФ утверждение сметы доходов и расходов подведомственных бюджетных учреждений отнесено к полномочиям главного распорядителя бюджетных средств. Следует отметить, что Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды ОМС не имеют права выполнять функции главных распорядителей, поэтому не имеют права утверждать сметы бюджетных учреждений.

Подводя итог сказанному, отметим следующее. Обязательность отражения всех доходов в смете доходов и расходов закреплена за бюджетным учреждением, поэтому учреждению необходимо иметь утвержденные сметы доходов и расходов в отношении всех получаемых доходов, в том числе средств обязательного медицинского страхования. Поскольку право утверждения смет предоставлено главному распорядителю, то сметы доходов и расходов следует направлять на утверждение главному распорядителю. В случае отказа (как показывает практика, такое случается), учреждение может обратиться в соответствующий финансовый орган. Самостоятельно утверждать смету доходов и расходов учреждение может, если только такое право ему предоставлено главным распорядителем и закреплено в соответствующих нормативных актах.





Как быть, если изменилась структура расходов по экономическим статьям в части средств от предпринимательской деятельности (платных услуг), а главный распорядитель не хочет утверждать скорректированную смету? Кто прав?

Бюджетным кодексом закреплена обязательность отражения доходов от предпринимательской деятельности в доходах соответствующего бюджета. Финансирование расходов бюджета за счет доходов от предпринимательской деятельности осуществляется в соответствии с требованиями к исполнению бюджета, изложенными в гл. 24 БК РФ.

Соответственно, все нормы, касающиеся внесения изменений в утвержденные сметы доходов и расходов применяются и в отношении ассигнований по предпринимательской деятельности. Так, в статье 228 отражены основные причины изменения ассигнований: введение режима сокращения расходов бюджета, получение дополнительных доходов сверх утвержденных законом (решением) о бюджете, перемещение бюджетных ассигнований главным распорядителем бюджетных средств в пределах полномочий, установленных для главного распорядителя. Кроме того, ассигнования могут быть изменены в связи с исполнением судебных актов. Однако необходимо сказать, что положения указанной статьи касаются изменений общего объема ассигнований, отраженных в уведомлении о бюджетных ассигнованиях.

Что касается вопроса о перераспределении ассигнований между экономическими статьями сметы, то Бюджетный кодекс определяет право главного распорядителя на внесение таких изменений. Так, в статье 158 сказано, что главный распорядитель бюджетных средств имеет право на основании мотивированного представления бюджетного учреждения вносить изменения в утвержденную смету доходов и расходов бюджетного учреждения в части распределения средств между ее статьями с уведомлением органа, исполняющего бюджет, в соответствии с настоящим Кодексом.

Таким образом, вопрос перераспределения ассигнований между экономическими статьями решается главным распорядителем.

Положения статьи 161 БК РФ о том, что бюджетное учреждение при исполнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников, к сожалению, не подкреплено соответствующими нормами для главных распорядителей средств бюджета. К тому же, сам термин «внебюджетные источники» Бюджетным кодексом не определен. Это обстоятельство, по нашему мнению, только осложняет бюджетный процесс в части использования доходов от предпринимательской деятельности. Как уже сказано, главный распорядитель имеет право, но не обязанность перераспределять утвержденные ассигнования между экономическими статьями.



(495) 775-65-65
www.medcore.ru



FUJINON
FUJIFILM

STERIS®

BANDEQ

MINDRAY

tyco
Healthcare

Söring
Made in Germany



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



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



**INTERSYSTEMS – 28 ЛЕТ
В АВТОМАТИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

www.InterSystems.ru

УНИКАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ INTERSYSTEMS для обработки медицинских данных – качественно новый уровень обслуживания пациентов

Говорят

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

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

InterSystems

InterSystems Corporation

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